

TI_GERICHTE 35.2016.3 vom 27. September 2016

TI Tribunale d'appello, 2016-09-27, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2016.3

FR: TI_GERICHTE 35.2016.3 du 27 septembre 2016

IT: TI_GERICHTE 35.2016.3 del 27 settembre 2016

Regeste

Entità del grado dell'invalidità (in particolare, esame dal profilo medico dell'esigibilità lavorativa)

Erwägungen

E. 30

settembre 2015, della dott.ssa _____, specialista FMH in medicina fisica e riabilitazione. Ella ha spiegato che la disfunzione del piede creatasi a seguito delle artrodesi, sarebbe stata compensata "... con retroposizione dell'emibacino sinistro, sovraelevato, successivo scompenso ascendente dorsale e cervicale a sinistra con disfunzione della cerniera lombo-sacrale, della sacro-iliaca sinistra, a livello medio-dorsale e a livello cervico-dorsale a sinistra; infine aumento delle fisiologiche curvature.". Tenuto conto di tutto ciò, a suo avviso, il ricorrente non sarebbe "... in grado di mantenere a lungo la posizione eretta e nemmeno camminare per tratti intermedi-lunghi, ma solo per tratti brevi e su terreno non sconnesso, anche con dei plantari di supporto. La posizione seduta potrebbe essere mantenuta al massimo al 50% perché il compenso posturale obbliga il paziente a cambiare spesso posizione. Quindi anche nell'ambito di un'attività lavorativa al 50% dovrebbe essere concesso al signor Srecko di cambiare spesso la sua posizione e quindi un 50% con possibili intervalli e possibili cambi di posizione. Oltre all'utilizzo di plantari di supporto potrebbe essere utile portare delle unstable shoes per scaricare la caviglia e il piede." (doc. 359). Prima di procedere all'emanazione della decisione su opposizione, l'amministrazione ha chiesto al proprio Centro _____ una presa di posizione a proposito delle considerazioni espresse dalla dott.ssa _____. Per quanto qui d'interesse, con apprezzamento del 20 novembre 2015, i dottori _____ e _____, il primo spec. FMH in chirurgia ortopedica, la seconda spec. FMH in chirurgia, hanno osservato che se è vero che le articolazioni del mesopiede hanno subito un'artrodesi, è altrettanto vero che la caviglia non ha subito la stessa sorte, di modo che essa è completamente libera e permette un appoggio plantare nella posizione seduta. Ciò detto, né nella posizione seduta né in quella eretta, vi può essere una qualsiasi disfunzione compensatoria a livello del rachide o pelvico. Nel caso concreto, lo stato dopo molteplici artrodesi del piede sinistro non ha modificato la lunghezza degli arti inferiori, di modo che non entra in considerazione uno squilibrio del bacino senza calzature. La lieve differenza d'altezza causata dalla rampa di srotolamento, se del caso, potrebbe essere compensata grazie a una soletta da inserire nella scarpa controlaterale. Comunque sia, non è comprensibile perché eventuali asimmetrie legate alle calzature potrebbero perturbare l'esercizio di un'attività seduta. In conclusione, in considerazione dello stato conseguente all'infortunio del 26 agosto 2010, circoscritto al piede sinistro e che non ha interessato la caviglia, suscettibile di spiegare i dolori in occasione di un carico prolungato o d'importanti

