

# TI\_GERICHTE 35.2024.68 vom 24. Februar 2025

TI Tribunale d'appello, 2025-02-24, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_35.2024.68](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2024.68)

FR: TI\_GERICHTE 35.2024.68 du 24 février 2025

IT: TI\_GERICHTE 35.2024.68 del 24 febbraio 2025

## Regeste

Conferma della stabilizzazione dello stato di salute. Assicurato può svolgere in maniera completa un'attività adatta secondo le limitazioni poste dal medico interno dell'assicuratore. Nessun diritto ad una rendita LAINF. Conferma dell'IMI al 20%. Nuovo infortunio oggetto di nuova procedura

## Erwägungen

### E. 20

giugno 2024 il PD dr. med. \_\_\_\_\_, specialista in neurologia, ha escluso la presenza di una CRPS/Morbo di Sudeck, mentre il 25 giugno 2024 il PD dr. med. \_\_\_\_\_, specialista in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore, ha affermato che il dr. med. \_\_\_\_\_ ed il Prof. dr. med. \_\_\_\_\_ hanno rilevato che non vi è uno scollamento della protesi, ma hanno ipotizzato una CRPS/Morbo di Sudeck. Per lo specialista, visto il tempo trascorso dagli interventi lo sviluppo di una CRPS/Morbo di Sudeck è alquanto raro ed in ogni caso non può essere ammesso che le misure ipotizzate possano migliorare sensibilmente la situazione secondo il criterio della verosimiglianza preponderante. Al ricorso l'assicurato ha inoltre allegato due certificati del dr. med. \_\_\_\_\_, medicina interna generale, con cui il curante attesta una completa incapacità lavorativa per infortunio dal 14 agosto 2024 (doc. C), un termine per un intervento previsto per il 21 ottobre 2024 (doc. D, poi effettuato l'11 novembre 2024), ed un referto dell'8 agosto 2024 del dr. med. \_\_\_\_\_. Lo specialista ha affermato: " (...) Der Patient zeigt chronische Knieschmerzen rechts nach o.g. Massnahme als Folge der Verletzung des ersten Unfalles vom 22.08.1993 zurückzuführen. Es handelt sich um einen posttraumatischen Fall und nicht um eine Sudeckse Komplikation. Der Patient wurde auch auswärts von Prof. Dr. med. \_\_\_\_\_ mit Diagnose einer Arthrofibrose mit Patella Tiefstand ohne Hinweise auf einer Lockerung der Prothesen Komponente bzw. Allergie angeschaut. Diesbezüglich hat auch seine SS-Berichten erhalten. Wir haben eine CT-Untersuchung des rechten Knies mit Rekonstruktion, sowie Ganzkörperskelettszintigraphie und SPECT CT am 29.05.2024 durchführen lassen, diese hat keine Lockerung der Prothese gezeigt. Auch haben wir mit Prof. \_\_\_\_\_, Spezialist für Mikroinfiltrationen des Bewegungsapparates in der \_\_\_\_\_ besprochen, ob eine mögliche Embolisation der Arteria genicularis oder eine Blockade der Nervus genicularis möglich wäre und leider haben wir auch diesbezüglich ein negatives Feedback erhalten. Eine Sudecks Dystrophie wurde ausgeschlossen. Herr RI 1 zeigt weiterhin starke Schmerzen mit einer Arthrofibrose ohne Hinweise auf eine Lockerung. Auf Grund der Beschwerden, der klinisch- und radiologischen Abklärungen, besteht die Indikation einer erneuten Revision zur Entfernung der Schraube (auch für Sonikation), ausgedehnten Debriment und Arthrolyse, sowie Gewebe Entnahme für die Bakteriologie und Histologie, sowie für einen Wechsel des Polyethylen Inlays und

Mobilisation der Knie TP durchzuführen. Aufgrund dieser komplexen Situation, ist es gerechtfertigt, einen erneuten Versuch zu starten, das rechte Kniegelenk interventionell zu mobilisieren inkl. einer ausgedehnten Arthrolyse und zum Ausschluss eines Infektes, die Schraube und das Polyethylen für Sonikation und das Inlay zu Wechseln. (...) Diese Situation ist als Folge der Verletzung des ersten Unfalles vom 22.08.1993 zurückzuführen. Es handelt sich um einen posttraumatischen Fall und nicht um eine Sudeckse Komplikation.” (doc. E) Chiamato ad esprimersi in merito, il PD dr. med. \_\_\_\_\_, specialista in chirurgia ortopedica e traumatologia dell’apparato locomotore, il 3 settembre 2024 ha affermato: " (...) Il Dott. \_\_\_\_\_ stesso descrive un tentativo solo per migliorare la situazione dell’assicurato. Quindi lui sembra di aver cambiato idea in due mesi senza nuovi referti o indicazioni di fare un nuovo intervento possibilmente abbastanza esaustivo. Dal punto di vista medico ortopedico non vedo che questo tipo di intervento potrebbe portare un miglioramento dell’esigibilità sostanziale. L’assicurato ha da lungo termine questi dolori anteriori e francamente ho dubbi notevoli che questo migliori dopo un intervento. Rischiamo inoltre un peggioramento della situazione dopo l’intervento. Non vi sono nuovi aspetti che potrebbero supportare un’infezione né cronica né acuta, giustificando un intervento come proposto dal Dott. \_\_\_\_\_. Quindi consiglio di non dare il benestare” (doc. III/1) Il 29 ottobre 2024 il dr. med. \_\_\_\_\_, in risposta ad uno scritto dell’CO 1 del 13 agosto 2024 che gli chiedeva una valutazione riguardo alla sicurezza della procedura proposta e della probabilità di esito positivo e quali miglioramenti e con quale probabilità potrebbe migliorare l’esigibilità formulata in occasione della visita effettuata presso il dr. med. \_\_\_\_\_ l’11 aprile 2023 (doc. 601), ha insistito nel ritenere necessario l’intervento: " (...) Der Patient hat leider an einer chronischer therapie-refraktärer Arthrofibrose rechts. Trotz der obengenannten Massnahme haben wir bis jetzt keine deutlichen Besserung des gesamten Situation erreicht. Es ist anerkannt, bis das Gegenteil bewiesen ist, dass sehr wahrscheinlich ein Mikroorganismus für die Entwicklung dieser Arthrofibrose verantwortlich ist. Der Nachweis dieses Keimes ist sehr schwer, deswegen sind Arthrofibrosen auch schwer zu behandeln. Auf Grund der Gesamtsituation und des Misserfolges der Konservativen Massnahmen, sowie aus meinen Überlegungen aus dem Bericht vom 19.08.2024, möchte ich nochmals betonen, dass es nicht stimmt, dass erneute Interventionen keine sichere Verbesserung bringen wird. Wir haben bis jetzt keine Ursache der Arthrofibrose gefunden. Mit einer neuen Intervention könnten wir nochmals versuchen, einerseits die Beweglichkeit durch eine Synovektomie, Narben Resektion und Proximalisierung der TT zu verbessern und andererseits könnten wir Sicherheit eine chronischen Infektion auszuschliessen. (...) Falls wir einen Keim finden würden, dann würden wir das behandeln, und falls wir nichts finden, dann ist die Wahrscheinlichkeit noch grosser und bestätigt, dass die Ursache seiner Beschwerde idiopathisch sind. Ich glaube, dass einen erneuten Versuch, wert, ist.” (doc. G2) Il 29 ottobre 2024 il dr. med. \_\_\_\_\_ ha scritto anche al curante, dr. med. \_\_\_\_\_, confermando la sua tesi (“ la causa di questa Arthrofibrose è sempre un batterio, fino a quando non è dimostrato il contrario, che però non è così facilmente da diagnosticare, e quindi anche di trattare in modo opportuno. Questa teoria mi è stata anche confermata da diversi professori, tra i quali il Prof. \_\_\_\_\_, dell’Ospedale Universitario \_\_\_\_\_. Per questo motivo, trovo che sia corretto, rifare un intervento per escludere ancora di più la possibilità di trovare un’infezione come causa di una artrofibrose cronica. Questa tesi, di cui anche il Prof. \_\_\_\_\_ è pienamente d’accordo, la confermerò anche per iscritto alla CO 1, che è purtroppo contraria a riaprire il caso ”; doc. G3). Entrambi i medici hanno

