



Obergericht des Kantons Graubünden
Dretgira superiura dal chantun Grischun
Tribunale d'appello del Cantone dei Grigioni

Sentenza del 10 agosto 2026

comunicata il 12 agosto 2026

N. d'incarto	SV2 25 52
Istanza	Seconda Camera di diritto delle assicurazioni sociali
Composizione	Righetti, presidente von Salis e Bäder Federspiel, giudici Schupp, attuaria
Parti	A._____ ricorrente patrocinato dall'avv. Patrick Untersee contro Suva/INSAI convenuta
Oggetto	prestazioni assicurative LAINF

Ritenuto in fatto:

A. A._____, anno di nascita 1989, aiuto-casseratore, il 1° febbraio 2021 subiva un infortunio sul lavoro. Secondo l'annuncio di infortunio alla Suva/INSAI (di seguito Suva) del 9 febbraio 2021, egli sarebbe caduto, procurandosi uno stiramento alla caviglia destra. Con informazioni aggiuntive del 22 febbraio 2021 e 19 ottobre 2022, A._____ aggiungeva che sarebbe salito su una scala a pioli per staccare un cassero e agganciarlo al gancio della gru. Dopo aver fissato il cassero, scendendo, a circa 90 cm dal suolo, il piede sinistro gli sarebbe scivolato dal piolo. Egli sarebbe caduto a terra, atterrando sulla caviglia destra. La caviglia si sarebbe piegata verso l'interno, con tutto il peso del corpo, a causa dei ferri che si sarebbero trovati per terra. Egli sarebbe poi caduto sulle ginocchia, senza riportare altri traumi. Togliendo lo scarpone (da lavoro infortunistico), il piede si sarebbe subito gonfiato e sarebbe diventato bluastro, causandogli al contempo dei dolori.

B. Con rapporto medico di pronto soccorso – chirurgia del 1° febbraio 2021, riferito alla visita del giorno stesso, la Dr. med. B._____, medico assistente, dell'Ospedale Al._____ (di seguito Al._____), diagnosticava un trauma distorsivo di secondo grado della caviglia destra. Tramite radiografia non si sarebbero identificate rime di frattura e i rapporti articolari sarebbero risultati conservati. La dottoressa prescriveva, tra l'altro, antidolorifici e A._____ riceveva un tutore e stampelle.

C. A A._____ veniva attestata tramite certificati medici un'incapacità lavorativa (IL) del 100% dal 1° febbraio all'11 agosto 2024 e dal 1° settembre 2024 al 7 gennaio 2025. Egli seguiva un percorso fisioterapico a partire dal 17 febbraio 2021 fino a fine 2024.

D. Con rapporto medico del 16 febbraio 2021, i Dr. med. C._____, FMH ortopedia e traumatologia dell'apparato locomotore, e D._____, FMH chirurgia ortopedica e traumatologia, dell'Al._____, diagnosticavano una distorsione di secondo grado della caviglia destra e prescrivevano fisioterapia. La radiografia del 1° febbraio 2021 avrebbe mostrato un ossicolo alla punta del malleolo esterno probabilmente di un trauma pregresso.

E. Con lettera del 4 marzo 2021, la Suva informava A._____ che, al più presto a partire dal 4 febbraio 2021, gli sarebbe stato versato l'importo di CHF 135.80 come indennità giornaliera; tale importo veniva poi retroattivamente aggiornato a CHF 141.60, dopo aver integrato gli assegni famigliari.

F. Con rapporto medico del 22 marzo 2021, i Dr. med. C._____ e D._____ confermavano la diagnosi. Essi disponevano una risonanza magnetica (RM) della caviglia destra.

G. Con referto radiologico del 20 aprile 2021, il Dr. med. E._____, FMH in radiologia, dell'Istituto AJ._____ concludeva *“possibili esiti fratturativi dell’apice del malleolo peroneale con rottura parziale del legamento peroneo-astragalico anteriore, del legamento peroneo-calcaneare, tendinopatia dei peronieri. Danno ostrocondrale di basso grado del domo astragalico”*.

H. Con rapporto medico del 27 maggio 2021, i Dr. med. C._____, D._____ e F._____ (medico assistente) ridefinivano la diagnosi a una distorsione della caviglia destra di 2°-3° grado. I dottori auspicavano di continuare con l’atteggiamento conservativo.

I. Con rapporto di medicina assicurativa del 21 giugno 2021, il Dr. med. G._____, FMH chirurgia, riteneva che l’infortunio avrebbe causato una distorsione TT (tibio tarsica) a destra con lesione legamentosa.

L. Con rapporto medico del 6 luglio 2021, dei Dr. med. C._____, D._____ e H._____ (medico assistente), veniva posta la diagnosi di esiti di distorsione di secondo grado alla caviglia destra con/su: rottura parziale del legamento peroneo-astragalico anteriore e peroneo-calcaneare, tendinopatia dei peronei, edema osseo del domo astragalico (ciò che sarebbe stato evidenziato dalla RM del 20 aprile 2021). I dottori prescrivevano ancora fisioterapia.

M. Con lettera del 14 settembre 2021, la Suva comunicava a A._____, che, secondo il suo servizio medico egli avrebbe potuto essere considerato abile al lavoro al 50% dal mese di agosto. Vista l’impossibilità del datore di lavoro di offrirgli un’attività parziale, la Suva avrebbe continuato a versargli l’indennità giornaliera completa.

N. Con rapporto medico del 27 settembre 2021, i Dr. med. C._____ e D._____, diagnosticavano degli esiti di distorsione di terzo grado alla caviglia destra con instabilità persistente, malgrado il trattamento conservativo. Essi consigliavano un intervento chirurgico.

O. Con rapporto di medicina assicurativa del 13 ottobre 2021, il Dr. med. I._____ riferiva di una rottura parziale del legamento peroneo-astragalico anteriore, del legamento peroneo-calcaneare e tendinopatia dei peronieri.

P. In data 9 novembre 2021 A._____ si sottoponeva a due interventi presso l'Al._____: artroscopia diagnostica e stabilizzazione dei legamenti laterali della caviglia secondo tecnica di J._____. Dal rapporto operatorio della Dr. med. D._____ dell'11 novembre 2021 si evince una diagnosi di instabilità cronica della caviglia sinistra (recte: destra) in esiti di distorsione di secondo grado della caviglia destra del 1° febbraio 2021.

Q. Con rapporto medico del 30 novembre 2021, i Dr. med. C._____ e D._____ ritenevano l'evoluzione molto favorevole e la ferita in fase di guarigione.

R. Con rapporto medico del 28 dicembre 2021, i Dr. med. C._____ e K._____, specialista in ortopedia e traumatologia, confermavano la diagnosi posta. Essi erano soddisfatti dell'andamento e consigliavano di riprendere con la fisioterapia. Lo stesso accadeva con rapporti medici dell'11 febbraio 2022, del Dr. med. L._____, specialista in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore, e K._____ e del 14 giugno 2022 dei Dr. med. C._____ e K._____.

S. Nel referto radiologico del 15 giugno 2022, la Dr. med. M._____, FMH radiologia diagnostica, dell'AJ._____, concludeva che i reperti morfologici erano nella norma in esiti di rifissazione del legamento peroneo-astragalico anteriore. Ella notava una normalizzazione delle alterazioni di segnale del legamento peroneo-calcaneare evidenti all'esame precedente, nonché la comparsa di un minimo avvallamento della superficie articolare del domo del talo in nota pregressa lesione osteocondrale.

T. Con rapporto medico del 6 luglio 2022, i Dr. med. C._____ e K._____, confermavano la diagnosi, indicando che la RM del 14 giugno 2022 (referto radiologico dell'AJ._____ del 15 giugno 2022) avrebbe mostrato un peggioramento della lesione osteocondrale postero-laterale. Essi indicavano di eseguire un'infiltrazione con cortisone (eseguita il 7 luglio 2022 con referto radiologico dell'AJ._____ dell'8 luglio 2022).

U. Con rapporto medico del 18 agosto 2022, i Dr. med. C._____ e K._____ diagnosticavano una lesione osteocondrale a livello laterale del talo. Vista la lesione, essi consigliavano un ulteriore intervento chirurgico con la tecnica AMIC (Autologous Matrix-induced Chondrogenesis).

V. Con parere medico del 2 settembre 2022, il Dr. med. N._____, specialista in ortopedia e traumatologia, della AK._____ (I), diagnosticava un trauma distorsivo della tibio-tarsica con lesione legamentosa laterale e lesione osteocondrale laterale dell'astragalo. Egli consigliava un'*intervento chirurgico di bonifica lesione*

osteocondrale e trapianto di cellule staminali prelevate dalla cresta iliaca su scaffold.”

Z. Il 29 novembre 2022 A._____ veniva nuovamente operato alla caviglia destra presso l'Al._____. Egli si sottoponeva a tre interventi: artroscopia diagnostica, osteotomia fibula e plastica AMIC con prelievo da cresta iliaca omolaterale. Con rapporto medico del 2 dicembre 2022 i Dr. med. C._____, K._____ e O._____ ponevano diagnosi di lesione osteocondrale laterale del talo a destra con/su stato dopo P._____ e, in sede secondaria, ipertensione arteriosa in trattamento e diabete di tipo I. Essi prevedevano, tra l'altro, una terapia antalgica e mobilizzazione.

AA. Con rapporti medici del 20 gennaio 2023 e 7 marzo 2023, i Dr. med. C._____ e K._____ diagnosticavano una lesione osteocondrale a livello laterale del talo, con persistenza di una sintomatologia algica. Le radiografie dell'11 gennaio e del 22 febbraio 2023 avrebbero mostrato un buon posizionamento della placca, senza segni di scomposizione secondaria e assenza di alterazioni patologiche.

BB. Con rapporti del 23 maggio 2023 e 5 luglio 2023, i Dr. med. C._____ e K._____ confermavano la diagnosi già posta. Essi ritenevano l'intervento un ultimo tentativo per risolvere la sintomatologia della cartilagine. Essi non trovavano una corrispondenza tra sintomatologia e oggettività clinica.

CC. Il medico assicurativo Dr. med. I._____ visitava A._____ e redigeva un rapporto medico datato 25 luglio 2023. Il dottore diagnosticava una terapia conservativa con persistente instabilità cronica della caviglia destra e con rottura parziale del legamento peroneo astragalico anteriore nonché del legamento peroneo calcaneare; inoltre, interventi del 9 novembre 2021, edema del domo del talo ventro-laterale di circa 14x8 mm con sospetta lesione osteocondrale (RM caviglia destra del 14 giugno 2022) e interventi del 29 novembre 2022. La RM dell'11 luglio 2023 avrebbe mostrato un chiaro miglioramento dell'edema con quasi assenza della ciste, che sarebbe stata presente prima dell'intervento del 29 novembre 2022. Si sarebbe ancora notata un'incompleta consolidazione della zona di circa 5 mm del bordo laterale anteriore del talo. Circa il 90% della superficie del talo e dell'articolazione tibiale sarebbe stata priva di danni. Il dottore concludeva, che si sarebbe rivalutato il caso qualche mese dopo e fino a tale momento permaneva un'IL.

DD. Con rapporti medici del 2 agosto 2023 e 6 ottobre 2023, i Dr. med. K._____ e C._____ ritenevano che la RM avrebbe mostrato un netto miglioramento della lesione osteocondrale dopo l'esecuzione dell'AMIC e non vi sarebbero state altre lesioni patologiche.

EE. Con rapporto di medicina assicurativa del 20 novembre 2023, il Dr. med. I._____ prendeva posizione riguardo all'intervento previsto. Egli riteneva che un'artroscopia diagnostica era anche indicata valutando lo stato della cartilagine tibio talare. Quattro settimane dopo l'intervento si sarebbe potuta valutare la capacità lavorativa.

FF. A._____ si sottoponeva a due ulteriori interventi alla caviglia destra in data 12 dicembre 2023 presso l'Al._____, ovvero un'artroscopia diagnostica e un AMO (ablazione di materiale di osteosintesi) al malleolo laterale. Nel rapporto medico d'uscita dello stesso giorno, il Dr. med. Q._____, medico assistente, prescriveva una terapia antalgica e fisioterapia.

GG. Con referto radiologico del 18 gennaio 2024, il Dr. med. R._____, specialista in radiologia diagnostica ed intervenistica, dell'AJ._____, riteneva quale referto della radiografia *"Esame condotto per controllo (CFR 15/05/2023) dopo rimozione di mezzi di sintesi in corrispondenza del malleolo esterno. Reazione osteoriparativa radiologicamente incompleta. Invariati i restanti reperti."*

HH. Con rapporti medici del 19 gennaio 2024 e 5 marzo 2024, i Dr. med. C._____ e K._____ ripetevano le diagnosi già poste. La radiografia del 18 gennaio 2024 non avrebbe mostrato alterazioni patologiche sugli esiti di rimozione dei mezzi di sintesi.

II. Con referto radiologico della RM del 13 marzo 2024, il Dr. med. S._____, FMH radiologia, dell'AJ._____, concludeva alla presenza di una stabilizzazione laterale, lesione osteocondrale della troclea talare in sede supero-laterale senza segni di instabilità e cicatrizzazione del legamento fibulo-talare anteriore e della sindesmosi anteriore.

LL. Con rapporto medico del 5 aprile 2024, i Dr. med. C._____ e K._____ riferivano che, nella RM del 12 marzo 2024, sarebbe stata riscontrata una persistenza della lesione osteocondrale supero-laterale del talo, senza altre alterazioni patologiche. Essi proponevano l'esecuzione di un'infiltrazione.

MM. Con rapporto medico del 31 maggio 2024, la Dr. med. T._____, specialista in chirurgia del piede, della AL._____, diagnosticava una sindrome dolorosa generalizzata in seguito a distorsione dell'articolazione tibio-tarsica. La dottoressa

commentava anche la RM del 12 marzo 2024, constatando la presenza di artefatti laterali in seguito a un intervento di stabilizzazione laterale, lesione osteocondrale della spalla laterale dell'astragalo con lieve edema del midollo osseo e nessun segno di instabilità, cicatrici a livello del LFTA (Ligamentum fibulotalare anterius) e della sindesmosi anteriore. La dottoressa, insieme al Dr. med. U._____, sconsigliava di eseguire ulteriori operazioni.

NN. Con rapporti di medicina assicurativa del 4 giugno 2024 e del 27 settembre 2024, il Dr. med. V._____ riteneva che si potessero eseguire punture di cortisone e che la terapia dei dolori potesse essere iniziata con una cura di pastiglie antidepressive e antidolorifiche.

OO. Con colloquio e rapporto del 26 settembre 2024, la Suva informava A._____ che, secondo il servizio medico, la situazione si sarebbe stabilizzata e il caso sarebbe stato chiuso entro il 1° dicembre 2024.