sollecitazioni meccaniche, i dottori _____ e _____ hanno sostenuto che non vi è ragione di ritenere che RI 1 non possa svolgere a tempo pieno un'attività professionale rispettosa delle limitazioni funzionali definite dal medico _____ (doc. 365, p. 14). Unitamente all'impugnativa, l'assicurato ha prodotto una perizia di parte elaborata nel settembre 2013 dal dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica. Secondo questo sanitario, a causa del danno all'estremità inferiore sinistra, il ricorrente non sarebbe più in grado di lavorare in professioni pesanti con deambulazione su terreni sconnessi, irregolari, ripidi e scivolosi, di portare pesi oltre i 5 kg camminando, di inginocchiarsi e accovacciarsi, di salire su scale a pioli e avrebbe infine difficoltà a mantenere a lungo la posizione seduta (cfr. doc. A 5, p. 9). In corso di causa, l'insorgente ha versato agli atti ulteriore documentazione medica. Rispondendo ad alcune domande postegli dal patrocinatore dell'assicurato, il dott. _____, Capoclinica presso il Servizio di chirurgia ortopedica e traumatologia dell'Ospedale _____ di _____, ha dichiarato che gli ultimi esami radiologici non hanno evidenziato la presenza di artrosi a livello dell'articolazione tibio-tarsica superiore, che la caviglia è libera con appoggio senza problemi in posizione seduta, di non poter valutare il grado di sviluppo d'artrosi in altre parti del piede o del corpo e che non è facile "oggettivare i limiti funzionali del Signor RI 1 ..." (doc. B 5). Con perizia del 7 gennaio 2016, elaborata per conto dell'Ufficio AI, la dott.ssa _____ ha in sostanza riproposto la sua tesi relativa all'alterazione della catena muscolare ascendente provocata dalla disfunzione del piede traumatizzato (cfr. doc. B 1). Con referto del 18 febbraio 2016, interpellata dal rappresentante dell'assicurato, la dott.ssa _____ ha segnatamente preso posizione su quanto fatto valere dai dottori _____ e _____, nel loro apprezzamento del 20 novembre 2015. Ella ha affermato di condividere "... il fatto che l'articolazione tibio-fibulo-astragalica è effettivamente libera e permette un appoggio plantare corretto durante la posizione assisa, difatti il paziente non riferisce dolore a carico dell'articolazione tibio-fibulo-astragalica in posizione seduta ma riferisce una tumefazione e un dolore pulsante a carico del medio piede oltre che un iniziale disagio che si tramuta gradualmente in dolore ingravescente a carico del bacino e del basso schiena, ragione per cui non riesce a mantenere per lungo tempo la posizione assisa ma è costretto a cambiare posizione. Per questo motivo l'osservazione della CO 1 riguardo l'articolazione libera è corretta ma incompleta perché non viene posta l'attenzione sul piede in toto e sulla connessione muscolare con il bacino ." (doc. B 3, p. 4 –il corsivo è del redattore). Con rapporto datato 4 aprile 2016, le dott.sse _____ e _____, entrambe spec. FMH in chirurgia, hanno criticamente commentato il tenore delle considerazioni espresse dalla dott.ssa _____. In merito alla teoria secondo la quale un funzionamento alterato del piede può provocare dolori a livello delle articolazioni lombo-sacrali e sacro-iliache, i medici fiduciari dell'CO 1 hanno rilevato che essa potrebbe anche essere corretta, a condizione che ci si trovi in posizione eretta oppure seduta con le gambe a penzolini, ciò che non corrisponde a quanto è stato consigliato nel caso concreto. Inoltre, seguendo la catena muscolare, prima delle articolazioni lombo-sacrali e sacro-iliache, vi è quella del ginocchio, la quale, in caso di problema al piede, è la prima ad essere sollecitata. Di conseguenza, le dott.sse _____ e _____ hanno dichiarato di non poter condividere la valutazione della specialista privatamente consultata dall'assicurato, nel caso in cui quest'ultimo benefici di un posto di lavoro adattato in maniera ergonomica, che elimina quindi lo sviluppo di meccanismi compensatori (doc. VII 1, p. 3). Con referto del 12 febbraio 2016, il dott. _____ ha sostenuto che "è possibile ricollegare i dolori di cui soffre il paziente inerenti al piede quando è in posizione seduta ai suddetti disturbi ai