attestato una completa incapacità lavorativa causa infortunio (doc. G4 e G5; cfr. anche doc. G1; doc. IX/1). Dal referto del 14 novembre 2024 del dr. med. \_\_\_\_\_, successivo all'intervento dell'11 novembre 2024, emerge: " (...) Der Patient leidet an chronische femoropatellare Schmerzen rechts bei einer leichtgradiger Arthrofibrose rezidiv Grad I nach internationalem Consensus mit einer lymphozytäre Synovialitis seit 2 Jahre und ein chronischer Implantat-assoziiertes Infekt bzw. Kultur-negativer Fremdkörper-assoziiertes Low Grade Infekt kann noch nicht ausgeschlossen werden. Die ganze Pathologie ist als Folge der Verletzung von 22.8.1993 unter der CO 1 (...), obwohl die CO 1 den fall nicht mehr übernehmen möchte!!! Es wurde bei Herrn RI 1 präoperativ eine AB Prophylaxe gemacht, obwohl schriftlich und mündlich deutlich kommuniziert wurde, dass keine präoperative antibiotische Therapie stattfinden sollte. Bisher ergab sich in den 7 intraoperativen Biopsien kein Wachstum wobei jedoch darauf hingewiesen werden muss, dass präoperativ Zinacef als Antibiotikaphylaxe verabreicht wurde. Virulente Erreger wie Staphylococcus aureus, Koagulase negative Staphylokokken, Enterokokken oder Enterobacteriaceae nach einmaliger Gabe von Zinacef nachweisbar geblieben und passen auch nicht in das Bild einer chronischen, fremdkörperassoziierten Spätinfektion. Einzig Streptococcus spezie oder Cutibacterium acnes hätten durch die präoperativen Antibiotikaphylaxe in ihrem Wachstum dermassen gehemmt werden können, sodass sie nicht mehr in der Kultur oder nur verzögert nachweisbar werden würden. Entsprechend hat unsere Infektiologe, Dr. \_\_\_\_\_, noch eine bakterielle PCR durchzuführen wobei jedoch auch nach 3 Jahren Liegedauer der neuen Prothese eine gewisse Lockerungsreaktion der Prothesenteile zu erwarten gewesen wäre. Entsprechend muss differenzialdiagnostisch eine mögliche allergologische oder partikelassoziierte ätiologie in Betracht gezogen werden." (doc. H) Il 31 dicembre 2024 il dr. med. \_\_\_\_\_ ha attestato una completa incapacità lavorativa dall'11 gennaio 2025 fino all'8 aprile 2025 a causa di infortunio ed ha prescritto fisioterapia (doc. XII/2). L'insorgente ha pure prodotto il rapporto dell'operazione dell'11 novembre 2024 (doc. XVII/1) ed un referto del 3 gennaio 2025 del dr. med. \_\_\_\_\_, inerente il controllo postoperatorio, da cui emerge: " (...) Der Patient kann das Kniegelenk besser bewegen, er macht regelmässig Physiotherapie. Er habe weiterhin starke Schmerzen, (...) Der Patient zeigt nach erneuter Revision wegen eines posttraumatischen Zustandes mit Entwicklung einer Patella baja und einer Arthrofibrose nun einen gebesserten objektiven verlauf mit einer verbesserten Beweglichkeit der Knie-TP und gebesserten Zustand der Weichteile am rechten Knie. Bei der letzten Operation haben wir nun mit grösstem Sicherheit einen Implantat-assoziiertes Infektion durch Gewebeentnahme für Bakt. Und Histo, sowie Sonikation ausschliessen können. Wir haben danach spezielle Abklärungen bei Dir und bei unserem Infektiologen durchführen lassen. Alle diese Abklärungen haben einen Infekt zum grossen Teil ausgeschlossen. Durch die Revision haben wir die Tuberositas tibiae-OT noch einmal proximalisiert und die Knie TP zeigt jetzt eine deutliche bessere Beweglichkeit. Es handelt sich als mit Sicherheit um eine posttraumatische Folge. Der Patient braucht eine Fortsetzung der Physiotherapie. Er hat heute eine neue Physiotherapie verordnung erhalten. Der Patient bleibt bis am 08.04.205 zu 100% unfallbedingt arbeitsunfähig. Danach nochmalige Kontrolle bei mir." (doc. XVIII/1)