PP. I Dr. med. W._____, FMH anesthesiologia, e X._____, specialista in terapia del dolore, dell'Al._____, diagnosticavano, con rapporto del 1° ottobre 2024, principalmente dolore cronico alla caviglia destra e diabete con controllo delle glicemie non ottimali nonché ipertensione. Essi commentavano la RM alla caviglia: *“Stato dopo stabilizzazione laterale. Lesione osteocondrale della troclea talare in sede superolaterale senza segni di instabilità. Cicatrizzazione del legamento fibulotalare anteriore e della sindesmosi anteriore.”* Essi ritenevano indicato eseguire delle infiltrazioni nervose periferiche e, qualora non si fossero ottenuti risultati, infiltrazioni con plasma ricco di piastrine.

QQ. Con scritto del 2 ottobre 2024, la Suva riteneva che l'esame medico avrebbe mostrato che non era più necessaria una cura medica e, pertanto, dal 1° dicembre 2024 sospendeva le prestazioni a titolo di spese di cura e d'indennità giornaliera, data dalla quale veniva ritenuta un'abilità (lavorativa) nella massima misura possibile. La Suva aggiungeva che, a causa dei postumi infortunistici, l'attività di operaio edile non sarebbe più stata esigibile in misura apprezzabile. Vista la limitazione particolare alla caviglia destra, A._____ avrebbe potuto svolgere un'attività leggera, prevalentemente seduta e portare pesi fino a 5 kg regolarmente. In un lavoro in rispetto di tale esigibilità, la Suva riteneva l'abilità completa, con rendimento completo e senza pause supplementari.

RR. In data 8 ottobre 2024 A._____ scriveva alla Suva, in quanto in disaccordo con la chiusura del caso, ritenuto che la caviglia non si sarebbe stabilizzata (vedi bruciore e fastidi al tatto).

SS. Con rapporto medico del 27 ottobre 2024, il Dr. med. Y._____, medico chirurgo e specialista in psichiatria di AM._____ (I), rilevava una presenza di una sintomatologia psichica comparabile a un grave disturbo dell'adattamento con ansia e umore depresso misti, persistente (F43.23 secondo il DSM-5).

TT. Con referto radiologico della radiografia del 16 gennaio 2025, il Dr. med. R._____ dell'AJ._____ rilevava un *“Possibile distacco parcellare all’apice del malleolo esterno. Conservati i rapporti articolari. Invariati i restanti reperti noti rispetto a precedente analogo del 18/01/2024.”*

UU. Con referto radiologico del 13 febbraio 2025, la Dr. med. Z._____, specialista in radiologia, dell'AJ._____, concludeva che non vi sarebbe stata nessuna significativa modifica del quadro dopo la stabilizzazione laterale. Ella riteneva invariata la lesione osteocondrale della troclea talare in sede supero-laterale senza segni di instabilità con cicatrizzazione del legamento fibulo-talare anteriore e della sindesmosi anteriore.

VV. Con rapporto medico del 18 febbraio 2025, il Dr. med. C._____ rilevava che la RM del 12 febbraio 2025 non avrebbe mostrato corpi liberi, ma la presenza di una lesione osteocondrale al domo del talo, leggermente virato rispetto all'ultima RM; inoltre, vi sarebbero stati esiti di stabilizzazione della caviglia con cicatrizzazione dei legamenti. Il dottore non trovava una ragione per i blocchi descritti da A._____. Quindi, egli consigliava un'infiltrazione sia diagnostica che terapeutica, con anestetico e cortisone.

ZZ. Con decisione del 1° aprile 2025 la Suva riteneva in concreto che dagli accertamenti medici risultava che, nonostante i postumi infortunistici, si poteva ancora pretendere da A._____ l'esecuzione al 100% di un'attività lavorativa leggera e prevalentemente sedentaria, senza necessità di pause aggiuntive. Il salario da valido 2024 veniva fissato secondo le indicazioni della datrice di lavoro a CHF 66'339.00. Il salario da invalido veniva quantificato tramite le tabelle dell'Ufficio federale di statistica (UFS) e la Rilevazione svizzera della struttura dei salari (RSS) del 2022, rivalutata nominalmente al 2024. Esso ammontava a CHF 68'507.00 (tabella TA1_tirage_skill_level, totale, uomini, livello 1, 41.7 ore/settimana, rivalutazione nominale con T1.1.10, per l'anno 2023 +1.7%, stima trimestrale per il 2024 +1.5%). Considerando le limitazioni funzionali la Suva sottraeva 5% di deduzione sociale, ottenendo così un salario da invalido pari a CHF 65'081.00. Confrontando i due salari risultava così un discapito economico di 1.9% e, pertanto, non si accordava una rendita d'invalidità. I disturbi psichici non venivano considerati, perché non ritenuti in relazione di causalità adeguata con l'infortunio. La Suva,

appoggiandosi alla valutazione medica del 26 settembre 2024, rifiutava di versare un'indennità di menomazione dell'integrità (IMI).

AAA. Con rapporto medico del 15 aprile 2025, il Dr. med. AA._____, medico generico, riteneva quale diagnosi un trauma distorsivo alla caviglia destra del 1° febbraio 2021: *“rottura leg. fib.-tal. e fib.-calc. e st.d. ricostruzione sec. J._____, lesione subcondrale del domo talare e st.d. AMIC trans-fibulare, att.: sindrome algica e dubbia instabilità tib.-tars.”* Egli consigliava di convocare il Dr. med. AB._____ per una seconda opinione terapeutica.

BBB. Con rapporto medico del 16 aprile 2025, il Dr. med. AC._____, FMH in chirurgia ortopedia e traumatologia, riteneva vi fosse la persistenza di esiti post-chirurgici, con artefatti da precedenti interventi di stabilizzazione laterale; sarebbe anche confermata la lesione osteocondrale in sede supero-laterale della troclea talare, associata a edema subcondrale; invece, sarebbe stata assente l'instabilità evidente o presenza di frammenti mobili; ci sarebbe stato un leggero versamento tibio-talare e sotto-talare e un ispessimento fibrocicatriziale del legamento fibulo-talare anteriore e della sindesmosi anteriore. Infine, le altre strutture legamentose e tendinee sarebbero risultate integre. Egli sconsigliava ulteriori operazioni, auspicando un approccio terapeutico multimodale con trattamento con vicosupplementazione o PRP (platelet-rich plasma) e avvio di una terapia del dolore ben strutturata, eventualmente integrata da un supporto psicologico.

CCC. A._____ sollevava opposizione in data 16 maggio 2025 contro la decisione della Suva. In sostanza, egli indicava di soffrire ancora di patologie fisiche e anche psichiche in nesso causale con l'infortunio. Egli riteneva le lesioni e affezioni post-traumatiche invalidanti anche in attività ritenute adeguate. Egli contestava poi i salari da valido e da invalido, nonché la decisione in merito all'IMI.

DDD. Con rapporto di medicina assicurativa dell'11 giugno 2025, il Dr. med. V._____ rilevava una calcificazione del legamento fibulotalare anteriore, congruente all'intervento e al referto della RM, che avrebbe mostrato una struttura calcificata comparabile e si sarebbe visto anche un osso subfibulare.

EEE. Con decisione su opposizione del 10 luglio 2025, la Suva accoglieva parzialmente l'opposizione e versava retroattivamente all'assicurato, a partire dal 1° dicembre 2024, una rendita d'invalidità del 13% sulla base di un guadagno annuo di CHF 60'632.00. A mente della Suva, in sostanza, vi sarebbero criteri specifici per l'applicazione della teoria della causalità adeguata per i disturbi psichici. In questo contesto, non potrebbe essere riconosciuta la causalità adeguata prima di aver

chiarito la natura degli impedimenti e aver confermato la presenza della causalità naturale (con probabilità preponderante). Nel caso in oggetto, l'infortunio potrebbe essere classificato come intermedio, al limite della categoria inferiore, ma, non essendo adempiuti almeno quattro dei criteri necessari o uno in maniera incisiva, la causalità verrebbe a cadere a lato. Secondo la Suva, sulla base dei reperti medici, i dolori residuali non avrebbero un chiaro correlato clinico. Per il calcolo del salario da invalido, la Suva faceva riferimento alla RSS del 2022 (TA1 livello 1), con orario settimanale di 41.7 ore, per un totale di CHF 66'365.55 e con evoluzione salariale CHF 68'303.69 nel 2024. Ella riteneva una riduzione sociale del 5% come corretta. Dato che il licenziamento di A._____ non sarebbe stato imputabile all'infortunio, la Suva quantificava il guadagno da valido facendo capo ai valori statistici (TA1, profilo 1, ramo 41-4 [recte:42], 41.4 ore) e calcolando un salario di CHF 72'346.00 nel 2022 e con l'evoluzione salariale CHF 74'602.55 nel 2024. La Suva, infine, riguardo all'IMI, richiama il parere del Dr. med. V._____, il quale, citando la tabella 2 della Suva, sarebbe giunto alla conclusione che non sarebbero dati i presupposti per riconoscere un danno all'integrità.

FFF. A._____ (di seguito ricorrente) presentava in data 11 settembre 2025 ricorso contro detta decisione dinanzi al Tribunale d'appello del Cantone dei Grigioni. Egli chiedeva in via principale che gli fosse riconosciuta una rendita d'invalidità LAINF del 50% almeno a far tempo dal 1° dicembre 2024 e almeno un'IMI del 30%, nonché l'ammissione all'assistenza giudiziaria e al gratuito patrocinio. In via subordinata, egli chiedeva che gli atti fossero ritornati alla Suva per ulteriori atti istruttori e approfondimenti, segnatamente l'esecuzione di una perizia esterna pluridisciplinare e che egli fosse ammesso all'assistenza giudiziaria e al gratuito patrocinio.

GGG. Con risposta del 3 ottobre 2025, la Suva (di seguito convenuta) chiedeva che il ricorso fosse integralmente respinto e la decisione su opposizione confermata.

HHH. Con disposizione ordinatoria del 9 ottobre 2025, il Presidente della Seconda Camera di diritto delle assicurazioni sociali comunicava di non ritenere necessario un ulteriore scambio di scritti, lasciando impregiudicata la facoltà di depositare una replica.

III. Nell'ambito dell'ulteriore scambio scritti, le parti si sono limitate a sostenere la propria posizione.

Considerando in diritto:

1. Impugnata è la decisione su opposizione del 10 luglio 2025 (act. SUVA 382). Ai sensi dell'art. 1 cpv. 1 LAINF i.c.d. con l'art. 56 cpv. 1 e art. 58 cpv. 2 LPGA, se l'assicurato è domiciliato all'estero, è competente il tribunale delle assicurazioni del Cantone dell'ultimo domicilio o in cui il suo ultimo datore di lavoro aveva domicilio (cfr. DTF 144 V 313 consid. 6.2). Quindi, considerando il domicilio attuale del ricorrente a AD._____ in AE._____, come già al momento dell'infortunio, fa stato la sede del suo ultimo datore di lavoro a AF._____ e la competenza di codesto Tribunale per giudicare il presente ricorso è data (cfr. art. 57 LPGA e art. 49 cpv. 2 lett. a LGA [CSC 370.100]). Il ricorrente è legittimato a ricorrere (art. 59 LPGA). Il suo ricorso, presentato tempestivamente e nella dovuta forma (artt. 60 LPGA i.c.d. con l'art. 38 cpv. 4 lett. b LPGA risp. 39 cpv. 1 lett. b LGA) e 61 lett. b LPGA), è dunque ricevibile.

2. Controversi sono il grado d'invalidità a seguito di infortunio e l'assegnazione di un'IMI. Il ricorrente ritiene di aver diritto a una rendita d'invalidità di almeno 50% a far tempo dal 1° dicembre 2024. Egli contesta l'abilità lavorativa in attività adeguata del 100%, perché ritiene che le sue affezioni sarebbero invalidanti anche in attività adeguate. Egli contesta il reddito da valido e la riduzione sociale del 5%. Infine, egli pretende la concessione di un'IMI di almeno 30%.

3. Dapprima vanno ricordati i principi generali relativi alle prestazioni assicurative per quanto riguarda la rendita LAINF.

3.1. Secondo l'art. 10 cpv. 1 LAINF, l'assicurato ha diritto alla cura appropriata dei postumi d'infortunio. Inoltre, egli ha diritto all'indennità giornaliera se, a seguito di un infortunio, è totalmente o parzialmente incapace al lavoro (art. 16 cpv. 1 LAINF). È considerato infortunio qualsiasi influsso dannoso, improvviso e involontario, apportato al corpo umano da un fattore esterno straordinario che comprometta la salute fisica, mentale o psichica o provochi la morte (art. 6 LAINF in combinato disposto con l'art. 4 LPGA). Il diritto alla rendita nasce qualora dalla continuazione della cura medica non sia da attendersi un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato e siano conclusi eventuali provvedimenti d'integrazione dell'AI. Il diritto alla cura medica ed alle indennità giornaliere cessa con la nascita del diritto alla rendita (art. 19 cpv. 1 LAINF). La circostanza che l'accaduto del 1° febbraio 2021 (distorsione della caviglia destra) sia da qualificare come infortunio ai sensi della LAINF è indiscusso.

3.2. È considerata quale invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata (art. 8 cpv. 1 LPGa). Secondo l'art. 18 cpv. 1 LAINF, l'assicurato invalido almeno al 10% in seguito a infortunio ha diritto a una rendita d'invalidità. L'obbligo di assunzione delle prestazioni dell'assicuratore contro gli infortuni richiede, tra l'altro, un nesso di causalità naturale tra l'infortunio e il danno verificatosi. Secondo la giurisprudenza, sono richiesti cumulativamente un nesso causale naturale e uno adeguato (cfr. DTF 148 V 301 consid. 2.2). L'adeguatezza non ha praticamente alcun ruolo nell'ambito dell'esame delle conseguenze organicamente e oggettivamente riconosciute degli infortuni, poiché la causalità adeguata coincide in larga misura con quella naturale (cfr. DTF 134 V 109 consid. 2.1). Nel caso di danni alla salute organicamente e oggettivamente provati è solitamente sufficiente esaminare il nesso causale naturale (cfr. DTF 135 V 465 consid. 5.1). Se l'assicuratore contro gli infortuni ha confermato la causalità e ha versato le prestazioni, il suo obbligo di versamento cessa solo se il danno alla salute si basa esclusivamente su cause non correlate all'infortunio. Ciò è il caso se è stato raggiunto lo stato di salute (patologico) esistente immediatamente prima dell'infortunio (status quo ante), o lo stato che sarebbe prima o poi insorto anche senza infortunio, in base al decorso di una precedente condizione patologica (status quo sine) (cfr. DTF 146 V 51 consid. 5.1; sentenze del Tribunale federale 8C_727/2022 del 16 marzo 2023 consid. 3.2.4, 8C_68/2020 dell'11 marzo 2020 consid. 3.2, 8C_840/2019 del 14 febbraio 2020 consid. 3.2, 8C_17/2017 del 4 aprile 2017 consid. 2.2, 8C_570/2014 del 9 marzo 2015 consid. 6.2).

