

TI_GERICHTE 35.2022.93 vom 13. März 2023

TI Tribunale d'appello, 2023-03-13, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2022.93

FR: TI_GERICHTE 35.2022.93 du 13 mars 2023

IT: TI_GERICHTE 35.2022.93 del 13 marzo 2023

Regeste

Discussi la stabilizzazione dello stato di salute infortunistico e il diritto a una rendita d'invalidità

Erwägungen

E. 27

maggio 2022) poiché, come dichiarato dall'CO 1 in una comunicazione dell'8 giugno 2020 al TCA, l'incarto sub judice è stato trattato dalla funzionaria che figura nell'intestazione degli allegati prodotti (in concreto, dall'avv. RA 2), senza che la giurista di lingua italiana figlia del Giudice Ivano Ranzanici se ne sia in alcun modo occupata (cfr. STF 8C_668/2021 del 18 febbraio 2022 consid. 2.1). nel merito 2.2. In concreto, è litigiosa innanzitutto la questione di sapere se l'assicuratore resistente era legittimato a dichiarare estinto dal 1° settembre 2022 il diritto alle prestazioni di corta durata dipendente dall'infortunio occorso in data 28 marzo 2018, oppure no. Nell'affermativa, questo Tribunale dovrà esaminare se l'assicurato ha diritto a una rendita d'invalidità, oppure no (cfr. doc. I, p. 2: “Valutare accuratamente la possibilità di erogare una rendita di invalidità.”). 2.3. Stabilizzazione dello stato di salute infortunistico a contare dal 1° settembre 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 la persona assicurata possa ancora eventualmente beneficiare di un trattamento fisioterapeutico (STF 8C_604/2021 del 25 gennaio 2022 consid. 9.2; 8C_736/2017 del 20 agosto 2018 consid. 4.1). La questione deve essere valutata in prospettiva (cfr. STF 8C_344/2021 del 7 dicembre 2021 consid. 7.2). L'Alta Corte ha inoltre precisato che la questione del “sensibile miglioramento” di cui all'art. 19 cpv. 1 LAINF va valutata segnatamente 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_44/2021 del 5 marzo 2021 consid. 5.2; 8C_301/2021 del 23 giugno 2021 consid. 3.2). 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).

2.3.2. Nella concreta evenienza, va constatato che la decisione dell'CO 1 di porre fine alle prestazioni di corta durata a far tempo dal 1° settembre 2022 (doc. 414 e doc. 430), trova il proprio fondamento nel parere espresso in proposito dal medico _____. In effetti, in occasione della visita di controllo del 20 giugno 2022, a distanza di più di un anno dall'ultimo intervento chirurgico di ricostruzione del LCA (cfr. doc. 302), il dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia, ha riscontrato la presenza di "... un aggravamento dei sintomi, la contrattura dimostrata dall'assicurato ovviamente non esiste, in quanto può estendere la gamba. Anche la deambulazione con zoppia lamentata dall'assicurato non è attendibile in presenza di una callosità plantare simmetrica. L'instabilità soggettiva lamentata dall'assicurato non si trova in una correlazione radiologica, né clinica all'esame odierno. Anche alla visita odierna si evidenzia una notevole discrepanza tra i reperti oggettivi e i disturbi soggettivi accusati dall'assicurato.". Egli ha quindi dichiarato stabilizzate le condizioni di salute dell'insorgente e confermato l'esigibilità lavorativa valutata a margine della valutazione EFL del febbraio 2022 (doc. 411, p. 4: "Visto che la fisioterapia non porta più alcun beneficio all'assicurato, siamo in presenza di una situazione stabile. Altre terapie, dunque, non sono più indicate. Il caso verrà chiuso."). Da notare che, nel mese di gennaio 2022, l'assicurato era stato visitato dal dott. _____, spec. FMH in medicina interna e malattie reumatiche. In quell'occasione, lo specialista ha segnalato che anche l'ultimo intervento "... non sembra come i precedenti, aver portato ad alcun beneficio soggettivo. Inizieremo ora una fisioterapia intensiva per quanto il paziente ce lo concederà visto che dalle precedenti esperienze e dai rapporti dei fisioterapisti ha sempre presentato importanti blocchi alla terapia attiva. Sottolineo anch'io, come il Dr. _____ e altri 2 fisioterapisti l'estrema discrepanza tra quanto si vede e i sintomi dichiarati dal paziente che presenta da una parte un'impressionante zoppia quando lo accompagno per visitarlo. Al momento di uscire dalla Clinica la zoppia era decisamente diminuita anche se devo ammettere che deambulando il paziente non stende completamente il ginocchio." (doc. 360). Nel mese di febbraio 2022 ha avuto luogo una valutazione EFL presso la Clinica _____ di _____. Dal relativo rapporto del 5 febbraio 2022, elaborato dal dott. _____, spec. FMH in reumatologia e dalla fisioterapista EFL _____, risulta che è stato refertato "... un problema di natura prevalentemente somatoforme. Non si vuole qui mettere in discussione in alcun modo l'indicazione ai diversi interventi chirurgici effettuati. La chiave interpretativa dell'insuccesso è la sindrome somatoforme. In altre parole l'intervento è riuscito in modo eccellente con il recupero di una perfetta stabilità a livello del legamento crociato anteriore. Anche il recupero della mobilità è soddisfacente e infine il recupero della muscolatura è soddisfacente con soli 2 cm di differenza tra la coscia destra e la coscia sinistra. Nonostante questo l'assicurato è profondamente insoddisfatto, avverte esattamente la stessa instabilità rispetto a prima dell'intervento e gli stessi dolori. Sono presenti profonde distorsioni cognitive: l'assicurato afferma di non più poter fare niente, nemmeno le faccende domestiche. Queste vengono delegate a una signora. L'assicurato non