2.3.4. Per costante giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale mentre invece nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (cfr. RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STF dell'8 luglio 2003 nella causa B., U 259/02, 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. 33ss. e RAMI 1999 U 356, p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. In una sentenza 8C\_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve, a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. Per quel che concerne il valore probante di un rapporto medico, determinante è che esso sia completo sui temi sollevati, che sia fondato su esami approfonditi, che tenga conto delle censure sollevate dalla persona esaminata, che sia stato redatto in piena conoscenza dell'anamnesi, che sia chiaro nella presentazione del contesto medico e che le conclusioni dell'esperto siano motivate (cfr. SVR 2002 IV Nr. 21 p. 63; DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191ss.; DTF 122 V 160ss, consid. 1c e riferimenti). L'elemento rilevante per decidere circa il valore probante, non è né l'origine del mezzo di prova né la sua designazione quale rapporto oppure quale perizia, ma semplicemente il suo contenuto (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti). È, infine, utile osservare che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va, tuttavia, precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (cfr. STFA I 811/03 del 31 gennaio 2005, consid. 5 in fine; STFA I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV n. 10 pag. 35 consid. 4b). Giova qui infine ricordare un principio ripetutamente riconosciuto dalla nostra Massima Istanza, quello secondo il quale le certificazioni del medico curante - anche se specialista (cfr. STF U 202/01 del 7 dicembre 2001, consid. 2b/bb) - hanno un valore di prova ridotto, ciò in ragione del rapporto di fiducia che lo lega al suo paziente (cfr. STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; RAMI 2001 U 422, p. 113ss. (= AJP 1/2002, p. 83); DTF 125 V 353 consid. 3b/cc; DTF 124 I 175 consid. 4; DTF 122 V 161; RCC 1988 p. 504; R. Spira, La preuve en droit des assurances sociales, in Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach, Basilea 2000, p. 269s.). Il TF ha affermato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia) in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (cfr. STF I 1102/06 del 31 gennaio 2008; STF I 701/05 del 5 gennaio 2007 consid. 2; STCA 32.2020.88 del 31 maggio 2021, consid. 2.5). 2.3.5. Chiamata ora a pronunciarsi, questa Corte, constata che l'assicurato deve essere ritenuto in grado di esercitare, a tempo pieno e

con un rendimento completo, delle attività confacenti al danno alla salute infortunistico, alternative a quella svolta finora di aiuto operaio presso l' \_\_\_\_\_, che non potrà più essere esercitata senza limitazioni (cfr. più in dettaglio il consid. 2.4.3). Ciò è quanto affermato anche dal curante, dr. med. \_\_\_\_\_, in data 8 marzo 2023 (“Aufgrund der Gesamtsituation, kann der Patient in eine angepasste Arbeit ab dem 13.03.2023 wieder zu 100% arbeiten. Aufgrund der Situation, kann der Patient mit Sicherheit nicht mehr in eine Arbeit mit schwerer Belastung, wie z.B. auf der Baustelle, wo er war, rückkehren”; doc. 514) e confermato dal dr. med. \_\_\_\_\_, specialista in chirurgia ortopedica e reumatologia dell'apparato locomotore l'11 aprile 2023, il quale ha posto le limitazioni che dovrà avere la nuova attività (doc. 521), precisando che non vi è necessità di pause aggiuntive (doc. 533; cfr. anche doc. 593, presa di posizione del 20 giugno 2024 del PD dr. med. \_\_\_\_\_, specialista in neurologia; doc. 594 presa di posizione del

## **E. 25**

giugno 2024 del PD dr. med. \_\_\_\_\_). Stante ciò, ossia la completa esigibilità in attività leggere adatte alle limitazioni funzionali poste dai sanitari, in applicazione della giurisprudenza federale citata in precedenza (cfr. supra, consid. 2.3.1: D. Jonta, Stabilisation de l'état de santé en LAA, HAVE/REAS 2023, p. 315 e i riferimenti giurisprudenziali ivi citati con rinvio particolare alla STF 8C\_14/2010 del 4 agosto 2010 consid. 3), l'assicuratore resistente era legittimato a considerare stabilizzate le condizioni di salute dell'insorgente e, dunque, a dichiarare estinto il diritto alle prestazioni di corta durata in virtù dell'art. 19 cpv. 1 LAINF. Tanto più che nel caso di specie, come si vedrà meglio in seguito (consid. 2.4.8), la nuova attività adatta non comporta alcuno scapito economico ed i medici non hanno preteso che sarebbe stato possibile all'assicurato riprendere la propria attività abituale. Del resto, il solo fatto che la persona assicurata senta ancora dei dolori o soffra di dolori cronici non permette di concludere che il suo stato di salute non sia stabilizzato (D. Jonta, Stabilisation de l'état de santé en LAA, HAVE/REAS 2023, p. 316, con rinvio alle STF 8C\_20/2022 del 10 giugno 2022 consid. 6.3; STF 8C\_247/2018 del 1° aprile 2019 consid. 5.3; STF 8C\_83/2017 dell'11 dicembre 2017 consid. 4.3). Anche la prescrizione di medicinali analgici e di sedute di fisioterapia o accertamenti supplementari per stabilire le cause dei dolori, sono compatibili con uno stato di salute stabilizzato (Jonta, op. cit., con rinvio alle STF 8C\_93/2022 del 19 ottobre 2022 consid. 4.2; STF 8C\_736/2017 del 20 agosto 2018 consid. 4.1). Inoltre, nel caso di specie il curante, dr. med. \_\_\_\_\_, il 4 giugno 2024, prima dell'intervento, aveva escluso la presenza di un'infezione (poi effettivamente non confermata in seguito all'intervento dell'11 novembre 2024), così come il Prof. Dr. med. \_\_\_\_\_, primario presso la Clinica \_\_\_\_\_ (doc. 582: “Aktenanamnestisch keine Hinweise auf ein Infektgeschehen. Ebenfalls unauffällige Allergietestung”), facendo risalire i dolori ad un'eventuale distrofia di Sudeck (doc. 589: “[...] Klinisch, radiologisch, labormässig, und bildgebend besteht keinen Verdacht auf eine Implantat-assoziierten Infekt. Die Schmerzen sind wahrscheinlich i.R. einer Sudeck Dystrophie”; e rapporto operatorio doc. XVII/1: “Trotz mehren Kniepunktion zum Ausschluss eines Infektes bei uns und im Universitätsspital \_\_\_\_\_, zeigten alle Punktionen keine Hinweise auf eine Implantat-assoziierte Infektion”), poi esclusa dal medesimo medico (doc. E, referto dell'8 agosto 2024: “Eine Sudecks Dystrophie wurde ausgeschlossen”). Il dr. med. \_\_\_\_\_ aveva inoltre previsto di procedere con l'ulteriore operazione quale nuovo tentativo di mobilizzazione dell'articolazione del ginocchio destro e per confermare l'assenza di un'infezione (doc. E: “