tessuti molli, ma non è probabile. I dolori maggiormente tipici sono quelli riferiti al carico.”. D’altra parte, il succitato medico curante specialista ha precisato che “... gli esami stabilometrici effettuati alla pedana non figurano tra gli strumenti che permettono di valutare i limiti funzionali. Ci troviamo di fronte a qualcosa che non si può obiettivare dal momento che il paziente può caricare diversamente il piede e così cambiare la posizione di esso.” (doc. E). Invitata dall’avv. RA 1 a pronunciarsi sul rapporto delle dott.sse _____ e _____, il 21 aprile 2016, la dott.ssa Schütz si è riconfermata nella propria valutazione, precisando che “inizialmente la teoria riguardo ad una posizione ergonomica risolutiva è valida, purtroppo con il tempo gli squilibri si fissano per alterazione strutturale permanente di muscoli e scheletro, quindi le misure ergonomiche non risultano più sufficienti, l’incidente subito dal Sig. RI 1 risale al 2010. Le catene muscolari alterate, lo squilibrio e la degenerazione scheletrica sono irreversibili, il bacino rimane sempre in torsione, sia in posizione eretta, assisa che supina, l’appoggio plantare per terra o su poggiapiedi non è risolutivo, una posizione assisa prolungata procura disagio e soprattutto dolore al paziente e lo costringe a cambiare posizione.” (doc. F). Con apprezzamento dell’11 maggio 2016, le dott.sse _____ e _____ hanno osservato che né la perizia 1° settembre 2013 del dott. _____, né il referto 25 aprile 2016 della dott.ssa _____, né ancora le obiezioni sollevate dall’avv. RA 1 sono atti a modificare le loro conclusioni (cfr. doc. XIII 1). In data 31 maggio 2016, il TCA ha chiesto al dott. _____ di precisare se “... tenuto conto unicamente dei postumi oggettivabili dell’infortunio dell’agosto 2010, l’assicurato sarebbe attualmente in grado di svolgere, senza limitazioni d’orario o di rendimento, un’attività lavorativa in posizione prevalentemente seduta, che non implichi spostamenti frequenti o prolungati, l’utilizzo di scale, né la deambulazione su terreno sconnesso” e se egli “... condivide la tesi della dott.ssa _____ ...” (doc. XVII). Questo il tenore della risposta da lui fornita in data 3 giugno 2016: “ (...). In merito a quanto richiesto, le confermo che il signor RI 1 è attualmente in grado di svolgere, senza limitazioni d’orario o di rendimento, un’attività lavorativa in posizione prevalentemente seduta, che non implichi spostamenti frequenti o prolungati, l’utilizzo di scale, né la deambulazione su terreno sconnesso . L’ideale sarebbe quindi di integrare il Signor RI 1 in un ambito lavorativo che soddisfi le summenzionate condizioni, come ad esempio lo svolgimento di lavori amministrativi. Per quanto riguarda la tesi sostenuta dalla Dr.ssa _____, posso esprimermi solo a livello ortopedico inerente al piede sinistro: il paziente, a mio modo di vedere, può svolgere un’attività lavorativa al 100% rispettando sempre le condizioni soprascritte.” (doc. XVIII – il corsivo è del redattore) 2.5. Chiamata ora a pronunciarsi nella concreta evenienza, questa Corte non vede alcun valido motivo che le impedisca di fare proprio l’apprezzamento dell’esigibilità lavorativa espresso dai medici fiduciari dell’CO 1, in base al quale RI 1 sarebbe in grado di svolgere, a tempo pieno e con un rendimento completo, un’attività lavorativa in posizione prevalentemente seduta, che non implichi spostamenti frequenti o prolungati, l’utilizzo di scale, né la deambulazione su terreno sconnesso. Va constatato che tale valutazione, espressa dal medico _____ a margine della visita di chiusura del 23 giugno 2015 (cfr. doc. 343), è stata più volte avallata dagli specialisti del Centro _____ di _____ (cfr. doc. 365, doc. VII 1 e doc. XIII 1), come pure dal medico curante specialista, il chirurgo ortopedico dott. _____ (cfr. doc. XVIII: “... il paziente, a mio modo di vedere, può svolgere un’attività lavorativa al 100% rispettando sempre le condizioni soprascritte.”). Questo Tribunale non ignora che, secondo il dott. _____ (cfr. doc. A 5) e la dott.ssa _____ (cfr. doc. 359, doc. B 1, doc. B 3 e