cucina nemmeno più ma richiede pasti a domicilio. Non esce praticamente più di casa se non per brevi tragitti e per questioni urgenti. Non vuole nemmeno pensare al lavoro perché prima deve guarire. Qualunque sforzo venga profuso per dar seguito a questo desiderio di guarigione è comunque destinato a fallire a causa della problematica somatoforme. Così si chiude il cerchio. L'assicurato presenta come in precedenza un'amplificazione di sintomi di grado elevato. Ad esempio il lavoro sopra l'altezza delle spalle viene svolto per 2 minuti e 20 secondi (previsto 5 minuti) in assenza di problematiche agli arti superiori. Stare seduto piegato in avanti: resiste solo 30 secondi per i dolori cervicali in assenza di anomalie oggettive. Forza della mano di soli 17 rispettivamente 14 kg (minimo in un uomo 31 vs 26 kg) in assenza di patologie oggettive. Buone/ottima stabilità nel test di equilibrio sulla trave (filmato con consenso dell'A a disposizione) Fa dunque stato la valutazione medico-teorica della capacità lavorativa. Questa non deve basarsi su dati soggettivi." (doc. 368). Agli atti figura un ulteriore rapporto, datato 18 febbraio 2022, del reumatologo dott. _____, redatto al termine del trattamento riabilitativo in regime semi-stazionario effettuato presso la Clinica di _____. Questo in particolare il suo contenuto: " (...) Il paziente mostra purtroppo importanti incongruenze. Ho visto le immagini dove il paziente per esempio camminava su una trave posta sul pavimento un piede dietro l'altro. In quell'occasione si vedrà benissimo una buona stabilizzazione del ginocchio con ginocchio che andava in completa estensione. L'instabilità era più dovuta a dei movimenti non controllati a livello del tronco, non di certo all'instabilità del ginocchio. Una seconda incongruenza era nel salire e scendere la scala. Nel scendere la scala il paziente scendeva prima con l'arto sano vale a dire il dx e dopo con il sx malato. In caso di patologie importanti generalmente si scende prima con l'arto malato in quanto nell'atto di scendere c'è un momento in cui tutto il peso va sulla gamba che sta a monte. In questo caso si vedeva esattamente come il paziente portava tutto il peso su gamba sx e ginocchio sx e scendeva poi la scala lentamente sì, ma con buona stabilizzazione. Il tutto è d'altronde confermato dall'esame clinico dove non trovo un'atrofia muscolare visibile. (...). Da parte mia non credo che ulteriori interventi possano portare a miglioramenti come d'altronde è già stato negli ultimi, nemmeno credo che un'ulteriore terapia possa veramente portare a dei miglioramenti decisivi per quello che riguarda la patologia del paziente. (...)." (doc. 376) Con rapporto relativo alla consultazione del 2 settembre 2022, il medico curante specialista, dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia, ha chiesto all'assicuratore malattia dell'assicurato il benessere per procedere a un "... intervento chirurgico in artroscopia di valutazione intrarticolare ed eventuale asportazione del materiale ferro magnetico, eventuali lisi delle aderenze intrarticolari ed il proseguimento della fisioterapia per il rinforzo muscolare e il recupero della flessione estensione in modo completo e una corretta deambulazione (...)." (doc. 443). Prima di procedere all'emanazione della decisione su opposizione impugnata, l'amministrazione ha interpellato il dott. _____, spec. FMH in chirurgia, al quale è stato chiesto di prendere posizione in merito all'ulteriore procedere proposto del dott. _____. Con apprezzamento del 3 novembre 2022, il medico _____ ha spiegato, a proposito del materiale ferro magnetico in situ, che esso non può essere ritenuto responsabile né del deficit di articolarietà né del così detto click lamentato dall'assicurato, in quanto esterno al movimento articolare. Inoltre, la zona in cui è situato corrisponde tutt'al più alla zona di dolenzia in sede anteromediale. Egli ha peraltro riconosciuto che i numerosi accessi chirurgici possano aver comportato delle aderenze cicatriziali, tuttavia, anche se trattate chirurgicamente, queste possono riprodursi o regredire solo in parte e non vi è alcuna garanzia che l'intervento proposto dal dr. med. _____ possa migliorare la