Aufgrund dieser komplexen Situation, ist es gerechtfertigt, einen erneuten Versuch zu starten, das rechte Kniegelenk interventionell zu mobilisieren inkl. einer ausgedehnten Arthrolyse und zum Ausschluss eines Infektes, die Schraube und das Polyethylen für Sonikation und das Inlay zu wechseln”; cfr. anche il referto del 29 ottobre 2024 dove il medesimo curante afferma che “ Mit einer neuen Intervention könnten wir nochmals versuchen einerseits die Beweglichkeit durch eine Synovektomie, Narben Resektion und Proximalisierung der TT zu verbessern und andererseits könnten wir Sicherheit einer chronischen Infektion auszuschliessen ”), la cui presenza, come visto, era tuttavia già stata esclusa da numerosi medici, come poi emerso anche dall’intervento dell’11 novembre 2024. Certo, il 3 gennaio 2025 il dr. med. \_\_\_\_\_ ha rilevato una migliore mobilità del ginocchio in seguito all’operazione dell’11 novembre 2024. Tuttavia egli ha pure sottolineato come i forti dolori di cui l’insorgente si lamentava in precedenza, non erano scomparsi (“ Der Patient kann das Kniegelenk besser bewegen, er macht regelmässig Physiotherapie. Er habe weiterhin starke Schmerzen ”). Un miglioramento sostanziale o il ripristino della capacità lavorativa nella precedente attività non è stato accertato (cfr. STF 8C\_273/2020 del 18 giugno 2020, consid. 4.2). Del resto, in ogni caso, va ribadito che occorre procedere a una valutazione prospettica della questione della stabilizzazione, ponendosi al momento in cui le prestazioni sono state interrotte (cfr. giurisprudenza citata al consid. 3.2.1; in particolare cfr. STF 8C\_273/2020 del 18 giugno 2020, consid. 4.2 con rinvii). Da una parte i medici, come visto in precedenza, prima dell’intervento avevano escluso la presenza di un’infezione. D’altra parte il dr. med. \_\_\_\_\_, già il 23 marzo 2023 aveva affermato che “ un miglioramento importante probabilmente non è più da aspettare e con un eventuale nuovo intervento si può solo peggiorare ancora la situazione con probabilità, quindi da evitare! ” (doc. 517/2; cfr. anche doc. 521/14). Ciò è stato confermato dal PD dr. med. \_\_\_\_\_ il 25 giugno 2024 (doc. 594/2: “ secondo il mio parere un miglioramento sostanziale può solo avvenire possibilmente, ma non con probabilità preponderante ”) ed il 3 settembre 2024 (doc. III/1: “ Il Dott. \_\_\_\_\_ stesso descrive un tentativo solo per migliorare la situazione dell’assicurato [...] Dal punto di vista medico ortopedico non vedo che questo tipo di intervento potrebbe portare un miglioramento dell’esigibilità sostanziale. L’assicurato ha da lungo termine questi dolori anteriori e francamente ho dubbi notevoli che questo migliori dopo un intervento. Rischiamo inoltre un peggioramento della situazione dopo l’intervento [...] ”). In concreto la valutazione prospettica permette di ritenere, in applicazione del principio della verosimiglianza preponderante, che lo stato di salute infortunistico dell’insorgente era stabilizzato dal 1° aprile 2023. Questa Corte è pertanto legittimata a valutare qui di seguito il diritto a una rendita d’invalidità e l’entità della menomazione dell’integrità di cui è portatore il ricorrente. 2.4. Diritto a una rendita d’invalidità? 2.4.1. Giusta l’art. 18 cpv. 1 LAINF, l’assicurato invalido (art. 8 LPGA) almeno al 10 per cento a seguito d’infortunio ha diritto alla rendita di invalidità. Secondo l’art. 8 cpv. 1 LPGA, 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 LPGA; l’art. 8 cpv. 1 LPGA, a sua volta, corrisponde al previgente art. 18 cpv. 2 prima frase LAINF, motivo per il quale occorre concludere che non vi sono stati cambiamenti di rilievo in seguito all’introduzione della LPGA. Da parte sua, l’art. 16 LPGA prevede, che per valutare il grado d’invalidità, il reddito che l’assicurato invalido potrebbe conseguire esercitando l’attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l’eventuale esecuzione di provvedimenti

d'integrazione, tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido. L'Alta Corte, nella sentenza U 192/03 del 22 giugno 2004, citata in precedenza, ha rilevato che anche l'art. 16 LPGA non ha modificato la valutazione del grado di invalidità dell'assicurato previsto dai previgenti art. 28 cpv. 2 LAI e art. 18 cpv. 2 seconda frase LAINF. Nella stessa pronuncia la nostra Massima Istanza ha quindi concluso che in ambito LAINF la giurisprudenza relativa ai concetti di inabilità lavorativa, inabilità al guadagno e invalidità continua a mantenere la sua validità anche in seguito all'introduzione della LPGA. Su questi aspetti si veda pure la DTF 130 V 343. Due sono, dunque, di norma gli elementi costitutivi dell'invalidità: 1. il danno alla salute fisica o psichica (fattore medico) 2. la diminuzione della capacità di guadagno (fattore economico). Tra il danno alla salute e l'incapacità di guadagno deve inoltre intercorrere un nesso causale adeguato (fattore causale). Nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni deve esserci inoltre un nesso causale, naturale ed adeguato, tra il danno alla salute e l'infortunio.