3.3. La procedura di assicurazione sociale è regolata dal principio inquisitorio (art. 61 LPGa). Il tribunale deve chiarire e stabilire d'ufficio i fatti giuridicamente rilevanti, senza essere vincolato alle osservazioni o alle richieste di prova delle parti. Dalla massima d'inquisizione deriva anche il principio del libero apprezzamento delle prove, secondo il quale il tribunale non è vincolato ad alcuna regola formale in materia di prove (art. 61 lett. c LPGa). Tutto il materiale probatorio deve essere esaminato con imparzialità e attenzione per verificarne la plausibilità. L'amministrazione, risp. l'autorità che decide e, in caso di ricorso, il tribunale, possono accettare un fatto come provato solo se sono convinti della sua esistenza. Nel diritto delle assicurazioni sociali, il tribunale deve decidere sulla base della probabilità preponderante, a meno che la legge non preveda diversamente. La mera possibilità dell'avverarsi di una fattispecie non soddisfa i requisiti di prova. Piuttosto, il tribunale deve seguire la versione dei fatti che ritiene più probabile tra tutti i possibili corsi degli eventi (cfr. DTF 144 V 427 consid. 3.2, 138 V 218 consid. 6; sentenze del Tribunale federale 8C_745/2020 del 29 marzo 2021 consid. 1.3, 9C_439/2020 del 18 agosto 2020 consid. 1.3).

3.4. Per quanto riguarda il valore probatorio di una perizia medica, il fattore decisivo è se essa è esaustiva per le questioni controverse, si basa su analisi complete, tiene anche conto dei disturbi lamentati, è stata esperita con conoscenza degli atti precedenti (anamnesi), è sufficiente per fornire un parere medico e se le conclusioni dell'esperto sono giustificate (cfr. DTF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c; cfr. anche sentenze del Tribunale federale 9C_529/2021 del 26 luglio 2022 consid. 3.2.1, 9C_528/2021 dell'11 febbraio 2022 consid. 4.1). Secondo la giurisprudenza, anche i referti e le perizie di medici interni dell'assicurazione hanno valore probatorio, purché appaiano come conclusivi, siano comprensibilmente motivati e internamente coerenti, nonché non vi siano prove contro la loro affidabilità. Il semplice fatto che il medico coinvolto è un dipendente dell'assicurazione, non indica di per sé una mancanza di obiettività. Sono piuttosto necessarie circostanze particolari che facciano apparire oggettivamente giustificata la sfiducia nell'imparzialità del giudizio. Tuttavia, data la notevole importanza dei referti medici nel diritto delle assicurazioni sociali, è necessario applicare uno standard rigoroso all'imparzialità del perito (cfr. DTF 125 V 351 consid. 3b/ee). Se un sinistro assicurativo deve essere deciso senza ottenere una perizia esterna, è necessario imporre requisiti rigorosi per la valutazione delle prove. In caso di dubbi, anche minimi, sull'affidabilità e sull'efficacia dei risultati medici interni, è necessario effettuare ulteriori chiarimenti (cfr. DTF 145 V 97 consid. 8.5, 142 V 58 consid. 5.1, 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.4 e 4.6 seg., 125 V 351 consid. 3b/ee; cfr. sentenza del Tribunale federale 8C_740/2020 del 7 aprile 2021 consid. 2.2). Anche una semplice perizia basata sugli atti ha valore probatorio se questi forniscono un quadro completo della storia clinica, del decorso e dello stato attuale del paziente e se questi dati sono indiscussi; i risultati del riscontro devono essere completi, in modo che il relatore sia in grado di farsi un quadro completo sulla base dei documenti a disposizione (cfr. sentenza del Tribunale federale 8C_397/2019 del 6 agosto 2019 consid. 4.3 con rinvii). Essenzialmente si tratta solo della valutazione medica specialistica di una fattispecie medica accertata; ciò significa che il coinvolgimento diretto del medico risp. la visita della persona assicurata passa in secondo piano (cfr. sentenze del Tribunale federale 8C_527/2020 del 2 novembre 2020 consid. 3.2, 8C_322/2020 del 9 luglio 2020 consid. 3, 8C_780/2016 del 24 marzo 2017 consid. 6.1, entrambe con rinvii).

3.5. Per quanto riguarda i medici curanti, in particolare i medici di famiglia, va notato che essi hanno un rapporto contrattuale con l'assicurato. Inoltre, dovendo concentrarsi in prima linea sul trattamento del paziente, i loro rapporti non perseguono lo scopo di una valutazione oggettiva dello stato di salute che consenta di prendere una decisione definitiva sulle richieste di risarcimento dell'assicurazione

e, quindi, non soddisfano quasi mai i requisiti per una perizia (cfr. DTF 125 V 351 consid. 3a). Per questi motivi e sulla base dell'esperienza si può per conseguenza presupporre che i medici curanti – con riferimento alla loro posizione di fiducia in base al diritto contrattuale –, in caso di dubbio, siano più propensi a testimoniare a favore dei loro pazienti. Ne discende che, in caso di controversia, un'assegnazione diretta delle prestazioni basata esclusivamente sulle indicazioni fornite dai medici curanti non è, di regola, un'opzione. Tuttavia, quanto riferito non esonera il giudice dal dovere di valutare correttamente le prove, in cui devono essere presi in considerazione anche i rapporti presentati dalla persona assicurata. Va in questo senso vagliato se essi mettono in dubbio, anche solo minimamente, l'attendibilità e l'efficacia delle conclusioni dei medici della compagnia di assicurazioni (cfr. DTF 135 V 465 consid. 4.5 seg.; sentenze del Tribunale federale 8C_301/2021 del 23 giugno 2021 consid. 5.2.2, 8C_160/2012 del 13 giugno 2012 consid. 3.1.2, 8C_245/2011 del 25 agosto 2011 consid. 5.3, 8C_907/2009 del 12 febbraio 2010 consid. 1.1).

4. Abilità lavorativa in attività adeguata

4.1. Il ricorrente ritiene che dal giorno dell'infortunio avrebbe sofferto di importanti e costanti problemi funzionali e avuto dolori. Con rapporto medico del 16 luglio 2024 dei Dr. med. L.____, K.____ e AG.____, sarebbe stata confermata la diagnosi di CRPS (complex regional pain syndrom). Poi nel rapporto del 1° ottobre 2024 dei Dr. med. W.____ e X.____, sarebbe stato indicato un fastidio al tatto, che si accentuerebbe con le sensazioni di caldo e freddo (vedi esame clinico). In tale rapporto vi sarebbe stata anche l'indicazione di "*dolore cronico persistente post traumatico e post chirurgico alla caviglia destra.*" I dottori avrebbero ritenuto il dolore multifattoriale e che una parte della sofferenza nervosa periferica sarebbe stata accentuata da una subclinica naturopatia diabetica periferica, a cui sarebbero stati da aggiungere il trauma distorsivo con versamento articolare e gli interventi chirurgici, che avrebbero potuto causare una sofferenza delle fibre nervose periferiche. Il ricorrente indica oltretutto il referto radiologico del 16 gennaio 2025, nel quale sarebbe stato riscontrato l'aumento dei dolori a livello malleolare esterno e un possibile distacco parcellare all'apice del malleolo esterno. Dall'esame radiologico del 13 febbraio 2025 sarebbe emerso un leggero versamento tibio talare e sottotalare e un ispessimento fibrocicatriziale del legamento fibulo-talare anteriore e della sindesmosi anteriore. Inoltre, il Dr. med. AC.____ avrebbe anche accertato in data 16 aprile 2025 una sintomatologia dolorosa cronica e diffusa a seguito del trauma e degli interventi subiti, compatibile con una CRPS.

Il ricorrente adduce che la convenuta non avrebbe considerato le affezioni psichiche in nesso causale con l'infortunio, però il nesso causale naturale sarebbe stato ammesso dal medico assicurativo; essendo data la causalità naturale, anche la causalità adeguata sarebbe data. Dal rapporto del Dr. med. Y._____ del 27 ottobre 2024 sarebbe emerso che egli soffrirebbe di un grave disturbo dell'adattamento, con ansia e umore depresso misti, persistenti. Per valutare l'adeguatezza della causalità, la giurisprudenza avrebbe elaborato diversi criteri. Dapprima essa avrebbe classificato gli infortuni – dal punto di vista oggettivo – in: leggeri, mediamente gravi e gravi. Per quelli di media gravità sarebbero da considerare diversi criteri (egli cita quelli già enumerati dalla convenuta nella decisione impugnata). Se l'infortunio tendesse alla categoria grave, un unico criterio basterebbe per ammettere la causalità adeguata; al contrario se tendesse alla categoria leggera, sarebbero necessari più criteri. L'infortunio si situerebbe nella categoria medio-grave, al limite di quelle poco gravi, ma la sua vita sarebbe stata stravolta, le lesioni sarebbero particolarmente gravi, la funzionalità dell'arto inferiore compromessa, i dolori cronici e costanti, le cure e senza un miglioramento sostanziale, il decorso sfavorevole ed egli avrebbe sviluppato una CRPS, che, notoriamente, avrebbe un impatto significativo sulla salute psichica.

Le affezioni citate sarebbero invalidanti anche in attività adeguate. La situazione concreta, complessa e multifattoriale imporrebbe una valutazione pluridisciplinare: ortopedica, reumatologica, neurologica e psichiatrica, che non sarebbe stata fatta. Vi sarebbero importanti dubbi circa la validità delle valutazioni mediche su cui si fonderebbe la decisione. Pertanto, egli contesta l'istruttoria medica esperita dalla convenuta, in quanto i rapporti agli atti dei medici assicurativi sarebbero parziali e non potrebbero fungere da fondamento per la decisione impugnata.

4.2. La convenuta, in sostanza, nella decisione impugnata ritiene che A._____ non sarebbe più stato in grado di riprendere a lavorare nell'edilizia. Il medico assicurativo, Dr. med. V._____, lo avrebbe ritenuto abile al lavoro al 100% in un'attività con i seguenti limiti: lavori leggeri, predominantemente seduti, nessun peso maggiore a 5 kg, al massimo saltuariamente fino a 10 kg, nessun lavoro su ponteggi, scale a pioli o luoghi con rischio di caduta (tetti) e possibili lavori di precisione con le mani. Il Dr. med. V._____ l'11 novembre 2024 non avrebbe ritenuto indicata una terapia infiltrativa. Il 12 (recte 18) febbraio 2025 il Dr. med. C._____ non avrebbe trovato una spiegazione (referto oggettivo) per i blocchi riferiti dall'assicurato e avrebbe prospettato delle infiltrazioni, senza ritenere necessario di intervenire chirurgicamente. Il Dr. med. AC._____ in data 16 aprile 2025 non avrebbe poi descritto un referto tipico di una CRPS e non avrebbe menzionato i

criteri di Budapest. Il Dr. med. V._____ si sarebbe espresso in data 11 giugno 2025, ritenendo che la radiografia del 16 gennaio 2025 e la RM del 13 febbraio 2025 avrebbero evidenziato una calcificazione del legamento fibulotalare anteriore e un osso subfibulare (condizione congenita) già visibile sulle prime radiografie della caviglia e che non vi sarebbero stati dei segni radiologici di distacco traumatico; il medico avrebbe attestato un'abilità lavorativa del 100% in attività adeguata. Secondo la Suva i dolori residui non avevano un chiaro correlato clinico.

Nella sua presa di posizione, la convenuta ritiene che il medico assicurativo, dopo la visita del 26 settembre 2024, avrebbe ritenuto un'abilità lavorativa al 100% in attività adeguata (essenzialmente seduta, non comportante il sollevamento di pesi importanti) e l'11 giugno 2025 egli avrebbe confermato le sue conclusioni. Inoltre, egli non avrebbe ritenuto soddisfatti i criteri di Budapest per riconoscere una CRPS. Il Dr. med. AC._____ avrebbe ritenuto la presenza di una CRPS senza analizzare tali criteri. I medici della AL._____ non avrebbero diagnosticato una CRPS, ma avrebbero menzionato la presenza di una sindrome dolorosa generalizzata. In conclusione, non essendo soddisfatti i criteri di Budapest, una CRPS non potrebbe essere considerata per quanto riguarda l'esigibilità.

In ogni caso, la convenuta ritiene di non poter essere sistematicamente chiamata a disporre una perizia in caso di contestazione. I disturbi psichici e quelli che non troverebbero una sufficiente correlazione dal lato organico non la concernerebbero, in quanto mancherebbe la causalità adeguata. L'infortunio in questione sarebbe di categoria media al limite di quella inferiore; infatti, il Tribunale federale avrebbe qualificato una caduta da 4.2 metri, non sulla testa, come infortunio di media gravità. In ogni caso, non sarebbero adempiuti almeno quattro criteri o un criterio in maniera incisiva. Ella non condivide l'analisi ricorsuale, in quanto il ricorrente non avrebbe riportato delle lesioni gravi o di particolare natura, nel senso di lesioni che interessano gli organi, ai quali verrebbe attribuita una particolare importanza (per es. la perdita della vista). Nemmeno sarebbero presenti oggettivamente notevoli disturbi o un decorso sfavorevole. Per ammettere tale criterio dovrebbero essere adempiute delle circostanze particolari e atte a influenzare negativamente la guarigione. Riguardo alle cure mediche non sarebbe l'aspetto medico temporale a essere decisivo, bensì la natura e l'intensità delle cure; delle blande cure conservative (per es. fisioterapia o anti-dolorifici) non sarebbero sufficienti. I due interventi subiti non permetterebbero di ammettere il criterio della durata delle cure; il Tribunale federale avrebbe negato tale criterio in caso di quattro operazioni e l'avrebbe ammesso dopo sette interventi. In ogni caso, il medico assicurativo non avrebbe riconosciuto il nesso causale naturale fra i disturbi psichici e l'infortunio e

la convenuta avrebbe rinunciato a interpellare lo specialista in psichiatria, perché la causalità adeguata non sarebbe data. Non sarebbero dati elementi obbiettivi atti a far sorgere dei dubbi in merito all'operato del medico assicurativo.

4.3. Riguardo a un'eventuale CRPS, si evince quanto segue dagli atti:

4.3.1. Con rapporto medico del 1° febbraio 2021, la Dr. med. B._____ riteneva la presenza di un malleolo laterale edematoso ma privo di ematoma, una motricità inficiata dall'intensa algia e un intenso dolore durante la deambulazione, assenza di dolori alla base del quinto metatarso, assenza di segni per una sindrome compartimentale e nessun deficit vascolo-nervoso. La stabilità articolare risultava mantenuta (cfr. act. SUVA 9).

4.3.2. Con rapporto medico del 16 febbraio 2021, i Dr. med. C._____ e D._____ ritenevano nell'esame obiettivo una tumefazione a livello del malleolo esterno, assenza di dolori a livello mediale e a livello della sindesmosi, dolenzia a livello dell'ATFL [legamento talofibulare anteriore], cassetto patologico. Il paziente avrebbe riferito di un lieve miglioramento e avrebbe camminato con l'aiuto di una stampella (cfr. act. SUVA 23).