situazione. In effetti, la tendenza della lisi aderenziale è spesso quella di ottenere dei benefici minimi. A suo avviso, quindi, “l’indicazione chirurgica del dr. med. Sedran, (...) non appare poter comportare con probabilità preponderante un miglioramento della sintomatologia in atto.” (doc. 453). Unitamente al ricorso, il patrocinatore ha prodotto un rapporto del dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia. Da questo documento emerge che, esaminate le immagini dell’ultima RMN del ginocchio sinistro, lo specialista ha affermato di non poter “... escludere eventuale conflitto fra innesto del legamento crociato e condilo mediale del femore.”. Egli ha quindi eseguito un’infiltrazione diagnostica con esito negativo. Per quanto concerne l’ulteriore procedere terapeutico, egli ha ritenuto indicata una fisioterapia di rinforzo e stretching dei muscoli ischio crurali e rinforzo del muscolo quadricipite, come pure l’esecuzione di un’artroscopia diagnostica per chiarire l’esistenza di un’eventuale impingement con il tessuto fibrotico (o eventuale impingement dell’innesto del LCA) (doc. 464, p. 4-5). Con parere del 12 dicembre 2022, il dott. _____ ha nuovamente sottolineato, riferendosi alle proposte del dott. _____, che non esiste “... una chiara indicazione in tal senso, sembra quasi che si vada per tentativi, cosa poco utile, anche perché la diagnosi di causa certa dovrebbe essere valutata dopo un eventuale trattamento di artroscopia e la valutazione dell’effetto si vedrebbe dopo almeno un mese post operatorio, se si verifica, con rischio soprattutto che un ulteriore accesso chirurgico possa compromettere maggiormente l’articolazione.”. Secondo il medico _____, “la situazione appare decisamente stabilizzata, quindi anche la prescrizione di FKT non ha alcun senso in quanto fino ad ora non ha comportato alcun miglioramento.” (doc. V 1). Con referto del 9 gennaio 2013, il dott. _____ ha in particolare precisato che il ginocchio sinistro non è perfettamente estendibile, che l’ipotrofia del quadricipite giustifica la fisioterapia, che l’infiltrazione è stata eseguita a livello sottocutaneo di modo che non dice nulla a proposito dell’articolazione, che l’eventuale impingement dell’innesto è valutabile solo con un esame dinamico durante l’artroscopia e, se presente, è necessario curarlo perché non sparisce da solo, ciò che è il caso pure per l’eventuale impingement del tessuto fibrotico, nonché di non poter personalmente valutare se in passato la fisioterapia non abbia portato alcun beneficio, ciò che deve però valere anche per il medico _____, dato che anche lui ha visto l’assicurato soltanto una volta (allegato al doc. VII). Con apprezzamento del 19 gennaio 2023 (doc. IX 1) - dopo aver ricordato che la sua valutazione concorda con quella espressa dai dottori _____, _____ e _____ (“Vi sono ben quattro sanitari che hanno visitato l’assicurato addivenendo tutti quanti a una stessa conclusione, il dott. med. _____ e il dott. med. _____, il dott. med. _____ e il dott. med. _____. Tutti quanti sulla base anche degli approfonditi test effettuati durante l’esame EFL concordano nel definire la situazione difficilmente suscettibile di miglioramenti, ...”) -, il dott. _____ ha innanzitutto negato che l’articolazione sia fortemente limitata come lo sostiene il dott. _____ in quanto “... nel test EFL si evidenzia una compartecipazione psicologica importante con amplificazione dei sintomi importanti che non possono essere spiegati con l’attuale quadro clinico e strumentale. Come già espletato, l’estensibilità del ginocchio e la zoppia si riducono in fase di visita, particolarmente nella posizione distesa, ed anche nel vestirsi e rivestirsi come notato dal dott. med. _____, cosa difficile in una situazione di deficit articolare costante. Tale incongruenza non può giustificare un intervento in artroscopia in quanto il deficit articolare deve essere costante e non incostante come tutti gli esami clinici effettuati dai quattro sanitari dimostrano.”. D’altro canto, il fiduciario ha ribadito che il materiale ferro magnetico è esterno all’articolazione del ginocchio e,