2.4.2. 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 LPGA). I due redditi da porre a raffronto sono necessariamente ipotetici. L'ipotesi deve però poggiare su solide basi, avere un fondamento oggettivo. La giurisprudenza federale ha, più volte, confermato il principio che, nella determinazione dell'invalidità, non c'è la possibilità di fondarsi su una valutazione medico-teorica del danno alla salute dovuto all'infortunio e che occorre, sempre, basarsi sulle conseguenze economiche di tale danno. Il TF ha avuto modo di confermare che alla perdita di guadagno effettiva in un rapporto di lavoro stabile si può far capo solo eccezionalmente, se l'assicurato può esaurire pienamente presso la ditta in cui da lungo tempo lavora tutta la sua residua capacità lavorativa (STF U 25/94 del 30 giugno 1994). La perdita di guadagno effettiva può corrispondere alla perdita di guadagno computabile soltanto se - le condizioni sono cumulative - ogni riferimento al mercato del lavoro in generale, tenuto conto dei rapporti di lavoro particolarmente stabili, si avvera praticamente inutile, se l'assicurato esercita un'attività ragionevolmente esigibile nella quale si deve considerare che sfrutti al massimo la sua capacità di lavoro residua e se il reddito corrisponde ad una prestazione di lavoro e non a un salario sociale (RAMI 1991 U 130, p. 270ss. consid. 4a; conferma di giurisprudenza). Le ragioni, inerenti l'azienda, che rendono impossibile l'utilizzazione ottimale della rimanente capacità di produzione, devono essere considerate soltanto se, sul

mercato del lavoro generale, non esiste una possibilità d'impiego, esigibile dall'assicurato, che gli permetterebbe di valorizzare meglio la propria residua capacità di lavoro (RAMI 1991 succitata, consid. 4d). I. Termine: reddito da invalido La misura dell'attività che si può ragionevolmente esigere dall'invalido va valutata in funzione del danno alla salute, avuto riguardo alle circostanze personali come l'età, le attitudini psico-fisiche, l'istruzione, la formazione professionale. Secondo la giurisprudenza, per la fissazione dei redditi ipotetici, non vanno considerate circostanze che non riguardano l'invalidità vera e propria. Particolarità quali formazione professionale o conoscenza linguistiche carenti hanno, in quest'ambito, rilevanza se sono causa di un reddito inferiore alla media. In tal caso, esse vanno o considerate nella determinazione dei due redditi da porre a confronto o non considerati affatto (RAMI 1993 U 168, p. 97ss., consid. 5a, b). Nel valutare la possibilità di sfruttare la residua capacità lavorativa e tradurla in capacità di guadagno non si terrà conto di difficoltà contingenti del mercato del lavoro ma ci si collocherà nell'ipotesi di un mercato equilibrato, nella situazione, cioè, in cui offerta e domanda sostanzialmente si controbilancino (cfr. RAMI 1994 U 187, p. 90 consid. 2b; DTF 115 V 133; STF del 30 giugno 1994 succitata). Specifica dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni è la norma di cui all'art. 28 cpv. 4 OAINF: " Se a causa della sua età l'assicurato non riprende più un'attività lucrativa dopo l'infortunio o se la diminuzione della capacità di guadagno è essenzialmente dovuta alla sua età avanzata, sono determinanti per valutare il grado d'invalidità i redditi che potrebbe eseguire un assicurato di mezza età vittima di un danno alla salute della stessa gravità." II. Termine: reddito conseguibile senza invalidità Nel determinare il reddito conseguibile senza invalidità ci si baserà per quanto possibile sulla situazione antecedente l'infortunio. Se ne ipotizzerà l'evoluzione futura partendo dall'assunto che senza di esso la situazione si sarebbe mantenuta sostanzialmente stabile (cfr. STF del 15 dicembre 1992 nella causa G.I.M.). Ci si discosterà da questa proiezione solo se le premesse per modifiche di qualche rilievo sono già date al momento dell'infortunio o se particolari circostanze ne rendono il verificarsi altamente probabile (cfr. RAMI 1993 U 168, p. 97ss., consid. 5b; 4a, b). Il grado di invalidità corrisponde alla differenza, espressa in percentuale, tra il reddito ipotetico conseguibile senza invalidità e quello, non meno ipotetico, conseguibile da invalido.

2.4.3. Nel caso di specie, dalle tavole processuali si evince che l'8 marzo 2023 il medico curante, dr. med. \_\_\_\_\_, aveva accertato che l'insorgente, in un'attività adatta, andava ritenuto abile al lavoro al 100% (doc. 514: " Aufgrund der Gesamtsituation, kann der Patient in eine angepasste Arbeit ab dem 13.03.2023 wieder zu 100% arbeiten. Aufgrund der Situation, kann der Patient mit Sicherheit nicht mehr in eine Arbeit mit schwerer Belastung, wie z.B. auf der Baustelle, wo er war, rückkehren "). Questa valutazione è stata confermata il 27 marzo 2023 dal medico \_\_\_\_\_, dr. med. \_\_\_\_\_, specialista in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore (doc. 521), il quale ha così descritto i limiti funzionali: " (...) L'assicurato può sollevare e portare pesi molto leggeri fino a 5 kg e leggeri fino a 10 kg fino all'altezza dei fianchi molto spesso. Pesi medio-pesanti tra i 10 kg e 25 kg fino all'altezza dei fianchi talvolta. Non può più portare pesi pesanti oltre ai 25 kg fino all'altezza dei fianchi. Non può più portare pesi molto pesanti. Può sollevare oltre all'altezza del petto pesi fino a 5 kg e oltre ai 5 kg molto spesso. Maneggio d'attrezzi leggeri, di precisione e medio molto spesso. Maneggio d'attrezzi pesanti, lavoro manuale e rozzo spesso. Maneggio d'attrezzi molto pesanti talvolta. Nessuna limitazione riguardo la rotazione della mano. Lavori sopra la testa e in rotazione molto spesso. Lavori in posizione seduta, inclinata in avanti molto spesso. Lavori in posizione in piedi, inclinata in avanti talvolta. Lavoro in