4.3.3. Con rapporto medico del 22 marzo 2021, i Dr. med. C._____ e D._____ riprendevano in sostanza quanto già ritenuto nell'esame obiettivo del 15 febbraio 2021, non menzionando il calcagno fibulare. Il ricorrente avrebbe zoppicato e avrebbe riferito di una residua instabilità (cfr. act. SUVA 24).

4.3.4. Con rapporto medico del 27 maggio 2021, i Dr. med. C._____, D._____ e F._____, ritenevano nell'esame obiettivo, una tumefazione in miglioramento, con cassetto ancora lievemente più lasso, ma in netto miglioramento rispetto alla visita precedente, lieve dolore a livello del tendine e dei peronei che risultavano competenti, assenza di dolori mediali, sindesmosi non dolente e stabile, rimanente tumefazione e dolore a livello del legamento peroneo-astragalico anteriore. Il ricorrente avrebbe ricominciato a fare camminate, attività sportiva e anche la deambulazione sarebbe migliorata (cfr. act. SUVA 40).

4.3.5. Con rapporto di medicina assicurativa del 21 giugno 2021, il Dr. med. G._____ spiegava che il ricorrente, secondo il criterio della probabilità preponderante, prima dell'infortunio, non avrebbe presentato delle affezioni manifeste o asintomatiche alla parte del corpo colpita. Sempre secondo lo stesso criterio, egli non riteneva le lesioni da infortunio guarite (cfr. act. SUVA 41).

4.3.6. Con rapporto medico del 6 luglio 2021, i Dr. med. C.____, D.____ e H.____ ritenevano nell'esame obiettivo che alla caviglia destra non c'erano evidenti tumefazioni. Il paziente avrebbe però presentato dolore alla palpazione generalmente del compartimento laterale (peroneo-astragalico anteriore e posteriore, peroneo-calcaneare, decorso dei peronei). Il ROM (range of motion) sarebbe stato completo ma dolente a livello del malleolo laterale, soprattutto per l'inversione/eversione contro resistenza. La stabilità articolare era ritenuta di difficile valutazione vista la persistenza algica. Assenza di VPN (deficit vascolo-nervoso periferico). Il ricorrente segnalava un decorso positivo in seguito alla fisioterapia (cfr. act. SUVA 44).

4.3.7. Con rapporto di medicina assicurativa del 3 agosto 2021, il Dr. med. I.____ riteneva che, tenendo conto delle conseguenze dell'infortunio, la capacità lavorativa piena, quale carpentiere addetto alla costruzione di armature e casseri, in termini di durata e rendimento, avrebbe dovuto essere possibile. Egli ipotizzava un aumento al 50% da agosto 2021 e del 100% da settembre 2021 (cfr. act. SUVA 46).

4.3.8. Con rapporto medico del 27 settembre 2021, i Dr. med. C.____ e D.____ ritenevano nell'esame obiettivo che vi sarebbe stata la presenza di dolori alla palpazione a livello dell'ATFL, cassetto patologico confrontato al controlaterale, dolori mediali, dolori a livello dei tendini peronei. Essi consigliavano un intervento chirurgico per stabilizzare la caviglia. Il ricorrente riferiva ancora di una situazione di bloccaggio della caviglia (cfr. act. SUVA 56).

4.3.9. Con rapporto di medicina assicurativa del 13 ottobre 2021, il Dr. med. I.____ riteneva che la lesione da operare sarebbe stata da ricondurre, con probabilità preponderante, all'infortunio. Egli riteneva che la sintomatologia, almeno da tre mesi, non sarebbe più stata influenzata, con probabilità preponderante, dalle conseguenze dell'infortunio e prevedeva una prognosi post-operatoria di 10-12 mesi (cfr. act. SUVA 57).

4.3.10. Con rapporto medico del 30 novembre 2021 (seguito l'operazione), i Dr. med. C.____ e D.____ ritenevano che i punti di sutura sarebbero stati riassorbibili in sede, la ferita si sarebbe presentata calma e asciutta, senza segni di infezione, e l'ematoma diffuso sarebbe stato in via di riassorbimento (cfr. act. SUVA 72).

4.3.11. Con rapporto medico del 28 dicembre 2021, i Dr. med. C.____ e K.____ constatavano obiettivamente una caviglia edematosa con lieve dolore alla mobilizzazione, cicatrice chirurgica calma. Mobilità e stabilità della caviglia

sarebbero stati difficilmente valutabili visto il dolore da parte del paziente. Il paziente non avrebbe lamentato particolari problematiche (cfr. act. SUVA 75).

4.3.12. Con rapporto medico del 14 giugno 2022, i Dr. med. C._____ e K._____ constatavano la presenza di cicatrici chirurgiche calme, caviglia stabile al test del cassetto, flesso-estensione possibile senza dolore, ma dolore a livello del malleolo laterale alla supinazione massima. Il paziente riferiva di un lento miglioramento, ma presenza di dolori alla deambulazione prolungata (cfr. act. SUVA 99). Con rapporto medico del 6 luglio 2022, i Dr. med. C._____ e K._____ ritenevano l'esame obiettivo invariato. Il paziente avrebbe riferito di un peggioramento dei dolori (cfr. act. SUVA 100).

4.3.13. Con rapporto di medicina assicurativa del 3 ottobre 2022, il Dr. med. I._____ riteneva indicato l'impianto di una membrana con cartilagine secondo la tecnica AMIC. Secondo il medico, la lesione della cartilagine sarebbe stata da ricondurre, con probabilità preponderante, all'infortunio e non sarebbe stata operata fino a tal momento. Si tratterebbe di una lesione che, con probabilità, si sarebbe procurato in più alla lesione legamentare dell'infortunio. Egli prevedeva una prognosi post-intervento di ca. 3-4 mesi (cfr. act. SUVA 127).

4.3.14. Con rapporto medico dell'8 novembre 2022, i Dr. med. C._____ e O._____ ritenevano l'esame obiettivo invariato rispetto alle visite precedenti (cfr. act. SUVA 146).

4.3.15. Con rapporto medico del 2 dicembre 2022 (in seguito all'operazione), i Dr. med. C._____, K._____ e O._____ ritenevano cicatrici chirurgiche calme, caviglia stabile al test del cassetto, flesso-estensione possibile senza algie, ma algie alla supinazione massima a livello del malleolo laterale, assenza di deficit vascolonervosi (cfr. act. SUVA 170).

4.3.16. Con rapporto di medicina assicurativa del 23 marzo 2023, il Dr. med. I._____ riteneva che non era più necessario un trattamento determinato dall'infortunio. Quando l'innesto sarebbe stato guarito e la terapia finita, si sarebbe potuto valutare un rientro nella precedente attività lavorativa, ma ci sarebbero potute essere limitazioni riguardo al portare pesi importanti e al camminare su terreni irregolari. Si sarebbero poi dovute valutare le attività ancora ragionevolmente esigibili, tenendo conto del momento del rientro nell'attività (cfr. act. SUVA 173).

4.3.17. Con rapporto medico del 23 maggio 2023, i Dr. med. K._____ e C._____ constatavano la presenza di una cicatrice chirurgica a livello della cresta calma senza segni di infezione locale in atto e iposensibilità nella regione sottostante alla

cicatrice lungo il nervo femorale laterale. Le cicatrici chirurgiche della caviglia erano calme. Tuttavia, i medici riscontravano fastidio a livello della placca e dolore alla digitopressione a livello del malleolo laterale. La mobilizzazione risultava bloccata in flessione dorsale su dolore. La caviglia risultava stabile. Il ricorrente avrebbe riferito di un persistere della sintomatologia algica. Visti i due anni di assenza lavorativa, essi consigliavano un reinserimento professionale e l'indirizzamento verso un'attività sedentaria (cfr. act. SUVA 177).

4.3.18. Il medico assicurativo Dr. med. I._____ si esprimeva nel rapporto del 25 luglio 2023. Come reperti oggettivi egli riteneva “[...] *Nessun segno per una CRPS/algodistrofia [...]. Eseguendo passivamente una supinazione il dolore aumenta sempre lungo il malleolo esterno e ventralmente al malleolo esterno, meno al tentativo di eseguire una pronazione con la caviglia destra. [...]*” Riguardo agli aspetti medico-assicurativi, egli riteneva una buona stabilità dopo l'intervento di J._____. Riguardo all'importante bruciore soggettivo lamentato, il dottore proponeva di asportare del materiale di osteosintesi e delle viti a breve. Il bruciore non era spiegabile con una situazione in cui si sarebbe stati confrontati solo con un piccolo rimanente edema sub-condrale, che era molto migliorato rispetto alla RM precedente di giugno 2022. Egli notava un minimo e ridotto edema locale di pochi millimetri con un'aumentata densità della spongiosa inserita dalla cresta iliaca. Il dottore non riteneva comprensibile, in assenza di una spiegazione oggettiva e in assenza di una patologia valutabile, il fatto che il ricorrente attivamente non fosse stato in grado di eseguire una estensione dorsale e una flessione plantare più con le dita II a V. Secondo il dottore, l'infortunio non avrebbe provocato nessun danno lungo la muscolatura, né ai tendini né ai nervi responsabili dei movimenti delle dita del piede destro. Dopo due anni di decorso e oltre sette mesi dall'intervento c'era solo una minima differenza di circa mezzo centimetro del polpaccio destro rispetto a quello sinistro. Se la dolorabilità fosse sempre stata presente a tale intensità con uno scarico del piede, egli si sarebbe aspettato un'importante differenza/riduzione della massa muscolare, ciò che varrebbe anche per la differenza della callosità plantare (cfr. act. SUVA 193).

4.3.19. Con rapporto medico del 2 agosto 2023, i Dr. med. K._____ e C._____ riscontravano una situazione obiettiva invariata rispetto all'ultimo controllo, rilevando una caviglia edematosa e dolente lungo la placca e a livello del legamento fibulo-talare anteriore lungo l'articolazione tibio-tarsica. La mobilizzazione, a loro avviso, sarebbe stata buona con test del cassetto negativo e stabilità articolare conservata. Secondo i medici, rimaneva da valutare la persistenza di dolore dal punto di vista clinico che risultava difficile da spiegare (cfr. act. SUVA 198).

4.3.20. Con rapporto medico del 19 gennaio 2024, i Dr. med. C._____ e K._____ ritenevano la presenza di una cicatrice chirurgica calma e senza segni di infezione locale in atto. La mobilità della caviglia sarebbe stata limitata ai massimi gradi di flessione dorsale, mentre la prono-supinazione sarebbe stata possibile; vi sarebbe stata un lieve dolore alla digito-pressione a livello della porzione antero-laterale della caviglia. I dottori ribadivano la necessità di una riqualifica professionale che non sovraccaricasse troppo la caviglia; visto il lungo recupero, un rientro al lavoro di cantiere non veniva ritenuto possibile (cfr. act. SUVA 222).

4.3.21. Con rapporto di medicina assicurativa del 9 febbraio 2024, il Dr. med. V._____ indicava che sarebbe stato ancora troppo presto per chiudere il caso, ritenendo opportuno valutare una riabilitazione in day hospital (cfr. act. SUVA 234).

4.3.22. Con rapporto medico del 5 aprile 2024, i Dr. med. C._____ e K._____ riferivano di una situazione obiettiva invariata, con caviglia stabile al test del cassetto, dolore ancora presente a livello antero-laterale, prono-supinazione possibile e lievemente dolente alla supinazione massimale, flesso-estensione possibile. L'infiltrazione sarebbe stata prevista per valutare se la lesione osteocondrale fosse l'unica causa della sintomatologia (cfr. act. SUVA 246).

4.3.23. Con rapporto medico del 31 maggio 2024, la Dr. med. T._____ notava quanto segue: andatura con evidente zoppia a destra e movimento di rullata ("*Abrollvorgang*") limitato. Condizioni della cicatrice poco reattive e secche, senza arrossamenti e surriscaldamento. Aumento dei tessuti molli a livello laterale e nella zona del seno tarsale. Forza di eversione e inversione ridotta contro resistenza; mobilità limitata dell'articolazione tibio-tarsica, dolore alla massima estensione dorsale. Minima riduzione della sensibilità nella parte dorsale del piede destro rispetto all'altro; il resto della sensibilità periferica intatta. Estensione dorsale simmetrica e attiva nel passaggio dalla posizione seduta a quella eretta. Assieme al Dr. med. U._____ la dottoressa riteneva che, eventualmente tramite una terapia di viscosupplementazione o una terapia ACP (plasma autologo trattato), avrebbe potuto essere raggiunto ancora un certo miglioramento della situazione. I medici consigliavano generalmente una terapia del dolore incluso il supporto psicologico. Infine, venivano ritenute indicate delle misure che riportassero il ricorrente sul mercato del lavoro (cfr. act. SUVA 258).

4.3.24. Con rapporto medico del 16 luglio 2024, i Dr. med. L._____, K._____ e AG._____ ritenevano una situazione obiettiva invariata. Viste le condizioni, essi ritenevano assolutamente impossibile un ritorno alle condizioni lavorative precedenti e quindi necessaria una riqualifica professionale (cfr. act. SUVA 273).

4.3.25. Con rapporto di medicina assicurativa del 27 settembre 2024, il Dr. med. V._____ indicava che il ricorrente avrebbe camminato senza mezzi ausiliari e con una zoppia al lato destro. Alla caviglia egli riscontrava una zona di atrofia cutanea alla parte laterale di colore marrone, cicatrice pulita, calma e normotrofica. L'estensione/flessione attiva 0-0-30°, passiva 0-0-40° e la pro/supinazione 10-0-20°, pronazione dolorosa nella parte anteriore della caviglia, con un lieve edema cutaneo alla parte distale della fibula e callosità piante di piedi simmetrica. Egli riteneva inoltre che, dal punto di vista medico-ortopedico, non vi sarebbero più state opzioni di trattamento, ritenendo l'attività di riferimento non più esigibile. Per contro sarebbe stata esigibile al 100% un'attività per il mercato generale esigibile, con le seguenti restrizioni: lavori leggeri, predominantemente seduti, nessun peso maggiore a 5 kg, al massimo saltuariamente fino a 10 kg, nessun lavoro su ponteggi, scale a pioli, o luoghi con rischio di caduta (tetti) e possibili lavori di precisione con le mani (cfr. act. SUVA 296).

4.3.26. I Dr. med. W._____ e X._____, con rapporto del 1° ottobre 2024, riscontravano una caviglia ancora edematosa e livida e una cicatrice sul malleolo laterale chiusa ma violacea. Il ricorrente avrebbe riferito fastidio al tatto, che si sarebbe accentuato con le sensazioni di caldo e freddo. A loro avviso, non andrebbe sottovalutato lo stato diabetico nonché la circostanza che una parte della sofferenza nervosa periferica sarebbe stata accentuata da una subclinica neuropatia diabetica periferica (cfr. act. SUVA 297).

4.3.27. Con rapporto di medicina assicurativa dell'11 novembre 2024 il Dr. med. V._____ riteneva che il ricorrente è diabetico, fatto che contribuirebbe ai dolori e al danno nervale. Per le cause infortunistiche egli non vedeva un possibile miglioramento (cfr. act. SUVA 314).