pertanto, non ne può limitare la mobilità complessiva. Inoltre, sempre secondo il dott. _____, se è vero che un'artroscopia potrebbe evidenziare la presenza di aderenze cicatriziali, il test funzionali eseguiti nel quadro della valutazione EFL hanno dimostrato che esse non compromettono "... assolutamente la normale articolarietà se non in maniera non costante vista la presenza di altri segni indiretti come la callosità simmetrica a livello dei piedi e come la lunghezza identica dei due arti inferiori di 88 cm. Se l'articolarietà fosse diversa, nelle misurazioni cliniche si sarebbe avuta una costante riduzione in flessione dell'articolarietà del ginocchio.". A proposito del fatto che un impingement non guarisce da solo, egli ha confermato che "... un intervento di resezione di tali aderenze in un ginocchio pluri-operato non dà assolutamente alcuna certezza di miglioramento ma anzi spesso e volentieri vista la tendenza a ripetersi nel tempo, anche secondo la letteratura, potrebbe addirittura peggiorare la situazione. Le aderenze cicatriziali si formano infatti per una aumentata cicatrizzazione vista la loro ampia tendenza alla vascolarizzazione.". Infine, per quanto riguarda la proposta fisioterapia, il medico _____ ha osservato che essa "... non ha comportato assolutamente nessun miglioramento anche perché l'ipomiotrofia del quadricipite quando perdura a lungo nel tempo diventa estremamente difficile da trattare. Non si può quindi andare avanti in eterno con la fisioterapia nella speranza di ottenere un miglioramento. Si può invece pensare ad una fisioterapia prolungata nel tempo in maniera cronica semplicemente per mantenere gli effetti raggiunti, cosa che è ben diversa dal trattare nell'ottica di un miglioramento effettivo. Le considerazioni espresse dal dott. _____ sono state di nuovo commentate criticamente dal dott. _____, con rapporto del 2 febbraio 2023 del seguente tenore: " (...). 1. Il ginocchio non è perfettamente estendibile. Lo stesso dottore _____ aggiunge le spiegazioni supplementari di come bisogna "interpretare" l'esame dell'articolarietà, suggerendo che è il paziente stesso lo rende non perfettamente estendibile in modo _____ intenzionale. Non so se lo fa intenzionalmente, perché il paziente non mi ha _____ detto se lo fa apposta a non estendere completamente il _____ ginocchio durante l'esame, però il fatto è che non l'ha esteso _____ completamente. Vorrei aggiungere che non ho affermato che ci sia un forte deficit _____ dell'estensione, come scritto nella risposta del Dr. _____. In _____ realtà il deficit dell'estensione non è grande ma nel contesto vorrei ricordare che anche un deficit di circa 5-10° può creare problemi _____ importanti a differenza dello stesso deficit in flessione che delle _____ volte non crea nessun disturbo. 2. Per quanto riguarda la fisioterapia non ho niente ad aggiungere – _____ secondo il mio parere potrebbe portare un beneficio al paziente. L'efficacia ottenuta in passato dalla fisioterapia sarebbe giusto lasciarla valutare al Dr. _____. Quello che invece è sicuro è che senza nessuna terapia non _____ migliorerà né forza né articolarietà. 3. Non ho a disposizione i risultati del test EFL eseguito dalla CO 1, _____ sulla quale si conclude che non ci sono aderenze ma in ogni _____ modo credo che si potrebbe trattare piuttosto del problema _____ d'impingement, non solo delle aderenze. Il medico della CO 1 _____ esprime i suoi dubbi unicamente riguardo alle diagnosi e la cura delle aderenze. Per valutare meglio la situazione sarebbe ideale _____ ottenere i risultati del test EFL, in particolare la parte che _____ evidenzia "una partecipazione psicologica importante". Ho menzionato anche l'impingement dell'innesto LCA e/o tessuti cicatriziali. Il test EFL non ha nessun valore per la diagnosi _____ specifica dell'impingement dell'innesto o dei tessuti molli (tessuto _____ cicatriziale), che invece potrebbe essere esaminato durante _____ l'artroscopia. Ribadisco che l'impingement non

sparisce da solo, _____ bisogna curarlo, se si vuole che il paziente stia meglio, in particolare l'impingement dell'innesto LCA. La problematica non ha niente a che fare con le aderenze e il rischio di recidive dopo la _____ cura delle aderenze. (...). 4. Durante la mia visita il paziente riferiva un beneficio dopo alcuni interventi. Dr. _____ potrebbe esprimersi meglio dato che ha seguito il paziente per più tempo. Per quanto mi riguarda non posso esprimermi con certezza sull'importanza della compartecipazione psicologica, per quanto non riesco a quantificarla sulla base dei risultati di test EFL o studio della callosità. Invece credo che finché c'è un metodo che potrebbe verificare/escludere un problema meccanico (quello che _____ non sparisce) bisogna usarlo per poter concludere che si tratta di _____ una "compartecipazione psicologica" come una co-diagnosi per _____ esclusione." (allegato al doc. XI) Con apprezzamento del 13 febbraio 2023, il dott. _____ ha in sostanza confermato la propria valutazione del caso, rilevando in particolare, a proposito dell'obiezione secondo la quale non vi sarebbe mai la certezza che mediante una determinata terapia si ottiene la risoluzione del problema, che "se questo è vero esiste però un calcolo delle probabilità che si effettua sempre nelle pianificazioni dell'intervento dove il rapporto costo/beneficio deve essere quantomeno adeguato. (...). Sul fatto che l'impingement eventuale non passa da solo possiamo anche essere d'accordo ma quando la terapia può comportare dei rischi maggiori del mantenimento dello status quo allora forse una riflessione ulteriore andrebbe fatta. Si ribadisce pertanto quanto già precedentemente espresso dal sottoscritto, dal dr. med. _____, dal dr. med. _____ e dal dr. med. _____." (cfr. doc. XIV 1). Con referto del 28 febbraio 2023, il dott. _____ ha ribadito le proprie censure e ha auspicato l'esecuzione di una perizia indipendente da parte di uno specialista in chirurgia ortopedica (allegato al doc. B 3).

2.3.3. 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; 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).