posizione inginocchiata di rado o in flessione del ginocchio massimo talvolta. Nessuna limitazione riguardo i lavori seduti e spesso in posizione in piedi. Nessuna limitazione per lavori con posizione a libera scelta. Può camminare fino e oltre 50 metri molto spesso. Può camminare lung[h]i tratti talvolta. Può camminare su terreni accidentati talvolta. Può salire le scale talvolta. Può salire su scale a pioli di rado. Nessuna limitazione per l'uso delle mani e stare in equilibrio." Il 20 giugno 2024 il PD dr. med. \_\_\_\_\_, neurologo, ha confermato che dal lato neurologico non vi è alcuna incapacità lavorativa (doc. 593: " [...] da eine neurologische Diagnose vorliegend mit Hinweis auch auf die negativen Abklärungen nicht zu stellen ist, weder sind daher vom neurologischen Fachgebiet her Behandlungsvorschläge zu beurteilen noch eine Arbeitsfähigkeit oder Zumutbarkeit "). Con la propria impugnativa, l'assicurato sostiene che alla luce della sua situazione non può essere considerato abile al lavoro in maniera completa e a causa dei dolori persistenti e insopportabili al ginocchio non può essere ritenuto in grado di effettuare lavori con lievi limitazioni stabilite dal medico dell'CO 1. L'esigibilità medica va rivista considerando le effettive e reali limitazioni esistenti. Ciò esclude l'esercizio di un'attività lavorativa a tempo pieno (cfr. doc. I). Il ricorrente tuttavia non produce documentazione medica atta a far sorgere perlomeno un minimo dubbio in relazione alle conclusioni dei medici \_\_\_\_\_.

La lettera di dimissione del Pronto soccorso del 15 maggio 2024 della dr.ssa med. \_\_\_\_\_ si esaurisce nella descrizione dell'esito della radiografia al ginocchio destro e del fatto che " in assenza di acuzie ma di una cronicità della problematica discutiamo con il paziente l'opzione di un secondo parere ortopedico " (doc. F). I, generici e non motivati, certificati del curante, dr. med. \_\_\_\_\_, medicina interna generale, attestano una completa incapacità lavorativa per un nuovo infortunio accaduto il 14 agosto 2024 (plico doc. C, G4) e dunque esulante dalla procedura in esame. Infatti (cfr. anche consid. 2.2), di principio è la data della decisione impugnata (in concreto il 26 giugno 2024) che delimita il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (DTF 144 V 210 consid. 4.3.1. pag. 213; DTF 143 V 409 consid. 2.1. pag. 411; STF 9C\_241/2022 del 30 giugno 2022; STF 8C\_590/2018 del 4 luglio 2019; STF 9C\_301/2019 del 26 luglio 2019; STF 8C\_2017/2019 del 5 agosto 2019; DTF 132 V 215 consid. 3.1.1. pag. 220 con riferimenti), il quale esamina, pertanto, la legalità delle decisioni in base alla situazione di fatto esistente al momento in cui la decisione impugnata è stata resa. I fatti accaduti posteriormente e che hanno modificato questa situazione devono di regola formare oggetto di un nuovo atto amministrativo (cfr. DTF 130 V 138 consid. 2; STFA C 43/00 del 30 settembre 2002; STFA I 490/00 del 3 dicembre 2001; DLA 2000 pag. 74; DTF 121 V 366 consid. 1b e sentenze ivi citate). Il nuovo infortunio deve far oggetto di un'altra procedura. Infine, i referti del dr. med. \_\_\_\_\_, successivi al mese di giugno 2024, sono in relazione con l'intervento dell'11 novembre 2024 (doc. D, E, H, G1, G2, G3, G5, XVII, XVIII), di cui si è già detto (consid. 2.3.5), e non permettono di scostarsi dalle valutazioni dei medici \_\_\_\_\_. I rapporti del curante sono infatti stati emessi per comprovare la necessità dell'operazione ma non si esprimono specificatamente ed in maniera motivata sulle valutazioni della capacità lavorativa del ricorrente in attività adatte e confacenti al suo stato di salute. A tentamente vagliato l'insieme della documentazione a sua disposizione, questo Tribunale ritiene pertanto che la valutazione del medico \_\_\_\_\_, dr. med. \_\_\_\_\_, specialista proprio nella materia che qui interessa con alle spalle un'ampia esperienza nella medicina infortunistica e assicurativa, in base alla quale l'assicurato sarebbe in grado di svolgere, a tempo pieno e con un rendimento completo, un'attività alternativa adeguata, possa costituire da valido fondamento al giudizio che è chiamato a rendere. Del resto, gli

impedimenti funzionali che presenta il ricorrente, sono quelli che si riscontrano usualmente in assicurati che hanno subito danni agli arti inferiori e la valutazione dell'esigibilità lavorativa espressa dal medico fiduciario dell'amministrazione 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, è stato investito da un'autovettura 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 residuali localizzati all'articolazione tibiotarsica e a quella sottoastraglica sinistra in stato dopo molteplici interventi chirurgici al piede sinistro, pronunciata artrosi attiva a livello dell'articolazione di Lisfranc/tarso-metatarsale e completa consolidazione dell'artrosi nella regione dell'articolazione sottoastraglica/mesopiede, il Tribunale federale ha ammesso una capacità lavorativa del 100% in un'attività confacente ai disturbi interessanti il piede. Lo stesso dicasi infine per la sentenza 8C\_252/2022 dell'11 gennaio 2023, mediante la quale il TF ha confermato la pronunzia 35.2021.85 del 14 marzo 2022 di questo Tribunale, riguardante un muratore rimasto vittima di una contusione al ginocchio destro che aveva necessitato di ben quattro operazioni chirurgiche (meniscectomia mediale parziale, artroplastica dell'articolazione femoro-rotulea, impianto di protesi totale del ginocchio e intervento di riallineamento rotuleo con plastica), giudicato in grado di esercitare a tempo pieno un'attività lavorativa adatta alle limitazioni funzionali, cioè delle "attività lavorative leggere, prettamente, rispettivamente prevalentemente sedentarie, con possibilità di libera scelta e di cambiamento della posizione dell'arto inferiore destro al di sotto del piano di lavoro, senza gestione di una pedaliera, quando rispettivamente se svolte in piedi con possibilità di scarico dell'arto inferiore destro, che non comportano degli spostamenti frequenti o prolungati su superfici anche regolari, che non richiedono delle sollecitazioni di carico del ginocchio destro, in particolare in flessione". Il TCA non ignora i referti agli atti dei sanitari curanti, i quali non appaiono però atti a generare dei dubbi - nemmeno lievi - circa l'attendibilità dell'apprezzamento espresso dal dr. med. \_\_\_\_\_. In conclusione, stante tutto quanto precede, richiamato l'obbligo che incombe alla persona assicurata di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del disappunto 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 dal medico \_\_\_\_\_) 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 i dati del 2023 (data di stabilizzazione dello stato di salute: 1° aprile 2023).