doc. F), l'insorgente presenterebbe una capacità lavorativa limitata anche in attività sostitutive adeguate, poiché egli non sarebbe in grado di mantenere la posizione seduta di lunga durata. Il rapporto del dott. _____ non appare tuttavia atto a sminuire il valore probatorio attribuito ai rapporti dei medici fiduciari dell'CO 1, nella misura in cui egli non ha minimamente motivato perché l'esercizio di un'attività seduta dovrebbe rivelarsi difficoltoso (per il resto, le limitazioni funzionali da lui descritte sono sovrapponibili a quelle indicate dal medico _____), così come hanno pertinentemente osservato le dott.sse _____ e _____ l'11 maggio 2016 (cfr. doc. XIII 1, p. 2: "Par contre dans ses conclusions il rajoute tout d'un coup une limitation lors d'activité professionnelle en position assise sans aucune explication ." – il corsivo è del redattore). D'altra parte, a proposito della teoria sostenuta dalla dott.ssa _____, secondo la quale un piede traumatizzato presentante un funzionamento alterato provoca squilibri all'origine d'alterazioni strutturali muscolari e scheletriche a livello del rachide e del bacino, il TCA osserva di aver già avuto modo in passato di pronunciarsi su questa problematica, facendo capo a perizie specialistiche. Ad esempio, nella causa sfociata nella sentenza 35.1999.92-93 del 4 maggio 2000, i periti giudiziari, i dottori _____ e _____, all'epoca primari presso la Clinica di chirurgia ortopedica dell'Ospedale _____ di _____, avevano spiegato che solo in casi eccezionali lo zoppicare può condurre a un sovraccarico del rachide: " Kann der Sachverständige bestätigen, dass es eine übliche und geläufige Erscheinung ist. Also als klinisch anerkannte Tatsache, dass ein körperlicher Schaden an einem unteren Beinteil, wie im Fall _____, im Laufe der Jahre zu degenerativen Pathologien, mit Invaliditätsfolgen, im Beckenbereich bzw. in der Wirbelsäule führt? Nein, ein Hinken führt nicht zu einer Überlastung der Wirbelsäule, solange keine schweren Deformationen vorliegen. Schwere Deformationen sind Veränderungen mit einer Beinlängendifferenz von > 5 cm oder einer Situation bei Hüftarthrodese, oder einer Muskelschwäche wie sie beispielsweise nach einer Poliomyelitis zu beobachten ist. Zudem müssen die Veränderungen sehr lange einwirken bis sie symptomatisch werden. Bei Herr _____. ist die Deformation/Beeinträchtigung des Gangbildes mässig, die Dauer eher kurz und bildgebend sind keine über die Altersnorm hinausgehende Veränderungen der Wirbelsäule feststellbar." (perizia 7.3.2000 della Clinica di chirurgia ortopedica dell'_____ di _____, p. 8s.) Tali principi sono stati costantemente confermati in successive pronunzie (cfr. STCA 35.2011.22 del 20 marzo 2012 consid. 2.3.3., 35.2006.93 del 26 luglio 2007 consid. 2.3.3., 35.2007.33 del 27 giugno 2007 consid. 2.5., 35.2006.73 del 14 giugno 2007 consid. 2.13., 35.2004.100 del 9 marzo 2005 consid. 2.8. e 35.2001.79 del 25 febbraio 2002 consid. 2.5.2.2., confermata dal TFA con sentenza U 122/02 del 28 maggio 2004 consid. 4.1, pubblicata in RtiD II-2004 n. 62). Più di recente, confrontato con una perizia di parte che metteva in dubbio la fondatezza della valutazione espressa a suo tempo dai dottori _____ e _____, questo Tribunale ha disposto l'allestimento di una perizia giudiziaria a cura del PD dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia. Chiamato segnatamente a precisare se condividesse o meno il parere degli specialisti bernesi, l'esperto giudiziario ha dichiarato che i principi sviluppati da questi ultimi sono pienamente condivisibili (" Das angeführte Zitat ist aus klinischer Erfahrung gut nachvollziehbar ") (cfr. STCA 35.2013.63 del 4 dicembre 2014 consid. 2.2.4.; si veda pure la STCA 35.2013.90 dell'11 dicembre 2014 consid. 2.7., confermata dall'Alta Corte con sentenza 8C_66/2015 del 3 novembre 2015 consid. 3.1). Il caso di RI 1 non rientra fra quelli limite enumerati dai dottori _____ e _____. Da un lato, dalla documentazione agli atti non risulta che l'assicurato presenti una dismetria