2.3.4. Nella presente fattispecie, attentamente vagliato l'insieme della documentazione a sua disposizione, questa Corte ritiene di poter fare proprio il parere espresso dai medici _____ dell'CO 1, dottori _____ e _____, a proposito della stabilizzazione delle condizioni di salute infortunistiche dell'insorgente a contare dal settembre 2022. In merito a quanto il rappresentante ha sostenuto a pagina 3 dell'allegato del 6 febbraio 2023 (doc. XI), va immediatamente segnalato che, secondo la giurisprudenza federale, i medici _____, così come gli specialisti del Centro _____ dell'CO 1, sono considerati, per la loro funzione e per la loro posizione professionale, come degli specialisti in materia di traumatologia, a prescindere dalla loro specializzazione medica (cfr. STF 8C_108/2020 del 22 dicembre 2020 consid. 4.4.2). D'altra parte, a proposito dell'affermazione ricorsuale secondo la quale l'insorgente non si troverebbe "... in una situazione nemmeno lontanamente simile a quella che era la sua prima dell'infortunio subito (status quo ante)" (doc. I, p. 7), è utile rilevare che la stabilizzazione delle condizioni di salute infortunistiche ex art. 19 cpv. 1 LAINF non presuppone che la persona assicurata ritrovi lo stato di salute precedente l'infortunio, nel qual caso l'obbligo a prestazioni dell'assicuratore contro gli infortuni cesserebbe per estinta causalità naturale, ma soltanto che i disturbi ancora presenti non possano più essere notevolmente migliorati grazie all'applicazione di ulteriori provvedimenti terapeutici. Da notare inoltre che il fatto che il dott. _____ abbia dichiarato che, in concreto, potrebbe semmai entrare in linea di conto una fisioterapia di lunga durata con lo scopo di mantenere i risultati acquisiti (cfr. doc. IX 1; in questo senso, si veda pure la nota 18 marzo 2022 del dott. _____, doc. 384, p. 2), non rappresenta un ostacolo alla stabilizzazione. Infatti, per definizione, provvedimenti conservativi non mirano a migliorare lo stato di salute infortunistico ma soltanto a evitare che esso peggiori. Fatte queste precisazioni, il TCA osserva che le conclusioni dei fiduciari dell'CO 1 trovano piena conferma nella valutazione EFL effettuata dal dott. _____ nel febbraio 2022, così come nei rapporti agli atti del dott. _____.

Entrambi gli specialisti hanno infatti

evidenziato l'esistenza di una profonda discrepanza tra lo stato oggettivabile a livello del ginocchio sinistro e la sintomatologia soggettivamente denunciata dall'assicurato, tenuto conto (anche) delle inconsistenze riscontrate durante l'esecuzione dei test, segnatamente quelle riguardanti la stabilità e l'estensione dell'articolazione ("All'esame clinico paziente che prima si sdraia stende completamente il ginocchio, dopo lo riporta in flessione a 20°. (...). In quell'occasione si vedrà benissimo una buona stabilizzazione del ginocchio, con ginocchio che andava in completa estensione"). In particolare, il dott. _____ ha ben spiegato che i pregressi interventi e l'intensa fisioterapia che ne ha fatto seguito hanno sì consentito di risolvere il problema morfologico che si poneva di volta in volta, rispettivamente di recuperare un tono muscolare soddisfacente, tuttavia essi non hanno avuto alcuna incidenza sui disturbi soggettivamente risentiti dal ricorrente ("Nonostante questo l'assicurato è profondamente insoddisfatto, avverte esattamente la stessa instabilità rispetto a prima dell'intervento e gli stessi dolori."). Tutto ciò ha indotto il dott. _____ a concludere che "qualunque sforzo venga profuso per dar seguito a questo desiderio di guarigione è comunque destinato a fallire a causa della problematica somatoforme" e il dott. _____ a negare che "ulteriori interventi possano portare miglioramenti come d'altronde è già stato negli ultimi, nemmeno credo che un'ulteriore terapia possa veramente portare a dei miglioramenti decisivi per quello che riguarda la patologia del paziente." Questa Corte non ignora che, secondo i curanti specialisti del ricorrente, le opzioni terapeutiche non sarebbero invece esaurite, entrando ancora in linea di conto un'artroscopia diagnostica (seguita, se del caso, dall'asportazione degli artefatti ferro-magnetici e/o da un'adesiolisi [dott. _____], rispettivamente dalla risoluzione dell'impingement dell'innesto del LCA e/o di quello provocato dal tessuto cicatriziale [dott. _____]) e la prosecuzione delle sedute di fisioterapia, tuttavia le loro certificazioni non appaiono atte a generare dei dubbi, nemmeno lievi, circa la fondatezza della valutazione espressa dai fiduciari dell'CO 1. Questo Tribunale constata che i dottori _____ e _____ hanno espresso le loro proposte terapeutiche senza minimamente considerare le indicazioni formulate dal dott. _____ a seguito della valutazione EFL, rispettivamente dal dott. _____ al termine del periodo di riabilitazione intensiva in day-hospital (10 gennaio-18 febbraio 2022 – doc. 377, p. 1), in particolare quella secondo cui ogni ulteriore passo terapeutico è destinato a fallire in ragione della problematica somatoforme. Anzi, il dott. _____, che ha visitato l'assicurato in una sola occasione, ha esplicitamente ammesso di non aver avuto conoscenza degli esiti della valutazione EFL e di non potersi così esprimere né a proposito della presenza di un'eventuale "compartecipazione psicologica" alla sintomatologia né in merito all'insuccesso delle pregresse terapie, segnatamente della fisioterapia. Ora, secondo il TCA, in un contesto in cui è stata da più parti accertata l'esistenza di un'importante somatizzazione, il fatto che il curante in questione abbia acriticamente fondato la propria valutazione in gran parte sulle dichiarazioni dell'insorgente, è certamente problematico. In esito a tutto quanto precede, è dunque 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° settembre 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). A fronte di una situazione giudicata sufficientemente chiarita, il TCA rinuncia all'assunzione di ulteriori prove (in particolare, a disporre la "perizia indipendente" pretesa dall'avv. RA 1). 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. Diritto a una rendita d'invalidità? 2.4.1. Giusta l'art. 18 cpv. 1 LAINF, l'assicurato invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 10 per cento a seguito d'infortunio ha diritto alla rendita di invalidità. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. Il TF, in una sentenza U 192/03 del 22 giugno 2004, pubblicata in RAMI 2004 U 529, p. 572 ss., ha rilevato che l'art. 18 LAINF rinvia direttamente all'art. 8 LPGGA; l'art. 8 cpv. 1 LPGGA, a sua volta, corrisponde al previgente art. 18 cpv. 2 prima frase LAINF, motivo per il quale occorre concludere che non vi sono stati cambiamenti di rilievo in seguito all'introduzione della LPGGA. Da parte sua, l'art. 16 LPGGA prevede, che per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato invalido potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido. L'Alta Corte, nella sentenza U 192/03 del 22 giugno 2004, citata in precedenza, ha rilevato che anche l'art. 16 LPGGA non ha modificato la valutazione del grado di invalidità dell'assicurato previsto dai precedenti art. 28 cpv. 2 LAI e art. 18 cpv. 2 seconda frase LAINF. Nella stessa pronuncia la nostra Massima Istanza ha quindi concluso che in ambito LAINF la giurisprudenza relativa ai concetti di inabilità lavorativa, inabilità al guadagno e invalidità continua a mantenere la sua validità anche in seguito all'introduzione della LPGGA. Su questi aspetti si veda pure la DTF 130 V 343. Due sono, dunque, di norma gli elementi costitutivi dell'invalidità: 1. il danno alla salute fisica o psichica (fattore medico) 2. la diminuzione della capacità di guadagno (fattore economico). Tra il danno alla salute e l'incapacità di guadagno deve inoltre intercorrere un nesso causale adeguato (fattore causale). Nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni deve esserci inoltre un nesso causale, naturale ed adeguato, tra il danno alla salute e l'infortunio.