2.4.5. Per quanto attiene al reddito da valido , secondo l'assicuratore infortuni resistente, senza il danno alla salute infortunistico, nel 2023, l'assicurato avrebbe realizzato un guadagno annuo lordo pari a fr. 65'650. Questo dato, fondato su informazioni fornite direttamente dall'\_\_\_\_\_ (cfr. doc. 538) e non contestato dal ricorrente (cfr. doc. I), può senz'altro essere fatto proprio dal TCA.

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. 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. Giova infine segnalare che nella sentenza 8C\_256/2021 del 9 marzo 2022 relativa all'assicurazione per l'invalidità, pubblicata in DTF 148 V 174, l'Alta Corte ha negato che fossero adempiuti i presupposti per un cambiamento della propria giurisprudenza in materia di determinazione del grado d'invalidità in applicazione dei dati salariali statistici pubblicati dall'UFS (Rilevazione svizzera della struttura dei salari [RSS]). Nel comunicato stampa del 9 marzo 2022 figurano in particolare le seguenti indicazioni: " (...) La determinazione del grado d'invalidità è in linea di principio disciplinata dalla legge. Con il concetto di un mercato del lavoro equilibrato (secondo l'articolo 16 della legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali, LPG), il legislatore presuppone fondamentalmente che un lavoro corrispondente alle loro capacità sia disponibile anche per le persone con problemi di salute. Questo concetto giuridico non può essere derogato utilizzando invece opportunità di lavoro concretamente esistenti o condizioni concrete del mercato del lavoro. Il computo del valore del reddito da valido e da invalido non era stato fino ad ora disciplinato in dettaglio dalla legge. Principalmente, in conformità della giurisprudenza finora in vigore, vengono prese in considerazione le circostanze concrete, ovvero il salario effettivamente ottenuto prima o dopo l'inizio dell'invalidità. Solo se questo non è possibile si usano i dati statistici salariali, di solito quelli risultanti dalle tabelle RSS. L'uso delle RSS per determinare l'invalidità è quindi "ultima ratio". Le RSS si basano su un sondaggio condotto ogni due anni tra le aziende in Svizzera. Si fonda quindi su dati completi e concreti del mercato del lavoro reale. Il salario mediano dei salari lordi standardizzati della RSS, che deve essere preso come base secondo la prassi finora in vigore del Tribunale federale, è in linea di principio adatto come valore di partenza per determinare il reddito da invalido. Per tener conto del fatto che una persona invalida può essere in grado di utilizzare la sua capacità lavorativa residua solo con un successo inferiore alla media, anche in un mercato del lavoro equilibrato, la giurisprudenza vigente prevede la possibilità di una decurtazione ("deduzione per circostanze personali e professionali") fino al 25 % dal salario tabellare. Questa deduzione è di fondamentale importanza come strumento di correzione per determinare un reddito da invalido che sia il più concreto possibile. Tenuto conto della possibilità della deduzione per circostanze personali e professionali, il Tribunale federale ha finora espressamente rifiutato di prendere come base il quartile più basso del valore della tabella. Un altro strumento di correzione è il parallelismo dei redditi. Questo serve anche a prendere in considerazione i casi individuali quando si confrontano i redditi. Non è chiaro fino a che punto la determinazione del reddito da invalido sulla base del valore mediano della RSS, eventualmente corretto per mezzo degli strumenti menzionati, debba essere considerato discriminatorio. Dalla circostanza che i presupposti per un cambiamento di prassi non siano oggi adempiuti non si può dedurre che la giurisprudenza – segnatamente in considerazione della modifica dal 1° gennaio 2022 della legge federale e dell'ordinanza sull'assicurazione per l'invalidità – non possa svilupparsi ulteriormente. Un cambiamento della giurisprudenza in questo momento non sarebbe tuttavia opportuno, anche in considerazione della revisione ormai entrata in vigore. Questo concerne l'uso dei dati statistici salariali per il confronto dei redditi e gli strumenti di correzione. Su tale questione il Tribunale federale non deve esprimersi nel caso in rassegna. (...)” (cfr. Comunicato stampa del Tribunale federale: [https://www.bger.ch/files/live/sites/bger/files/pdf/it/8c\\_0256\\_2021\\_yyyy\\_mm\\_dd\\_T\\_i\\_13\\_37\\_00.pdf](https://www.bger.ch/files/live/sites/bger/files/pdf/it/8c_0256_2021_yyyy_mm_dd_T_i_13_37_00.pdf)) Il TF ha ribadito la validità della propria

giurisprudenza - anche nell'ambito dell'assicurazione sociale contro gli infortuni - ancora con la sentenza 8C\_215/2023 del 1° febbraio 2024 consid. 5.2.1. 2.4.8. Nella presente fattispecie, l'istituto resistente ha quantificato in fr. 67'263 il reddito da invalido, facendo capo alla RSS 2020, tabella TA1\_tirage\_skill\_level, ramo economico totale, livello di competenze 1, uomini, aggiornato al 2023, non operando nessuna decurtazione (doc. 542, p. 1). Con il proprio ricorso, l'insorgente non contesta il reddito ritenuto dall'amministrazione (cfr. doc. I), che, essendo conforme a quanto previsto dalla giurisprudenza, può essere fatto proprio da questo Tribunale. Ora, confrontando i fr. 67'263 al reddito che l'insorgente avrebbe potuto conseguire senza il danno alla salute, e cioè fr. 65'650, non risulta alcuna perdita di guadagno. La decisione su opposizione, mediante la quale è stata negata l'assegnazione di una rendita d'invalidità, deve quindi essere confermata.