4.3.28. Con rapporto medico del 15 aprile 2025, il Dr. med. AA._____ riteneva una ferita chirurgica calma, discromatosi dermale, minimo edema infra-malleolare esterno, palpazione periarticolare dolente sulla rima articolare antero-laterale e sulla punta del malleolo esterno, percussione calcaneare indolente, ROM passivo/attivo FLES 40-0-5 SuPr 40-0-20, dubbia pseudolassità antero-laterale (risp. controlaterale) e non chiare instabilità articolari (cfr. act. SUVA 354).

4.3.29. Con rapporto medico del 16 aprile 2025, il Dr. med. AC._____ esperiva un esame clinico, durante il quale constatava: cicatrici ben tollerate, senza segni infiammatori, lieve gonfiore dei tessuti molli nella regione laterale e del seno del tarso, dolorabilità accentuata alla palpazione dell'articolazione sottoastragalica mediale e laterale, forza in eversione e inversione ridotta, mobilità dell'articolazione

tibio-tarsica limitata con dolore intenso all'estensione dorsale massima e lieve ipoestesia al dorso dei piedi destro rispetto al lato opposto. Il paziente avrebbe riferito di impossibilità nel muovere attivamente le dita laterali del piede, anche se durante il passaggio alla posizione seduta a quella eretta il dottore avrebbe osservato una dorsiflessione attiva simmetrica. Egli rilevava un quadro di sintomatologia dolorosa cronica e diffusa a seguito del trauma e degli interventi, compatibile con una sindrome dolorosa complessa. L'evoluzione sfavorevole avrebbe fatto sconsigliare ulteriori operazioni. Invece, il dottore auspicava un approccio terapeutico multimodale con trattamento con vicosupplementazione o PRP e avvio di una terapia del dolore ben strutturata, eventualmente integrata da un supporto psicologico. L'obiettivo sarebbe stato quello di reinserire il ricorrente nel mondo del lavoro (cfr. act. SUVA 362).

4.3.30. Con rapporto di medicina assicurativa dell'11 giugno 2025, il Dr. med. V._____ riteneva che l'osso subfibulare fosse da ricondurre ad una condizione congenita come osso accessorio, la quale sarebbe stata già ben visibile nelle prime radiografie documentate. Egli non vedeva segni radiologici di un distacco traumatico (corticale ben preservata, arrotondamento del frammento). Riguardo alla CRPS diagnosticata dal Dr. med. AC._____, a suo parere, non avendo quest'ultimo menzionato i Criteri di Budapest, egli non avrebbe descritto un referto tipico per una tale sindrome. Inoltre, egli non avrebbe né classificato, né specificato la sintomatologia. Riguardo ai disturbi fatti valere dal ricorrente, il Dr. med. V._____ indica che non avrebbe trovato agli atti reperti oggettivabili per i problemi del ricorrente; il referto del Dr. med. C._____ del 18 febbraio 2025 sarebbe essenzialmente invariato rispetto alla visita assicurativa del 27 settembre 2024. Il dottore riteneva il ricorrente come abile al lavoro al 100% in un'attività adeguata con le restrizioni già descritte. I dolori residui rimanevano senza chiaro correlato clinico. Riguardo alle infiltrazioni proposte dai Dr. med. C._____ e AC._____, egli notava che il primo non sarebbe stato convinto dell'idoneità di tali misure per curare definitivamente o almeno migliorare sostanzialmente i dolori dell'assicurato e la sua abilità lavorativa. Quindi, egli non riteneva indicato effettuare tali punture, in quanto, con probabilità preponderante, non potrebbero migliorare la situazione medica e modificare l'esigibilità (cfr. act. B.1; SUVA 373).

4.4. Si nota che il ricorrente non aggiunge nuovi rapporti medici agli atti, ma apporta le sue contestazioni, richiedendo l'esecuzione di una perizia pluridisciplinare. È necessario ricordare che la diagnosi di CRPS ha ricevuto un consenso diagnostico più completo possibile con la validazione (a livello internazionale) nel 2010 dei criteri di Budapest, criteri esclusivamente clinici e che

lasciano poco spazio agli esami radiologici. Tali criteri aiutano ad aumentare l'accuratezza delle diagnosi e, secondo il Tribunale federale, come giustamente sostiene la convenuta, una diagnosi di CRPS richiede l'analisi di tali criteri (cfr. sentenze del Tribunale federale 8C_486/2024 del 13 febbraio 2025 consid. 3.1, 8C_331/2024 del 29 novembre 2024 consid. 4.3.1; 8C_416/2019 del 15 luglio 2020 consid. 5.1; sentenza del Tribunale amministrativo del Cantone dei Grigioni S 23 105 del 3 settembre 2024 consid. 7.2). La convenuta, al contrario del ricorrente, sostiene a ragione che la CRPS è stata diagnosticata solamente dal Dr. med. AC._____ con rapporto del 16 aprile 2025 (cfr. act. SUVA 362). Nessun altro medico, né i medici interpellati dal ricorrente, né i medici dell'Al._____ o della AL._____ – quest'ultimi hanno diagnosticato una sindrome generalizzata del dolore (cfr. act. SUVA 258) – e nemmeno i medici assicurativi, hanno posto una tale diagnosi; in questo senso, i medici non hanno sollevato dei dubbi riguardo all'esistenza della sindrome. Al contrario di quanto asserito dal ricorrente, nemmeno i Dr. med. L._____, K._____ e AG._____ (cfr. act. SUVA 273) o i Dr. med. W._____ e X._____ (cfr. act. SUVA 297) hanno effettuato una tale diagnosi. Inoltre, si nota che il Dr. med. AC._____ non ha né elencato né ha fatto riferimento in maniera diretta ai criteri di Budapest (della International Association for the Study of Pain [IASP]) che sono i seguenti (cfr. sentenze del Tribunale federale 8C_628/2023 del 9 aprile 2024 consid. 3.1 e 8C_416/2019 del 15 luglio 2020 consid. 5.1; <https://www.iasp-pain.org/group/complex-regional-pain-syndrome/> e <https://smf.swisshealthweb.ch/de/article/doi/smf.2021.08715> [visitato l'ultima volta il 24 giugno 2026]):

1. Dolore persistente, sproporzionato rispetto all'evento scatenante;
2. Il paziente riferisce almeno un sintomo in tre (criteri clinici) o quattro (criteri di ricerca) delle seguenti quattro categorie:
 - Sensoriali: dolore che evoca un'iperestesia e/o allodinia
 - Vasomotorio: asimmetria della temperatura e/o alterazione/asimmetria del colore della pelle
 - Sudomotorie/edema: edema e/o asimmetria della sudorazione
 - Motoria/trofica: limitazione dei movimenti e/o disfunzione motoria (debolezza, tremore, distonia) e/o disturbi trofici (capelli, unghie, pelle)
3. Al momento dell'esame, la paziente presenta almeno un segno in ciascuna delle due o più delle seguenti categorie (criteri clinici e di ricerca):
 - Sensoriali: iperalgesia e/o allodinia
 - Vasomotorie: asimmetria di temperatura tra i due lati e/o alterazione/asimmetria del colore
 - Sudomotoria/edema: edema e/o alterazione/asimmetria della sudorazione

- Motoria/trofica: limitazione dei movimenti e/o disfunzione motoria (debolezza, tremore, distonia) e/o disturbi trofici (capelli, unghie, pelle)

4. Non vi è alcuna altra diagnosi in grado di spiegare meglio i sintomi e i risultati degli esami.

Nemmeno analizzando il contenuto dell'esame clinico del Dr. med. AC._____, traspaiono tali criteri; per esempio non si riesce ad estrapolare il primo criterio e non sono oltretutto accertabili le componenti necessarie per il secondo criterio (componenti vasomotorie e sudomotorie mancanti; cfr. sentenza del Tribunale federale 8C_416/2019 del 15 luglio 2020 consid. 5.1). Si conclude quindi che la diagnosi isolata del Dr. med. AC._____ è da considerare incompleta risp. non atta a sollevare dei dubbi riguardo ai rapporti assicurativi agli atti, che chiaramente negano la presenza di una CRPS (cfr. act. SUVA 193), o gli ulteriori rapporti menzionati che non nominano una CRPS. La diagnosi del Dr. med. AC._____ non è né in grado di sollevare dei dubbi in merito, né di screditare la diagnosi degli altri medici (cfr. sentenza del Tribunale federale 8C_612/2024 del 24 aprile 2025 consid. 6.2.2). Per quanto riguarda gli ulteriori referti medici citati dal ricorrente, anche questi non appaiono rilevanti per l'affezione da lui lamentata.

4.5. Riguardo alle asserite affezioni psichiche, si evince quanto segue dagli atti:

4.5.1. Con rapporto medico del 31 maggio 2024, i Dr. med. T._____ e U._____ consigliavano generalmente, oltre alla terapia del dolore, anche un supporto psicologico (cfr. act. SUVA 258).

4.5.2. Con rapporto di medicina assicurativa del 27 settembre 2024, il Dr. med. V._____ riteneva che il ricorrente avrebbe iniziato una terapia dei dolori con una cura con pastiglie antidepressive e antidolorifiche che avrebbe potuto essere continuata dal medico curante (cfr. act. SUVA 296).

4.5.3. Con rapporto medico del 27 ottobre 2024, il Dr. med. Y._____ stilava lo stato clinico attuale del ricorrente come segue: *"[...] Non sono state evidenziate franche alterazioni della sfera cognitiva né sintomi della serie psicotica in fase attiva. Il tono dell'umore è apparso orientato in senso depressivo e segnato da sentimenti di inadeguatezza e incapacità rispetto al proprio futuro. Il periziando ha sempre lavorato e dovrebbe ancora lavorare, infatti, nel campo dell'edilizia e le difficoltà riscontrate nell'espletamento delle comuni attività di vita quotidiana gli fanno pensare che non riuscirà a riprendere la sua attività lavorativa. Il periziando si descrive, inoltre, come un soggetto che è sempre stato molto attivo mentre, dopo l'incidente, continua a domandarsi senza riuscire a trovare risposte che cosa potrà riuscire a fare a livello di attività motoria. Il pensiero appare polarizzato sull'incidente*

e, soprattutto, sulle conseguenze che tale evento ha prodotto nella sua vita e in quella della sua famiglia. Il periziando riferisce intensa ansia e difficoltà nel riposo notturno, caratterizzato da frequenti risvegli e poco riposante.” Il medico riteneva inoltre che la situazione psicopatologica aveva configurato, senza dubbio, un danno biologico di natura psichica temporaneo. Considerando che la patologia si sarebbe prolungata per un periodo superiore ai sei mesi, con tendenza di peggioramento della sintomatologia, questa avrebbe assunto caratteristiche di cronicità tali da configurare anche un danno biologico di natura permanente del 15% e temporaneo del 30% (cfr. act. SUVA 311).

4.5.4. Il Dr. med. AC._____, nel rapporto del 16 aprile 2025, auspicava un approccio terapeutico multimodale con trattamento con vicosupplementazione o PRP e avvio di una terapia del dolore ben strutturata, eventualmente integrata da un supporto psicologico (cfr. act. SUVA 362).

4.6.1. Spetta al medico dell'assicurazione, se del caso, allo psichiatra valutare tutte le ripercussioni di un infortunio sullo stato di salute, in particolare, anche le conseguenze psichiche dell'infortunio, nonché le eventuali interazioni tra disturbi fisici e psichici, ed esprimersi in merito alle attività concrete e alla misura in cui l'assicurato è inabile al lavoro. Le informazioni mediche costituiscono quindi una base importante per valutare quali prestazioni lavorative possano ancora essere ragionevolmente richieste all'assicurato, tenuto conto delle sue circostanze personali. In caso di controversia, la decisione spetta al giudice. Solamente qualora sia accertata un'incapacità lavorativa di origine psichica, si pone la questione del nesso causale – presupposto per l'obbligo di prestazione da parte dell'assicurazione contro gli infortuni – tra l'evento infortunistico e il danno alla salute subito (cfr. DTF 115 V 133 consid. 2, 3 e 4).

4.6.2. Riguardo alla problematica di natura psichica, il materiale medico agli atti è da ritenere insufficiente, in quanto nessuno dei rapporti medici citati soddisfa i presupposti minimi per poter essere ritenuto determinante (cfr. anche considerandi 3.4. e 3.5. sopra). Solo il Dr. med. Y._____ effettua una diagnosi psichiatrica (correlandola all'infortunio; cfr. act. SUVA 311), esprimendosi però in maniera superficiale. Il suo rapporto medico è molto conciso (brevi anamnesi, analisi dello stato clinico attuale piuttosto corta), povero di dettagli e poco argomentato riguardo ai disturbi psichici e al nesso causale tra infortunio e tali disturbi. Egli non ha proposto, perlomeno non in modo approfondito, un'analisi dei referti medici agli atti. Egli non ha né affrontato (in modo dettagliato) il tema dell'abilità lavorativa, né ha argomentato perché questa, secondo i suoi esami medici risp. le sue conclusioni, potrebbe essere data in modo parziale/permanente. Inoltre, la valutazione del Dr.

med. Y._____ si è basata su un esame fisico molto limitato, il quale non è in grado né qualitativamente, né quantitativamente di oggettivare disturbi psichici; egli non fornisce nemmeno delle giustificazioni fondate per le sue conclusioni. Infine, a titolo complessivo, si aggiunge che il Dr. med. Y._____ sta in un rapporto contrattuale con l'assicurato e, come tale, in caso di dubbio tenderà a testimoniare a favore del ricorrente, vista la posizione di fiducia instauratasi. Per tutti questi motivi si conclude che la sua valutazione medica non riesce a scalfire quanto ritenuto nei referti medici agli atti e qui sopra riproposti – segnatamente l'assenza di una diagnosi riguardante i disturbi psichici causali all'infortunio. Egli non è in grado nemmeno di sollevare minimi dubbi sull'affidabilità e la concludenza delle constatazioni dei medici impiegati dall'assicurazione. Infine, si nota che anche gli altri referti medici agli atti non mettono minimamente in dubbio l'attendibilità delle valutazioni dei medici dell'assicurazione, anzi le rafforzano. A titolo abbondanziale, va infine considerato che in ogni caso le valutazioni di medici stranieri sono da considerare con riserva (cfr. sentenza del Tribunale d'appello del Cantone dei Grigioni SV2 24 38 del 1° ottobre 2025 consid. 5.3.2; sentenza del Tribunale federale 8C_767/2019 del 19 maggio 2020 consid. 3.3.1 segg.).