2.4.2. L'invalidità, concetto essenzialmente economico, si misura in base alla riduzione della capacità di guadagno e non secondo il grado di menomazione dello stato di salute. D'altro canto, poiché l'incapacità di guadagno importa unicamente nella misura in cui dipende da un danno alla salute, la determinazione dell'invalidità presuppone preliminarmente adeguati accertamenti medici che rilevino il danno in questione. Spetta al medico fornire una precisa descrizione dello stato di salute dell'assicurato e di tracciare un esatto quadro degli impedimenti che egli incontra nell'esplicare determinate funzioni. Il medico indicherà per prima cosa se l'assicurato può ancora svolgere la sua professione, precisando quali sono le controindicazioni in quell'attività e in altre analoghe. Egli valuterà finalmente il grado dell'incapacità lavorativa che gli impedimenti provocano sia nella professione attuale sia nelle altre relativamente confacenti (cfr., su questi aspetti, STF I 871/02 del 20 aprile 2004 e

STF I 162/01 del 18 marzo 2002). L'invalidità, proprio perché concetto essenzialmente economico, si misura raffrontando il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora o potrebbe realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili, in un mercato del lavoro equilibrato, dopo l'adozione di eventuali provvedimenti integrativi (cfr. art. 16 LPGGA). I due redditi da porre a raffronto sono necessariamente ipotetici. L'ipotesi deve però poggiare su solide basi, avere un fondamento oggettivo. La giurisprudenza federale ha, più volte, confermato il principio che, nella determinazione dell'invalidità, non c'è la possibilità di fondarsi su una valutazione medico-teorica del danno alla salute dovuto all'infortunio e che occorre, sempre, basarsi sulle conseguenze economiche di tale danno. Il TF ha avuto modo di confermare che alla perdita di guadagno effettiva in un rapporto di lavoro stabile si può far capo solo eccezionalmente, se l'assicurato può esaurire pienamente presso la ditta in cui da lungo tempo lavora tutta la sua residua capacità lavorativa (STF U 25/94 del 30 giugno 1994). La perdita di guadagno effettiva può corrispondere alla perdita di guadagno computabile soltanto se - le condizioni sono cumulative - ogni riferimento al mercato del lavoro in generale, tenuto conto dei rapporti di lavoro particolarmente stabili, si avvera praticamente inutile, se l'assicurato esercita un'attività ragionevolmente esigibile nella quale si deve considerare che sfrutti al massimo la sua capacità di lavoro residua e se il reddito corrisponde ad una prestazione di lavoro e non a un salario sociale (RAMI 1991 U 130, p. 270ss. consid. 4a; conferma di giurisprudenza). Le ragioni, inerenti l'azienda, che rendono impossibile l'utilizzazione ottimale della rimanente capacità di produzione, devono essere considerate soltanto se, sul mercato del lavoro generale, non esiste una possibilità d'impiego, esigibile dall'assicurato, che gli permetterebbe di valorizzare meglio la propria residua capacità di lavoro (RAMI 1991 succitata, consid. 4d). I. Termine: reddito da invalido La misura dell'attività che si può ragionevolmente esigere dall'invalido va valutata in funzione del danno alla salute, avuto riguardo alle circostanze personali come l'età, le attitudini psico-fisiche, l'istruzione, la formazione professionale. Secondo la giurisprudenza, per la fissazione dei redditi ipotetici, non vanno considerate circostanze che non riguardano l'invalidità vera e propria. Particolarità quali formazione professionale o conoscenza linguistiche carenti hanno, in quest'ambito, rilevanza se sono causa di un reddito inferiore alla media. In tal caso, esse vanno o considerate nella determinazione dei due redditi da porre a confronto o non considerati affatto (RAMI 1993 U 168, p. 97ss., consid. 5a, b). Nel valutare la possibilità di sfruttare la residua capacità lavorativa e tradurla in capacità di guadagno non si terrà conto di difficoltà contingenti del mercato del lavoro ma ci si collocherà nell'ipotesi di un mercato equilibrato, nella situazione, cioè, in cui offerta e domanda sostanzialmente si controbilancino (cfr. RAMI 1994 U 187, p. 90 consid. 2b; DTF 115 V 133; STF del