2.5. Entità della menomazione dell'integrità. 2.5.1. Secondo l'art. 24 cpv. 1 LAINF, l'assicurato ha diritto a un'equa indennità se, in seguito all'infortunio, accusa una menomazione importante e durevole all'integrità fisica o mentale. Tale indennità è assegnata in forma di prestazione in capitale. Essa non deve superare l'ammontare massimo del guadagno annuo assicurato all'epoca dell'infortunio ed è scalata secondo la gravità delle menomazioni. Il Consiglio federale emana disposizioni particolareggiate sul calcolo dell'indennità (art. 25 cpv. 1 e 2 LAINF).

2.5.2. L'art. 36 cpv. 1 OAINF definisce i presupposti per la concessione dell'indennità giusta l'art. 24 LAINF: una menomazione dell'integrità è considerata durevole se verosimilmente sussisterà tutta la vita almeno con identica gravità e importante se l'integrità fisica o mentale è alterata in modo evidente o grave. In questa valutazione dovrà essere fatta astrazione dalla capacità di guadagno ed anche dalle circostanze personali dell'assicurato: secondo la giurisprudenza, infatti, la gravità della menomazione si stima soltanto in funzione di accertamenti medici senza ritenere, all'opposto delle indennità per torto morale secondo il diritto privato, le eventuali particolarità dell'assicurato (cfr. RAMI 2000 U 362, p. 42-43; DTF 113 V 218 consid. 4; RAMI 1987 U 31, p. 438). La parte della riparazione del torto morale contemplata dagli artt. 24ss. LAINF è, dunque, soltanto parziale: gli aspetti soggettivi del danno (segnatamente il pretium doloris e il pregiudizio estetico) ne sono esclusi (cfr. Ghélèw/Ramelet/Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents, Losanna 1992, p. 121).

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

anticipatamente considerati. Nel caso in cui un pregiudizio alla salute si sviluppi nel quadro della prognosi originaria, la revisione dell'indennità per menomazione è, di principio, esclusa. Per contro, l'indennità dev'essere di nuovo valutata, quando il danno è peggiorato in una misura maggiore rispetto a quanto pronosticato (cfr. RAMI 1991 U 132, p. 308ss. consid. 4b e dottrina ivi menzionata).

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

2.5.5. Nella concreta evenienza l'CO 1 ha assegnato all'assicurato un'IMI del 20% (cfr. doc. 545). Tale decisione si fonda sulla valutazione espressa dal dr. med. \_\_\_\_\_, che il 31 marzo 2023 ha affermato: " (...) 2 Schätzung des Integritätsschadens 20% 3 Begründung Eine mässiggradige femoro-tibiale Arthrose wird mit 5-15% beurteilt. Eine schwere Arthrose mit 15-30%. Eine Pangonarthrose mit 10-30% und eine schwere Arthrose mit 30-40%. In diesem Fall sind wir mit einer mässiggradigen Pangonarthrose konfrontiert, die eine Validierung zwischen 15 und 20% erlaubt mit aktuellen stabilen Verhältnissen mit noch eingeschränkter Beweglichkeit von 0-90°, bei der eine leichte Verbesserung in Zukunft noch zu erwarten ist. 20% sind in diesem Fall gerechtfertigt." (doc. 520) Con la propria impugnativa, il ricorrente non ha sollevato alcuna specifica obiezione a proposito della valutazione del dr. med. \_\_\_\_\_, ma ha sostenuto che " la diminuita integrità, di gran lunga più importante rispetto a quanto stabilito dal medico CO 1, come risulta dalla documentazione che si produce e da quella già inviata all'assicuratore, giustifica pure una maggiore indennità per menomazione dell'integrità " (doc. I). Chiamata ora a pronunciarsi su una questione di natura squisitamente medica, questa Corte non vede alcun valido motivo per scostarsi dall'apprezzamento del medico \_\_\_\_\_ dell'CO 1, tenuto anche conto che agli atti non figurano pareri specialistici divergenti in merito all'entità della menomazione per l'integrità. In questo senso, va rilevato innanzitutto che il dr. med. \_\_\_\_\_ ha espresso una valutazione motivata tenendo conto dei dati anamnestici che emergono dalla documentazione medica a sua disposizione. Lo specialista ha spiegato, sulla base delle percentuali usualmente applicabili in casi simili a quello in esame, le ragioni per le quali nel preciso caso di specie un'IMI del 20% è adeguata, affermando che siamo in presenza di una pangonartrosi moderata che permette il riconoscimento di un'IMI tra il 15 ed il 20% con attualmente una situazione stabile con movimenti limitati tra 0-90° e dove è possibile, in futuro, solo un leggero miglioramento ( In diesem Fall sind wir mit einer mässiggradigen Pangonarthrose konfrontiert. In diesem Fall sind wir mit einer mässiggradigen Pangonarthrose konfrontiert, die eine Validierung zwischen 15 und 20% erlaubt mit aktuellen stabilen Verhältnissen mit noch eingeschränkter Beweglichkeit von 0-90°, bei der eine leichte Verbesserung in Zukunft noch zu erwarten ist. 20% sind in diesem Fall gerechtfertigt "). D'altro canto, agli atti non figurano pareri specialistici divergenti suscettibili di generare dei dubbi, nemmeno lievi, a proposito della correttezza dell'apprezzamento espresso dal medico interno all'amministrazione. In queste condizioni, la decisione su opposizione impugnata deve essere confermata anche nella misura in cui l'assicurato è stato posto al beneficio di un'IMI del 20%.

2.6. Secondo l'art. 61 lett. f bis LPGA 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. Trattandosi di una controversia relativa a prestazioni LAINF, il legislatore non ha previsto di prelevare le spese (cfr. STCA 35.2021.9 del 20 settembre 2021 consid. 2.12; 35.2021.58 del 18 ottobre 2021 consid. 2.12). 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 pag. 107); Messaggio Nr. 8480 del Consiglio di Stato del 21 agosto 2024 «Rapporto sull'iniziativa parlamentare presentata il 4 maggio 2021 nella forma elaborata da Lara Filippini e Sabrina Aldi per la modifica dell'art. 29 della Legge di procedura per le cause davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni (Lptca) del 23 giugno 2008 (Implementazione della revisione LPGA alle spese giudiziarie dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni) e controprogetto» .

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