4.6.3. Se ne deduce che le affezioni psichiche citate dal ricorrente non appaiono comprovate a sufficienza. Dalle decisioni della convenuta risulta che la capacità lavorativa in attività adeguata fissata al 100% considera anche le possibilità e le limitazioni fisiche del convenuto e si riallaccia ai rapporti medici agli atti. Come ben ritiene la convenuta, nella valutazione del 26 settembre 2024, il Dr. med. V._____ indicava in modo esaustivo le limitazioni funzionali riguardanti la capacità lavorativa del ricorrente (vedi in particolare act. SUVA 296). Le valutazioni di detto dottore appaiono coerenti e oggettive e considerano tutte le problematiche del ricorrente. Infatti, nelle sue decisioni, la convenuta ha ripreso tali valutazioni. Di conseguenza, la valutazione dell'abilità lavorativa in attività adeguata rimane invariata. Visto che sulla scorta della documentazione agli atti questo Tribunale ha potuto statuire in merito alla fattispecie, l'acquisizione di ulteriori mezzi di prova, come richiesto dal ricorrente – segnatamente di una perizia pluridisciplinare – è superflua. Per conseguenza, in valutazione anticipata delle prove, si può rinunciare all'assunzione di ulteriori mezzi di prova (cfr. DTF 144 V 361 consid. 6.5, 136 I 229 consid. 5.3).

4.7. Ne consegue che, per quanto riguarda le lamentele relative ai pareri medici, il ricorso deve essere respinto.

4.8. Nesso di causalità

4.8.1. Anche volendo ammettere, a titolo ipotetico, la presenza di un disturbo psichico che comporti un'IL, andrebbe chiarita la presenza di un nesso causale – sia naturale che adeguato – con l'infortunio (cfr. DTF 115 V 133 consid. 3 e 4). La causalità infortunistica costituisce un presupposto per il diritto a tutte le prestazioni dell'assicurazione contro gli infortuni (art. 6 cpv. 1 LAINF). L'assicuratore contro gli infortuni è quindi tenuto a fornire prestazioni solo per i danni alla salute che presentano un nesso causale naturale e adeguato con un evento assicurato. Per quanto attiene ai disturbi psichici e non oggettivabili, per prassi invalsa, l'accertamento della causalità naturale può rimanere aperta se dall'esame del carattere adeguato della causalità se ne deve concludere che non ci sia alcuna causalità tra l'infortunio e i disturbi psichici (cfr. DTF 135 V 465 consid. 5.1; sentenze del Tribunale federale, 8C_427/2022 del 28 febbraio 2023 consid. 6.1, 8C_673/2021 del 24 marzo 2022 consid. 3.5, 8C_409/2021 del 15 settembre 2021 consid. 6.2, 8C_438/2020 del 22 dicembre 2020 consid. 4.1). Secondo la giurisprudenza, non è invece ammissibile affermare l'esistenza di un nesso causale adeguato tra eventuali disturbi psichici e un infortunio prima che siano state chiarite, mediante una perizia psichiatrica, le questioni di fatto relative alla natura dei danni alla salute e al nesso causale naturale (cfr. DTF 147 V 207 consid. 6.1; sentenze del Tribunale federale 8C_427/2022 del 28 febbraio 2023 consid. 6.1, 8C_409/2021 del 15 settembre 2021 consid. 6.2). Un simile approccio risulterebbe contraddittorio, poiché l'obbligo di prestazione di un assicuratore contro gli infortuni, ai sensi dell'art. 6 cpv. 1 LAINF, presuppone l'esistenza di un nesso causale naturale tra l'evento infortunistico e il danno verificatosi. In assenza di basi mediche affidabili su cui fondare la decisione, che si esprimono in merito alla presenza di disturbi psichici e le loro ripercussioni sulla capacità lavorativa e al nesso causale naturale con l'evento infortunistico, dal punto di vista giuridico, non si può dedurre che un evento infortunistico abbia un'importanza determinante per l'insorgere di un'IL o di incapacità di guadagno di origine psichica (cfr. sentenza del Tribunale federale 8C_409/2021 del 15 settembre 2021 consid. 6.2; sentenza del Tribunale d'appello del Cantone dei Grigioni SV2 24 34 dell'11 febbraio 2025 consid. 10.1).

4.8.2. L'esistenza di un nesso causale naturale tra un evento dannoso e un disturbo di salute psichico è una questione di fatto, sulla quale l'amministrazione o, in caso di ricorso, il giudice deve pronunciarsi nell'ambito della valutazione delle prove, secondo il grado di probabilità preponderante previsto dal diritto delle assicurazioni sociali. La mera possibilità della presenza di un nesso non è sufficiente per fondare il diritto alle prestazioni (cfr. DTF 115 V 133 consid. 3). È poi anche necessaria la presenza di una causalità adeguata (cfr. DTF 115 V 133 consid. 4; sentenza del Tribunale federale 8C_8/2025 del 19 settembre 2025 consid. 4.1.1). Richiamata la

giurisprudenza al riguardo, che è anche stata riportata correttamente nella decisione su opposizione (cfr. anche DTF 115 V 133 consid. 6), si fa qui riferimento ai criteri specifici elencati dal Tribunale federale, da giudicare in maniera complessiva. La questione se esista un rapporto di causalità non può essere risolta con solo riferimento all'evento stesso. Occorre piuttosto tener conto, da un profilo oggettivo, di tutte le circostanze che sono strettamente connesse con l'infortunio o che risultano essere un effetto diretto o indiretto dell'evento assicurato. Esse possono servire da criterio di apprezzamento nella misura in cui secondo il corso ordinario delle cose e l'esperienza della vita sono tali da provocare o aggravare, assieme all'infortunio, un'incapacità lavorativa e di guadagno di origine psichica (sentenza del Tribunale federale 8C_673/2021 del 24 marzo 2022 consid. 4.2).

4.8.3. Come punto di riferimento adeguato per la classificazione degli infortuni con conseguenze psichiche deve servire l'evento dell'infortunio stesso (oggettivamente rilevabile); ovvero punto di partenza della valutazione di adeguatezza secondo la cosiddetta "*Psycho-Praxis*". Nell'ambito di un approccio oggettivo, occorre valutare se l'infortunio appaia piuttosto come lieve, di media gravità o grave, tenendo conto che, nella fascia intermedia, si procede (eventualmente) a un'ulteriore differenziazione in base alla tendenza verso gli infortuni lievi o gravi. Determinanti per la valutazione della gravità dell'infortunio sono lo svolgimento evidente dell'evento, unito alle forze che si sviluppano nel corso dello stesso, e le lesioni subite immediatamente al momento dell'infortunio (cfr. DTF 140 V 356 consid. 5.1, 115 V 133 consid. 6; sentenze del Tribunale federale 8C_592/2023 del 30 gennaio 2024 consid. 7, 8C_698/2022 del 3 maggio 2023 consid. 5.1 e 8C_66/2021 del 6 luglio 2021 consid. 7.1). Non devono essere prese in considerazione né l'esperienza soggettiva dell'infortunio da parte della persona coinvolta, né le conseguenze che si manifestano nel corso del tempo in reazione all'infortunio (cfr. DTF 140 V 356 consid. 5.3 e 5.6.1; sentenza del Tribunale federale 8C_592/2023 del 30 gennaio 2024 consid. 7.2.1).

4.8.4. Il ricorrente stesso riferiva ancora l'11 maggio 2021 di non soffrire di nessuna malattia particolare (cfr. act. SUVA 33). Concretamente, non appare plausibile, considerando l'infortunio concreto, ammettere che ci si trovi in presenza di un infortunio grave (tali infortuni sono di regola adatti a causare danni alla salute mentale tali da provocare un'invalidità; cfr. DTF 115 V 133 consid. 6b). In caso di incidenti banali, come ad esempio un leggero urto alla testa o un inciampo, e in caso di incidenti lievi, come ad esempio una normale caduta o uno scivolone, di norma, si nega senza difficoltà l'esistenza di un nesso causale adeguato tra l'infortunio e i disturbi di salute mentale (cfr. DTF 115 V 133 consid. 6a). Nella prassi, le cadute da

un'altezza compresa tra circa due e quattro metri sono qualificate, in senso stretto, come infortuni di media gravità non al limite con quelli gravi. L'altezza di caduta si calcola in base alla distanza tra i piedi della persona, o la superficie su cui poggiano, e il suolo. Trattandosi concretamente di una caduta da 90 cm di altezza dal suolo, l'infortunio è da qualificare come infortunio di media gravità, con tendenza alla categoria lieve (cfr. sentenza del Tribunale federale 8C_596/2022 dell'11 gennaio 2023 consid. 4.4.1). Inoltre, ciò si conferma, paragonando l'infortunio concreto alla giurisprudenza del Tribunale federale in merito a infortuni di media gravità al limite della categoria lieve (caduta sul pavimento mentre si spingevano delle scatole di plastica, caduta nella doccia con ferite alla testa, collo e schiena, ciclista toccata in un sorpasso da un automobilista e caduta sulla testa coperta dal casco, ciclista toccata da ferma da una sedia a rotelle e caduta sulla spalla, pattinatore su ghiaccio caduto sulla testa posteriore e caduta causata da pioggia gelata con frattura del collo del femore; cfr. sentenza del Tribunale federale 8C_622/2010 del 3 dicembre 2010 consid. 4.1).

4.8.5. In caso di disturbi psichici, i criteri per determinare la causalità adeguata relativi ad un incidente di media gravità sono (cfr. DTF 115 V 133 consid. 6c; sentenza del Tribunale federale 8C_547/2020 del 1° marzo 2021 consid. 3.1):

- le circostanze concomitanti particolarmente drammatiche o la particolare spettacolarità dell'infortunio;
- la gravità o particolare caratteristica delle lesioni lamentate, segnatamente la loro idoneità, secondo l'esperienza, a determinare disturbi psichici;
- la durata eccezionalmente lunga della cura medica;
- i dolori somatici persistenti;
- la cura medica errata che aggrava notevolmente gli esiti dell'infortunio;
- il decorso sfavorevole della cura e le complicazioni rilevanti intervenute;
- il grado e la durata dell'incapacità lavorativa dovuta alle lesioni fisiche.

Un solo criterio può già essere sufficiente in caso di infortunio di grado medio al limite di quelli gravi. Invece, in linea di massima, in caso di incidente di grado medio in senso stretto, occorre che siano adempiuti tre criteri, mentre devono esserne realizzati almeno quattro in caso di grado medio al limite di quello leggero. In tutto lo spettro degli incidenti di grado medio potrebbe essere sufficiente anche un solo criterio, quando è adempiuto in maniera particolarmente intensa (cfr. sentenze del

Tribunale federale 8C_394/2022 dell'8 novembre 2022 consid. 5.2.2, 8C_673/2021 del 24 marzo 2022 consid. 4.3).

4.8.6. Nel caso concreto, in linea di massima, possono essere di rilevanza i criteri riguardanti i dolori fisici cronici, la durata molto lunga dell'IL e la durata insolitamente lunga del trattamento medico. Per contro, la presenza di altri criteri sopraelencati è da negare a priori (cfr. DTF 115 V 133 consid. 6c/bb; sentenza del Tribunale federale 8C_622/2010 del 3 dicembre 2010 consid. 4.1).

4.8.7. Per quanto riguarda il criterio del dolore fisico cronico, è determinante verificare se i disturbi siano stati presenti per l'intero periodo. Tale criterio non è soddisfatto in caso di miglioramento temporaneo dello stato di salute o di riduzione della frequenza o di interruzione del trattamento medico (cfr. sentenze del Tribunale federale 8C_81/2024 del 28 ottobre 2024 consid. 8.1, 8C_596/2022 dell'11 gennaio 2023 consid. 4.5.5); ciò che fa al caso nostro, considerato che il ricorrente, durante il suo percorso, riferiva a più riprese di un miglioramento dei dolori (cfr. vedi tra tanti act. SUVA 23 e 40). Inoltre, i vari dottori, a diverse riprese, hanno sottolineato che l'entità dei dolori dichiarati non sarebbe del tutto comprensibile (cfr. per es. act. SUVA 198, 373), cfr. sentenza del Tribunale federale 8C_518/2023 del 23 novembre 2023 consid. 4.2.2.4). Il criterio in questione non risulta dunque essere soddisfatto.

4.8.8. Il criterio della durata insolitamente lunga del trattamento medico presuppone un trattamento prolungato, continuo e mirato di disturbi di origine somatica, senza che ciò debba essere valutato esclusivamente in base a un criterio temporale. Sono rilevanti anche la natura e l'intensità del trattamento, nonché la misura in cui ci si possa ancora aspettare un miglioramento dello stato di salute. Nel complesso, deve essere presente un trattamento medico di durata insolitamente lunga, dato in modo continuato e mirato con una certa sistematicità e improntato al miglioramento dello stato di salute. Gli interventi di terapia manuale sotto forma di fisioterapia ed ergoterapia, i controlli periodici da parte del medico (di famiglia) e la terapia farmacologica per il trattamento del dolore non soddisfano tali requisiti (cfr. tra tante sentenze del Tribunale federale 8C_596/2022 dell'11 gennaio 2023 consid. 4.5.4, 8C_394/2022 dell'8 novembre 2022 consid. 9.1 con rinvii). È vero che il trattamento medico del ricorrente si è protratto sull'arco di diversi anni; tuttavia tale circostanza non porta da sola all'affermazione del criterio. Il trattamento è stato caratterizzato da tre interventi operativi al piede sull'arco di due anni, però, al contempo, non si è verificata alcuna degenza ospedaliera prolungata, né in seguito all'intervento, né in altri momenti. Negli anni, il trattamento del ricorrente è stato caratterizzato da diversi controlli medici, essenzialmente volti a monitorare il suo stato di salute o a

combattere in maniera farmacologica risp. infiltrativa i disturbi dovuti al dolore. Inoltre, egli si è sottoposto a diversi anni di fisioterapia. Non è sussistita né una significativa compromissione della qualità di vita, né un onere aggiuntivo di natura eccezionale, causati dal trattamento medico, anche se dopo gli interventi chirurgici non si è ottenuto il risultato terapeutico auspicato. Il criterio summenzionato non risulta quindi essere soddisfatto e, se del caso, senza particolare accentuazione (cfr. al riguardo sentenze del Tribunale federale 8C_518/2019 del 19 febbraio 2020 consid. 4.4.4). In ogni caso tale criterio non raggiunge l'intensità necessaria per poter sorreggere da solo la presenza della causalità adeguata.

4.8.9. Secondo la giurisprudenza, il criterio riguardante il grado e la durata dell'incapacità lavorativa dovuta alle lesioni fisiche è adempiuto in presenza di una totale incapacità lavorativa di quasi tre anni. Non è sufficiente un impedimento nell'attività professionale esercitata precedentemente, bensì è necessario che vi sia una limitazione anche in un'attività adatta. Inoltre, l'adempimento di questo criterio deve essere negato nella misura in cui i problemi psichici hanno avuto un ruolo predominante sullo stato di salute dell'assicurato (cfr. sentenza del Tribunale federale 8C_547/2020 del 1° marzo 2021 consid. 5.2.2.). Pur volendo ammettere che tale criterio sia soddisfatto, esso non lo sarebbe comunque in misura intensa (cfr. anche sentenze del Tribunale federale 8C_596/2022 dell'11 gennaio 2023 consid. 4.5.7, cfr. 8C_394/2022 dell'8 novembre 2022 consid. 5.2.2 e 9.2), motivo per il quale non ci si deve chinare oltre sulla questione.