E. 30

giugno 1994 succitata). Specifica dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni è la norma di cui all'art. 28 cpv. 4 OAINF: " Se a causa della sua età l'assicurato non riprende più un'attività lucrativa dopo l'infortunio o se la diminuzione della capacità di guadagno è essenzialmente dovuta alla sua età avanzata, sono determinanti per valutare il grado d'invalidità i redditi che potrebbe eseguire un assicurato di mezza età vittima di un danno alla salute della stessa gravità." II. Termine: reddito conseguibile senza invalidità Nel determinare il reddito conseguibile senza invalidità ci si baserà per quanto possibile sulla situazione antecedente l'infortunio. Se ne ipotizzerà l'evoluzione futura partendo dall'assunto che senza di esso la situazione si sarebbe mantenuta sostanzialmente stabile

(cfr. STF del 15 dicembre 1992 nella causa G.I.M.). Ci si discosterà da questa proiezione solo se le premesse per modifiche di qualche rilievo sono già date al momento dell'infortunio o se particolari circostanze ne rendono il verificarsi altamente probabile (cfr. RAMI 1993 U 168, p. 97ss., consid. 5b; 4a, b). Il grado di invalidità corrisponde alla differenza, espressa in percentuale, tra il reddito ipotetico conseguibile senza invalidità e quello, non meno ipotetico, conseguibile da invalido. 2.4.3. In concreto, a margine della visita _____ del 20 giugno 2022, il dott. _____ ha dichiarato l'insorgente definitivamente impedito a svolgere la sua precedente professione di pizzaiolo ma, d'altro canto, in grado di esercitare un'attività alternativa che rispetti i limiti funzionali descritti in occasione della valutazione EFL del febbraio 2022 (cfr. doc. 411, p. 4). Dal rapporto 5 febbraio 2022 del dott. _____ e della fisioterapista EFL _____ risulta quanto segue a proposito dell'esigibilità lavorativa: " (...) In un'attività leggera, prevalentemente sedentaria ma che possa permettere anche la posizione eretta e brevi spostamenti a piedi anche ripetuti, senza limitazioni con il tronco agli arti superiori, l'assicurato è totalmente abile al lavoro . (...). A causa di un'amplificazione di sintomi importante, di un'autolimitazione e di discordanze tra le esternazioni dell'assicurato e la nostra osservazione, i risultati dei test che riguardano le prestazioni fisiche sono da interpretare con prudenza per la valutazione della caricabilità esigibile. Si deve dedurre che, con un certo impegno, l'assicurato possa ottenere una prestazione migliore rispetto a quella dimostrata dei test. Le limitazioni fisiche dimostrate non sono spiegabili con i reperti oggettivi patologici, con i risultati degli esami strumentali o con le diagnosi somatiche. La valutazione dell'esigibilità si basa quindi primariamente soprattutto su considerazioni medico-teoriche, pur sempre con riferimento alle osservazioni durante il test. Una maggiore limitazione della caricabilità non è giustificata da un punto di vista medico-teorico. La seguente valutazione dell'esigibilità è basata sul rapporto di causalità con l'infortunio in questione. (...). Esigibilità per altre attività lavorative (secondo le categorie DOT): Attività leggere a mediamente pesanti. Limitazioni particolari: movimenti di flessione e estensione molto ripetitivi o portando carichi importanti, del ginocchio malato. Posizione inginocchiata/accovacciata molto prolungata. Lunghi spostamenti a piedi, terreni accidentati, importanti e ripetute salite e discese. (...)." (doc. 368 – il corsivo è del redattore) Chiamato ora a pronunciarsi, il TCA ritiene di poter fare propria la valutazione dell'esigibilità lavorativa enunciata dal dott. _____ (poi ripresa dal medico fiduciario dell'CO 1), e ciò vista anche l'assenza di pareri specialistici divergenti. Del resto, gli impedimenti funzionali che presenta il ricorrente, sono quelli che si riscontrano usualmente in assicurati che hanno subito lesioni agli arti inferiori e la valutazione dell'esigibilità lavorativa espressa dal medico EFL 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). Stante ciò, richiamato l'obbligo che incombe alla persona assicurata 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, p. 57, 551 e 572; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweiz. Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, p. 61; DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, p. 221), è da ritenere dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante che l'insorgente in un'attività adeguata (ovvero rispettosa dei limiti indicati dai medici succitati) presenta una capacità lavorativa completa. 2.4.4. 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 2022, essendo stato ritenuto lo stato di salute stabilizzato a partire dal 1° settembre 2022. 2.4.5. Per quanto attiene al reddito da valido, secondo l'assicuratore infortuni resistente, senza il danno alla salute infortunistico, nel 2022, l'assicurato avrebbe realizzato un guadagno annuo lordo di fr. 58'196, determinato in applicazione della RSS 2020, tabella TA1_tirage_skill_level, ramo 55-56 ("Servizi di alloggio e ristorazione"), livello di competenze 2, uomini, dato poi adeguato all'indice dei salari nominali sino al 2022 (doc. 428, p. 1). Questo dato, non contestato dal patrocinatore (cfr. doc. I), può senz'altro essere fatto proprio dal TCA, precisato che l'applicazione dei dati salariali statistici è giustificata dal fatto che, al momento dell'infortunio, il ricorrente era privo di attività lucrativa (cfr. doc. 41, p. 1). 2.4.6. 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). 2.4.7. Nella presente fattispecie, l'istituto resistente ha quantificato in fr. 66'661 il reddito da invalido, facendo capo sempre alla RSS 2020, tabella TA1_tirage_skill_level, ramo economico totale, livello di competenze 1, uomini, aggiornato al 2022, non operando poi alcuna decurtazione a titolo di deduzione sociale (doc. 428, p. 2). Come è stato il caso per il reddito da valido, il rappresentante dell'assicurato non ha sollevato alcuna obiezione nemmeno a proposito dell'entità del reddito da invalido ritenuto dall'amministrazione, ragione per la quale questo Tribunale non ha motivo di scostarsene. Esso ammonta pertanto a fr. 66'661 . 2.4.8.

Confrontando i fr. 66'661 al reddito che l'insorgente avrebbe potuto conseguire senza il danno alla salute, e cioè fr. 58'196 (cfr. supra, consid. 2.4.5.), non risulta che il ricorrente lamenti una perdita di guadagno a causa delle sequele dell'evento traumatico del marzo 2018. Visto tutto quanto precede, la decisione su opposizione impugnata deve essere confermata anche nella misura in cui all'assicurato è stato negato il diritto a una rendita d'invalidità.

2.5. L'art. 61 lett. a LPGA, in vigore fino al 31 dicembre 2020, prevedeva che la procedura deve essere semplice, rapida, di regola pubblica e gratuita per le parti; la tassa di giudizio e le spese di procedura possono tuttavia essere imposte alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. In data 1° gennaio 2021 è entrata in vigore una modifica della LPGA. L'art. 61 lett. a LPGA prevede ora unicamente che la procedura deve essere semplice, rapida e, di regola pubblica. Dalla medesima data è entrato in vigore l'art. 61 lett. f bis LPGA secondo cui in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. In concreto, trattandosi di una controversia relativa a prestazioni LAINF, il legislatore non ha previsto di prelevare le spese. Sul tema cfr. anche 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).

2.6. Deve ancora essere verificato se il ricorrente può essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria con il gratuito patrocinio dell'avv. RA 1 (cfr. doc. I, p. 8). I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b e riferimenti). Per valutare se un assicurato si trova in uno stato di bisogno, secondo la giurisprudenza, si tiene conto di un fabbisogno minimo che si situa al di sopra del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo (SVR 1998 IV Nr. 13 pag. 48 consid. 7b, pag. 48 consid. 7c). Al minimo esecutivo va, infatti, aggiunto un supplemento massimo del 15-25% (cfr. STF U 102/04 del 20 settembre 2004). Determinante è di principio la situazione finanziaria esistente al momento della presentazione della domanda di assistenza giudiziaria (DTF 120 Ia 179 consid. 3a) oppure – qualora siano nel frattempo intervenuti dei cambiamenti – quella al momento in cui viene presa la relativa decisione (cfr. DTF 108 V 265 consid. 4; STF 8C_381/2011 del 7 ottobre 2011 consid. 1). Nella fattispecie, dal certificato per l'ammissione all'assistenza giudiziaria agli atti risulta che l'insorgente è celibe, senza figli a carico. Secondo quanto da lui dichiarato, la sua sola entrata è rappresentata dalle indennità di disoccupazione, ammontanti a circa fr. 1'500/mese. Per quanto riguarda il calcolo del fabbisogno, all'insorgente deve essere applicato l'importo base mensile previsto per il debitore che vive solo pari a fr. 1'200, importo stabilito per il calcolo del minimo esistenziale LEF dalla Camera di esecuzione e fallimento (CEF), quale autorità di vigilanza cantonale e in vigore dal 1° settembre 2009, tuttora in uso. Questo importo comprende già le spese di sostentamento, abbigliamento, biancheria, igiene, cultura, salute, oneri domestici, quali elettricità, illuminazione, gas (cfr. Tabella per il calcolo del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo; cfr., pure, *Lignes directrices pour le calcul du minimum d'existence en matière de poursuite selon l'art. 93 LP du 24.11.2000*, in *BISchK 2001*, p. 19). Ora, già considerando soltanto la pigione che il

ricorrente paga per la locazione della camera presso _____ (fr. 560/mese, importo che va sommato a quello base mensile), egli deve essere ritenuto indigente. Visto che anche le altre condizioni cumulative appaiono senz'altro adempiute, la sua domanda di assistenza giudiziaria va accolta.

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