4.8.10. Ne consegue che sono soddisfatti al massimo due dei criteri sopracitati e nessuno in maniera particolarmente intensa, motivo per il quale essi in ogni caso non raggiungono la soglia minima per poter confermare un nesso di causalità adeguato in correlazione con i presunti disturbi psichici (cfr. DTF 115 V 133 consid. 6a e 6c; sentenze del Tribunale federale 8C_566/2013 del 18 agosto 2014 consid. 6.1, 8C_622/2010 del 3 dicembre 2010 consid. 4.1). Ciò ravvisato, non deve essere statuito sulla questione relativa al nesso causale naturale.

5. Salario da valido e riduzione sociale

5.1. Il ricorrente contesta il salario da valido. A suo avviso, in caso di applicazione dei dati statistici, occorrerebbe considerare il livello di qualifica 2, settore costruzioni (41-43), per un salario lordo annuo di CHF 77'061.60 nel 2022. In caso di applicazione del livello di qualifica 1, il reddito annuo lordo per il 2022 sarebbe di CHF 72'870.75. Sarebbero da considerare gli adeguamenti salariali di +2.3% nel 2023 e +0.8% nel 2024. Non ricorrendo ai dati statistici, il suo reddito da valido sarebbe stato di almeno CHF 75'000.00 nel 2023, da adeguare poi al 2024.

5.2. La convenuta è dell'opinione che, nella decisione su opposizione, avrebbe utilizzato i dati dell'Ufficio federale di statistica (UTS): tabella TA1, livello di qualifica 1, ramo 41-42 (salario da valido) e TA1, livello di qualifica 1, in toto (salario da invalido). Il percorso professionale del ricorrente non giustificerebbe il livello di qualifica 2. Si sarebbero utilizzati i dati statistici dato che, in assenza di licenziamento, lo stipendio del ricorrente sarebbe (stato) inferiore. Si sarebbe poi tenuto conto dell'orario settimanale di 41.4 e non 41.7 ore.

5.3.1. Con decisione su opposizione, la convenuta aveva già provveduto a modificare lo stipendio da valido del ricorrente, rialzandolo da CHF 66'339.00 (basato sul salario da valido 2024 della precedente datrice di lavoro) a CHF 74'603.00, ciò che paragonato al salario da invalido era risultato in una differenza, non più del 1.9%, ma del 13.02%. La convenuta nel nuovo calcolo aveva ancora applicato il livello di qualifica 1 e non il livello di qualifica 2, visto il percorso professionale del ricorrente con esperienza in lavori pesanti non qualificati. Il ricorrente non argomenta minimamente perché dovrebbe essere considerato il livello di qualifica 2, motivo per cui tale censura non verrà trattata ulteriormente, in quanto, oltretutto, già avanzata e trattata dinanzi all'istanza precedente. Anche volendo considerare il salario da valido nella categoria 1 di CHF 72'870.75 nel 2022, come proposto dal ricorrente, aggiunti poi gli adeguamenti annuali, esso non si discosterebbe di molto dallo stipendio da valido di CHF 74'602.55 calcolato dalla convenuta e, quindi, il grado d'invalidità non subirebbe cambiamenti. Mentre per lo stipendio di CHF 75'000.00 per l'anno 2023, non calcolato su base statistica, il ricorrente non spiega minimamente come egli sarebbe risalito a tale importo. Si giustifica dunque, anche da questa prospettiva, non chinarsi oltre su questo punto. Considerato quanto appena ritenuto e in mancanza di argomentazioni approfondite, lo stipendio da valido già ritenuto nella decisione su opposizione merita conferma. Lo stipendio da invalido non è invece stato criticato dal ricorrente, tranne che per la deduzione sociale, di cui si parlerà sotto.

5.3.2. Il ricorrente ritiene poi la deduzione sociale di 5% insufficiente. Il mercato del lavoro equilibrato sarebbe teorico e astratto e non terrebbe conto della situazione reale del mercato del lavoro. Statisticamente sarebbe possibile dimostrare che le persone con problemi di salute guadagnerebbero 10-15% in meno nello stesso lavoro rispetto a quelle sane. Considerati la necessità di cambiamento di settore, passaggio da attività estremamente pesante (svolta da sempre) a leggera, limitazione alle sole attività leggere, necessità di adeguamento della propria attività, forti dolori cronici costanti, instabilità della caviglia, problemi di deambulazione e zoppia, limitazione al sollevamento di pesi, limitazioni nel mantenere la posizione

eretta, limitazioni/impedimenti nell'accovacciarsi e/o inginocchiarsi, divieto di salire su scale e impalcature, difficoltà nei contatti sociali, rallentamento, affaticamento, ridotta caricabilità, nazionalità straniera, formazione limitata, limitazioni individuali non considerate nella definizione dell'IL e problemi psichiatrici, egli avrebbe diritto a una riduzione sociale di minimo 15%. Inoltre, sarebbe applicabile per analogia l'art. 26^{bis} cpv. 3 OAI (RS 831.201), il quale prevedrebbe una deduzione del 10% sui dati statistici, da utilizzare concretamente, già solo per aver usato i dati salariali statistici. Una parte della dottrina appoggerebbe l'applicazione per analogia. Il Consiglio federale avrebbe voluto precisare la nozione di reddito da invalido prevista dall'art. 16 LPGa e la LPGa avrebbe come obiettivo quello di armonizzare e uniformare il diritto materiale delle assicurazioni sociali dei vari settori. Infine il Tribunale cantonale amministrativo ticinese avrebbe anche ammesso l'applicazione analoga dell'articolo in questione (sentenza 35.2024.84). Il ricorrente ritiene che, alla luce del principio dell'uniformità nella valutazione del grado d'invalidità, la riduzione del 10% potrebbe quindi essere applicata per analogia. Ma anche volendo ammettere una riduzione di 5%, come già applicata, andrebbe aggiunto il 5% riconosciuto dalla convenuta.

5.3.3. La convenuta non ritiene dati altri fattori di riduzione ai sensi della giurisprudenza oltre alla deduzione sociale già fissata a 5%. La fissazione del reddito da invalido su base statistica non sarebbe stata messa in discussione dal Tribunale federale. L'art. 26^{bis} cpv. 3 OAI entrato in vigore il 1° gennaio 2024 non potrebbe essere applicato, nemmeno per analogia, agli assicuratori infortuni; non si tratterebbe di una lacuna; inoltre la sentenza ticinese citata sarebbe stata impugnata dinanzi al Tribunale federale. Tra LAI e LAINF vi sarebbero diverse differenze. Già prima dell'entrata in vigore di tale articolo vi sarebbero state delle differenze in materia di raffronto dei redditi. La convenuta sottolinea che la valutazione del grado d'invalidità dell'AI non vincolerebbe l'assicuratore LAINF e viceversa. In una recente sentenza del Tribunale delle assicurazioni del Canton Vaud (ZA24.047354), sarebbe stata negata l'applicazione per analogia dell'art. 26^{bis} cpv. 3 OAI.

5.3.4. Se e in quale misura 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 d'occupazione). Una deduzione massima del 25% del salario statistico permette di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Infatti, a seconda dell'entità delle circostanze menzionate, la persona assicurata potrebbe sfruttare la propria capacità lavorativa residua, anche in un mercato del lavoro equilibrato, solo con un successo economico inferiore alla

media. Inoltre, il giudice chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale deriva da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, non può senza valido motivo sostituire il proprio apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (cfr. DTF 146 V 16 consid. 4.1, 137 V 71 consid. 5.2, 134 V 322 consid. 5.2, 126 V 75 consid. 5b/cc e 6). Una deduzione per le limitazioni funzionali dovute al danno alla salute si giustifica soltanto se, tenuto conto degli impedimenti legati alla persona o al posto di lavoro, anche su un mercato del lavoro equilibrato non esiste più un ventaglio sufficientemente ampio di attività accessibili all'assicurato (cfr. sentenza del Tribunale federale 8C_174/2019 del 9 luglio 2019 consid. 5.2.2). In tutti gli altri casi non viene applicata nessuna deduzione a tale titolo, nemmeno se la capacità lavorativa completa in attività adeguate non comporta il rischio di una doppia deduzione ingiustificata (cfr. DTF 146 V 16 consid. 4.1; sentenze del Tribunale federale 8C_111/2021 del 30 aprile 2021 consid. 4.3.1, 8C_9/2020 del 10 giugno 2020 consid. 4.4.4, 8C_495/2019 dell'11 dicembre 2019 consid. 4.2.2 con rinvii). Va ricordato che le limitazioni mediche già incluse nell'esame dell'incapacità lavorativa residua non devono influire ulteriormente nella disamina della riduzione del reddito da invalido.

5.3.5. Nella misura in cui il ricorrente solleva contestazioni di natura teorica, volte a criticare il sistema di deduzione sociale in essere al momento, queste non possono essere prese in considerazione, in quanto il sistema in questione è ancorato nella giurisprudenza e confermato dalla prassi vigente (cfr. tra tante DTF 148 V 174). L'entità della deduzione sociale a seguito delle limitazioni fisiche è una tipica questione discrezionale; essa deve essere valutata complessivamente nel singolo caso, tenendo conto di tutte le circostanze e rileva dal potere d'apprezzamento (cfr. DTF 135 V 297 consid. 5.2, 132 V 393 consid. 3.3). Questa valutazione compete in primo luogo all'amministrazione che, in questo contesto, gode di un ampio potere d'apprezzamento. Sebbene il tribunale cantonale non sia limitato all'esame delle violazioni di diritto e, in questo senso, possa valutare anche l'adeguatezza, esso non può comunque sostituire il proprio potere discrezionale a quello dell'amministrazione senza un valido motivo; deve fondarsi su circostanze suscettibili di far apparire il suo apprezzamento come il più appropriato. Il giudice deve dare prova di riserbo allorché è chiamato a verificare la fondatezza di tale apprezzamento. (cfr. DTF 137 V 71 consid. 5.2, 135 V 297 consid. 5.2, 126 V 75 consid. 6, 123 V 150 consid. 2; sentenza del Tribunale federale 8C_829/2019 del 6 marzo 2020 consid. 4.3.1).

5.3.6. Per il Tribunale adito non sussiste alcun motivo di ingerire nella valutazione dell'istanza precedente. In considerazione dell'esigibilità risp. dei limiti funzionali diagnosticati al ricorrente si può concludere che, in un'attività adeguata, possa giustificarsi una deduzione per le limitazioni dovute al danno alla salute, visti gli impedimenti legati alla persona (limitazione particolare alla caviglia destra) e considerate le limitazioni riguardanti l'esclusione di determinate attività (lavori leggeri, prevalentemente seduti, nessun peso maggiore a 5 kg, saltuariamente fino a 10 kg, nessun lavoro su ponteggi, scale a pioli o luoghi con rischio di caduta come i tetti, possibili i lavori di precisione con le mani; act. SUVA 328, 347, 382, cfr. anche sentenze del Tribunale federale 8C_410/2023 del 5 dicembre 2023 consid. 5.4.2.3, 8C_174/2019 del 9 luglio 2019 consid. 5.2. entrambe con rinvii). Le citate limitazioni sono già state considerate nell'esame della capacità lavorativa in attività adeguata (cfr. sentenza del Tribunale federale 8C_260/2024 del 25 novembre 2024 consid. 4.1). In questo contesto, va pure considerato che l'incapacità per motivi di salute di continuare a svolgere lavori pesanti non implica necessariamente una riduzione del reddito ipotetico da invalido. Il semplice fatto che siano ormai esigibili soltanto dei lavori leggeri non giustifica l'applicazione di una riduzione supplementare, siccome il salario statistico comprende, nel livello di qualifica 1, già un gran numero di attività leggere (cfr. sentenza del Tribunale federale 8C_841/2017 del 14 maggio 2018 consid. 5.2.2.2). Il ricorrente beneficia di un ventaglio di attività sostitutive esigibili ancora sufficientemente ampio, motivo per il quale una decurtazione a tale titolo non è giustificata (cfr. in questo senso la sentenza del Tribunale federale 8C_215/2023 del 1° febbraio 2024 consid. 5.2.2.3). L'assenza di formazione e di esperienza in taluni ambiti di attività (cfr. sentenze del Tribunale federale 8C_659/2021 del 17 febbraio 2022 consid. 4.3.2, 8C_48/2021 del 20 maggio 2021 consid. 4.3.4, 8C_603/2020 del 4 dicembre 2020 consid. 6.2, 8C_122/2019 del 10 settembre 2019 consid. 4.3.2, 8C_46/2018 dell'11 gennaio 2019 consid. 4.4), non giustifica parimenti l'applicazione di una deduzione sociale. Infine, neppure lo statuto di straniero dell'assicurato può giustificare una decurtazione del reddito statistico da invalido (cfr. sentenza del Tribunale federale 8C_20/2023 del 10 maggio 2023 consid. 5.3). Ciò posto, paragonando la situazione del ricorrente ad altre situazioni simili, traspare che una deduzione del 5% risulta usuale ed è giustificabile per delle limitazioni come le sue (cfr. sentenze del Tribunale federale 8C_656/2024 del 3 dicembre 2025 consid. 5.3.2.1, 8C_410/2023 del 5 dicembre 2023 consid. 5.4.2, 8C_323/2021 del 14 aprile 2020 consid. 7.2.3). Di conseguenza, risulta che la deduzione di 5% non dà adito a critiche.

5.3.7. Infine, per quanto riguarda l'applicazione dell'art. 26^{bis} cpv. 3 OAI, in ambito infortunistico si ritiene quanto segue. Nel diritto dell'assicurazione contro gli infortuni non esiste alcuna disposizione corrispondente all'art. 26^{bis} cpv. 3 OAI. Ai sensi dell'art. 26^{bis} cpv. 3 OAI, dal valore determinato statisticamente viene detratto il 10%. Nella dottrina si nega l'applicabilità diretta e, in linea di principio, anche quella analoga degli artt. 25 a 27^{bis} dell'OAI nell'ambito dell'assicurazione contro gli infortuni (cfr. sentenza del Tribunale delle assicurazioni sociali del Cantone Basilea-Città UV.2024.23 del 30 gennaio 2025 consid. 5.3.6; FLÜCKIGER, in: Frésard-Fellay/Leuzinger/Pärli [ed.], Basler Kommentar zum Unfallversicherungsgesetz, 1a ed., 2019, art. 18 n 13). Di questo avviso si è dichiarato recentemente anche il Tribunale federale nella sentenza 8C_254/2025 del 23 giugno 2026 (prevista per la pubblicazione). Il Tribunale federale ritiene gli artt. 26 e 26bis cpv. 3 OAI non applicabili nell'ambito dell'assicurazione contro gli infortuni, poiché non sussiste una vera e propria lacuna e, in virtù della separazione dei poteri, gli è preclusa un'applicazione per analogia (cfr. sentenza del Tribunale federale 8C_254/2025 del 23 giugno 2025 consid. 6 e 7, tra l'altro tale sentenza tratta proprio il ricorso contro la sentenza 35.2024.84 del Tribunale delle assicurazioni sociali del Cantone Ticino del 24 marzo 2025 citata dal ricorrente). Pertanto, l'art. 26^{bis} cpv. 3 OAI non può essere applicato all'assicurazione infortuni e, quindi, nemmeno al caso in esame.

5.4. Considerato quanto sopra, il salario da valido nonché la deduzione sociale contenuti nella decisione su opposizione vanno confermati e le censure ricorsuali devono essere respinte.

6. Indennità per menomazione dell'integrità (IMI)

6.1. Il ricorrente contesta il mancato riconoscimento dell'IMI viste le lesioni permanenti a livello ortopedico, reumatologico, neurologico e psichiatrico. Le sue patologie psichiche, in quanto in nesso causale naturale e adeguato, sarebbero da considerare. Anche la CRPS dovrebbe essere considerata, laddove presenterebbe un quadro paragonabile al blocco totale dell'arto (caviglia e piede) con perdita dell'integrità del 30% almeno, come da tabella 2 della SUVA, subordinatamente come da tabella 4 della SUVA, per perdita dell'intero piede.

6.2. La convenuta ritiene nella sua presa di posizione che, secondo il medico assicurativo (visita del 26 settembre 2024), usando la tabella 2, il ricorrente non presenterebbe un danno importante all'integrità fisica. Il medico avrebbe poi confermato tale conclusione in data 11 giugno 2025. La convenuta conclude che, non essendo dati i criteri di Budapest, una CRPS non potrebbe essere considerata. Il ricorrente si limiterebbe a sostenere che vi sarebbero delle lesioni permanenti a

livello ortopedico, reumatologico, neurologico e psichiatrico, senza confrontarsi con la valutazione del medico assicurativo e senza produrre delle valutazioni specialistiche a sostegno delle sue osservazioni.

6.3. Secondo l'art. 24 cpv. 1 LAINF, l'assicurato ha diritto ad un'equa indennità se, in seguito all'infortunio, accusa una menomazione importante e durevole all'integrità fisica, mentale o psichica. Giusta l'art. 36 cpv. 1 OAINF, una menomazione dell'integrità è considerata durevole se verosimilmente sussisterà per tutta la vita almeno con identica gravità. Essa è importante se l'integrità fisica, mentale o psichica, indipendentemente dalla capacità di guadagno, è alterata in modo evidente o grave. L'IMI 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 della menomazione (art. 25 cpv. 1 LAINF). L'IMI ha la funzione di risarcimento morale. Serve a compensare un danno immateriale (dolori, sofferenze, diminuzione della gioia di vivere, limitazione dei piaceri offerti dall'esistenza, ecc.) che persiste oltre la fase del trattamento medico e che si suppone permarrà per tutta la vita (cfr. DTF 133 V 224 consid. 5.1). Il Consiglio federale emana disposizioni particolari sul calcolo dell'indennità (art. 25 cpv. 2 LAINF un combinato disposto con l'art. 36 OAINF). Secondo l'art. 36 cpv. 2 OAINF, l'IMI è calcolata secondo le direttive figuranti nell'allegato 3 OAINF. In tale allegato, il Consiglio federale, in una scala legittimamente riconosciuta ma non esaustiva (cfr. DTF 124 V 29 consid. 1b con riferimenti), ha ponderato in percentuale i danni frequenti e tipici. Secondo l'allegato 3 OAINF, per le IMI menzionate, l'indennità corrisponde, nel caso normale, al tasso indicato dell'ammontare massimo del guadagno assicurato (allegato 3 cifra 1 cpv. 1 OAINF). Per le menomazioni speciali dell'integrità e quelle non indicate nelle tabelle raffigurate, l'indennità è calcolata secondo il valore della tabella in funzione della gravità della menomazione (allegato 3 cifra 1 cpv. 2 prima frase OAINF). In questo senso, la Suva ha elaborato ulteriori basi di valutazione per sviluppare ulteriormente la scala emanata dal Consiglio federale. Queste tabelle pubblicate nelle comunicazioni del Dipartimento medico della Suva, concernenti la compensazione della menomazione dell'integrità ai sensi della LAINF, rappresentano griglie di precisione per la valutazione. Nella misura in cui contengono solamente valori di riferimento, volti a garantire la parità di trattamento di tutti gli assicurati, sono compatibili con l'allegato 3 OAINF (cfr. DTF 124 V 29 consid. 1c, 116 V 156 consid. 3a con riferimenti; sentenza del Tribunale federale 8C_478/2022 del 30 maggio 2023 consid. 6.1). Le menomazioni dell'integrità che non raggiungono il tasso del 5% della tabella, non danno diritto ad alcuna indennità (allegato 3 cifra 1 cpv. 3 OAINF). La determinazione della menomazione dell'integrità è una questione di fatto che deve

essere valutata da un medico (cfr. DTF 140 V 193 consid. 3.2; sentenze del Tribunale federale 8C_1/2023 del 6 luglio 2023 consid. 9.1, 8C_653/2020 del 15 febbraio 2021 consid. 5.1 e 8C_762/2019 del 12 marzo 2020 consid. 6.3; anche BERGER, in: Frésard/Fellay/Leuzinger/Pärli [ed.], Basler Kommentar zum Unfallversicherungsgesetz, 2019, art. 25 n. 13). La gravità della menomazione dell'integrità viene valutata esclusivamente sulla base di risultati medici. A differenza della riparazione morale in ambito di diritto privato, eventuali particolarità individuali della persona assicurata non vengono considerate (cfr. DTF 115 V 147 consid. 1, 113 V 218 consid. 4b; sentenze del Tribunale federale 8C_756/2019 dell'11 febbraio 2020 consid. 4.2, 8C_812/2010 del 2 maggio 2011 consid. 6.2). In un primo passo spetta al medico, tenendo conto dei danni all'integrità elencati nell'allegato 3 OAINF e, se del caso, nelle tabelle della Suva, pronunciarsi sulla sussistenza e sull'entità di un danno. Spetta successivamente all'amministrazione e, in caso di ricorso, al Tribunale, sulla base dei risultati delle perizie mediche, valutare giuridicamente se sussiste un danno all'integrità fisica, se sia stata raggiunta la soglia di rilevanza e, in caso affermativo, quale sia l'entità del danno rilevante. Il fatto che le autorità amministrative e/o giudiziarie debbano attenersi alle indicazioni mediche, nulla muta al fatto che la valutazione del danno all'integrità, come base del diritto alle prestazioni legali, spetta in ultima analisi all'amministrazione, in caso di controversia al Tribunale, e non al medico specialista (cfr. sentenza del Tribunale federale 8C_316/2022, 8C_330/2022 del 31 gennaio 2023 consid. 6.1.3.1 con rinvii).

6.4. Rapporti medici

6.4.1. Con rapporto di medicina assicurativa del 27 settembre 2024, il Dr. med. V._____ indicava che il ricorrente non avrebbe avuto diritto a un'IMI, in quanto la funzionalità della caviglia destra non sarebbe stata limitata ed egli non rilevava restrizioni che, secondo la tabella 2 della Suva, meritavano un'IMI (cfr. act. SUVA 296).

6.4.2. Essendo stata negata sopra l'esistenza di una malattia psichiatrica risp. la causalità con l'infortunio di un'eventuale malattia di quella tipologia, il rapporto del Dr. med. Y._____ del 27 ottobre 2024 – per quanto esso possa eventualmente esprimersi in merito ad un'IMI – non è rilevante ai fini di giudizio (cfr. act. SUVA 311).

6.5. Si nota come solo un rapporto medico agli atti si esprima riguardo all'IMI, negandola. I restanti rapporti medici agli atti non si esprimono in merito a una menomazione durevole o permanente. Il ricorrente, come ben ritiene la convenuta, non apporta referti medici che parlino a favore di un'IMI.

6.6. Anche volendo valutare un'IMI d'ufficio, nell'allegato 3 OAINF non viene elencato il danno alla salute accusato dal ricorrente (nemmeno volendo ipotizzare un danno psichico, dato che da quanto traspare dagli atti egli non soffre né di compromissione della memoria, né di compromissione della capacità di concentrazione). La tabella 2 della Suva, elencata anche dal ricorrente, *“Menomazione dell'integrità da alterazioni funzionali degli arti inferiori”* elenca per caviglia e metatarso i seguenti disturbi: *“blocco superiore ad angolo retto 15%, blocco in forte equinismo 20%, disturbo funzionale dell'articolazione subtalare p. es. dopo frattura del calcagno (artrosi dell'art. subtalare) 5-30%, artrodesi subtalare 15%, alterazione funzionale dolorosa dopo fratture con lussazione nelle fratture di Lisfranc o dopo fratture metatarsali 10-20%”*. Nessuna delle menomazioni elencate è stata diagnosticata nei rapporti sopracitati (v. per es. i più recenti act. SUVA 332, 338, 354, 366, 367, 369, 373). La tabella 6 della Suva *“Menomazione dell'integrità per instabilità articolari”* elenca tra l'altro: articolazione talocrurale mediale e laterale (solo in casi gravi), articolazione subtalare (solo in casi gravi) o combinazione di articolazione talocrurale e subtalare (sia in casi medio-gravi che gravi). Se inizialmente e nei primi periodi seguenti all'infortunio fino al 17 luglio 2023 veniva diagnosticata un'instabilità della caviglia destra (cfr. act. SUVA 56, 69, 193), in seguito e a partire dal 13 marzo 2024, i rapporti medici agli atti negavano (anche esplicitamente) una tale instabilità (cfr. act. SUVA 248, 258, 297, 339, 362). Una CRPS, come avanzata dal ricorrente, non viene citata nelle tabelle qui riportate e, inoltre, come già sopra osservato, questa non è stata accertata. Infine, si nota che il ricorrente contesta la mancata assegnazione dell'IMI, nominando delle lesioni permanenti di tipo generale (vedi *“ortopedico, reumatologico, neurologico e psichiatrico”*) senza tuttavia specificare quali lesioni siano intese. Come rettamente ritiene la convenuta, egli non si confronta con la valutazione del medico assicurativo. Per tutti questi motivi la decisione su opposizione, che nega l'assegnamento di un'IMI, è da confermare e la censura del ricorrente da respingere.

7. In conclusione il ricorso è integralmente da respingere, in quanto infondato, e la decisione impugnata è confermata.

8.1. L'art. 61 lett. ^{fbis} LPGA i.c.d. con la LAINF non prevede un obbligo generale di prelevamento di costi. Quindi, la procedura di ricorso dell'assicurazione infortuni riguardante le prestazioni è generalmente, fatto salvo un comportamento temerario o sconsiderato, gratuita. Il presente procedimento di ricorso non comporta dunque spese.

8.2. Resta quindi da verificare se la richiesta di gratuito patrocinio, presentata contestualmente al ricorso, debba essere accolta.

8.2.1. Non essendo dovute spese procedurali, la richiesta del ricorrente è da circoscrivere alle spese del patrocinatore. Ai sensi dell'art. 29 cpv. 3 Cost., chiunque non disponga dei mezzi necessari (stato di indigenza), ha diritto all'assistenza legale gratuita, purché la sua causa non appaia priva di prospettive di successo. L'art. 61 lett. f LPGA sancisce il diritto all'assistenza legale e stabilisce che al ricorrente debba essere concesso un patrocinio gratuito qualora le circostanze lo giustifichino. Ai sensi dell'art. 61 ingresso LPGA i.c.d. con l'art. 76 LGA, a una parte che non dispone dei mezzi necessari può essere concessa, su richiesta, l'assistenza legale gratuita, a condizione che la sua controversia non sia manifestamente temeraria o sin dall'inizio priva di fondamento. Secondo la giurisprudenza del Tribunale federale, devono essere considerate senza speranza (*"aussichtslos"*) le istanze in cui le possibilità di successo sono notevolmente inferiori ai rischi di insuccesso e che, per questo motivo, difficilmente possono essere qualificate come serie. Per contro, una richiesta non è considerata senza speranza se le prospettive di guadagno e i rischi di perdita si bilanciano approssimativamente o se questi ultimi sono solo leggermente inferiori alle prime. Determinante è che una parte, qualora disponesse dei mezzi necessari, deciderebbe di intentare una causa dopo aver valutato razionalmente la situazione; una parte non dovrebbe poter intentare una causa che non intraprenderebbe a proprie spese e a proprio rischio solo perché non le costa nulla. Per stabilire se, in un caso specifico, sussistano sufficienti prospettive di successo, occorre procedere a un esame preliminare e sommario delle prospettive processuali, tenendo conto della situazione esistente al momento della presentazione della domanda (cfr. DTF 140 V 521 consid. 9.1, 139 III 475 consid. 2.2, 138 III 217 consid. 2.2.4 con rinvii). Considerato quanto riferito ai considerandi precedenti, il presente ricorso non può essere ritenuto né manifestamente temerario né a priori privo di speranza.

8.2.2. Rimane da esaminare la questione dello stato di indigenza. Si considera indigente una persona che, tenuto conto della sua situazione economica complessiva, non è in grado di sostenere le spese di un procedimento senza intaccare i mezzi necessari a garantire il proprio sostentamento e quello della propria famiglia (cfr. DTF 144 III 531 consid. 4.1, 141 III 369 consid. 4.1). Secondo la giurisprudenza del Tribunale federale, il ricorrente deve illustrare la propria situazione reddituale e patrimoniale ed esprimersi riguardo alla questione, nonché ai propri mezzi di prova. Su di lui grava un obbligo di collaborazione completo (cfr. sentenze del Tribunale federale 7B_888/2025 del 9 ottobre 2025 consid. 4, 4A_44/2018 del 5 marzo 2018 consid. 5.3, 4A_270/2017 del 1° settembre 2017 consid. 4.2). A partire dal 1° dicembre 2025 il ricorrente riceve una rendita d'invalidità mensile di CHF 542.85, poi aumentata a CHF 556.00 (cfr. act. SUVA

384). Egli abita in AE._____, a AH._____ (cfr. act. SUVA 10, 11), è sposato e ha un figlio nato il 3 gennaio 2019 (cfr. act. SUVA 33, 63). Non si riescono a estrapolare ulteriori informazioni dagli atti. Nel ricorso, il ricorrente ribadisce (senza comprovare) che la moglie non lavorerebbe e che egli sarebbe proprietario di un'abitazione con un importante debito ipotecario. Egli indica poi che avrebbe inoltrato il formulario e i relativi giustificativi; ciò che però non ha fatto. Non essendo la sua indigenza sufficientemente comprovata, sebbene il ricorrente sia patrocinato da un legale, la richiesta di gratuito patrocinio è da respingere (cfr. sentenza del Tribunale federale 4A_44/2018 del 5 marzo 2018 consid. 5.3).

8.3. La convenuta non ha diritto a ripetibili (art. 61 lett. g LPGA e contrario).

Il Tribunale d'appello pronuncia:

1. Il ricorso è respinto.
2. La richiesta di gratuito patrocinio è respinta.
3. Non vengono prelevate spese.
4. Non vengono assegnate spese ripetibili.
5. [Rimedi giuridici]
6. [Comunicazione]