degli arti inferiori (cfr. doc. 365: “Nel caso concreto, lo stato dopo molteplici artrodesi del piede sinistro non ha modificato la lunghezza degli arti inferiori , di modo che non entra in considerazione uno squilibrio del bacino senza calzature.” – il corsivo è del redattore). Dall'altro, i disturbi al rachide sono apparsi, al più tardi , nel giugno 2015 (al riguardo, si veda il doc. 343, p. 2: “Lamenta mal di schiena ...”). Al proposito, va sottolineato che nella fattispecie di cui alla STCA 35.1999.92-93, la sindrome lombare era insorta circa 8 anni dopo l'evento traumatico che aveva interessato il piede destro. Il TCA ritiene che quanto precede sia senz'altro atto a generare dubbi circa la fondatezza della tesi difesa dalla dott.ssa _____. Del resto, va segnalato che, in una recente sentenza 8C_624/2015 del 25 gennaio 2016 consid. 3.2.1, riguardante un'assicurata che soffriva di disturbi residuali localizzati all'articolazione tibiotarsica e a quella sottoastragalica sinistra in stato dopo molteplici interventi chirurgici al piede sinistro, pronunciata artrosi attiva a livello dell'articolazione di Lisfranc/tarso-metatarsale e completa consolidazione dell'artrodesi nella regione dell'articolazione sottoastragalica/mesopiede, il Tribunale federale ha ammesso una capacità lavorativa del 100% in un'attività confacente ai disturbi interessanti il piede (in questo stesso senso, si vedano pure la STFA U 93/04 del 14 febbraio 2005 consid. 5, concernente un assicurato che presentava le sequele di una frattura del calcagno destro e la STFA U 38/01 del 5 giugno 2003 consid. 5.2.1, inerente un assicurato che, a seguito di un'importante frattura comminuta del pilone tibiale con frattura del malleolo laterale, aveva reliquato una grave artrosi alle articolazioni tibiotarsica e sottoastragalica, così come un'artrodesi della tibiotarsica sinistra). Tutto ben considerato, quindi, occorre ritenere accertato, perlomeno con il grado di verosimiglianza richiesto dalla giurisprudenza federale, che il ricorrente sarebbe in grado di esercitare un'attività lavorativa confacente al suo stato di salute infortunistico nella misura del 100%. 2.6. Si tratta ora di valutare le conseguenze economiche del danno alla salute infortunistico. Per quanto concerne il reddito da valido , secondo l'CO 1, l'insorgente avrebbe guadagnato nel 2015, qualora non fosse rimasto vittima dell'infortunio assicurato, un importo annuo di fr. 59'831.20 . Questo dato – desunto dalle informazioni fornite direttamente dall'ex datore di lavoro (cfr. doc. 349) e non contestato dal ricorrente - può senz'altro essere fatto proprio dal TCA. 2.7. Per quanto riguarda il reddito da invalido , la giurisprudenza federale si fonda sui criteri fissati nelle sentenze pubblicate in DTF 126 V 75 seg. e in DTF 129 V 472 seg. Nella prima sentenza di principio la Corte ha stabilito che ai fini della determinazione del reddito da invalido fa stato in primo luogo la situazione professionale e salariale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti) . Qualora difettino indicazioni economiche effettive, possono, conformemente alla giurisprudenza, essere ritenuti i dati forniti dalle statistiche salariali. La questione di sapere se e in quale misura al caso i salari fondati su dati statistici debbano essere ridotti dipende dall'insieme delle circostanze personali e professionali del caso concreto (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione), criteri questi che l'amministrazione è tenuta a valutare globalmente. La Corte ha precisato, al riguardo, come una deduzione massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Il Tribunale federale delle assicurazioni ha poi ancora rilevato, nella medesima sentenza, che, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza

valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione. Nella seconda sentenza di principio il TFA ha fissato i criteri da adempiere affinché il reddito da invalido possa essere validamente determinato sulla base dei salari DPL. In quella sede, la nostra Corte federale ha rilevato che, oltre a produrre almeno cinque DPL, l'assicuratore infortuni è tenuto a fornire indicazioni sul numero totale dei posti di lavoro entranti in linea di considerazione a dipendenza dell'impedimento concreto, come pure sul salario più elevato, su quello più basso, nonché su quello medio del gruppo cui è fatto riferimento.

2.8. Nella presente fattispecie, l'assicuratore LAINF convenuto ha determinato il reddito ancora esigibile dall'assicurato nonostante il danno alla salute infortunistico, mediante il metodo delle DPL. È pertanto risultato che nelle attività sostitutive che l'insorgente sarebbe stato in grado di esercitare, e meglio il cassiere presso la _____ di _____, l'estrusore per stampaggio a iniezione presso la _____ di _____, l'aiuto orologiaio presso la _____ di _____, l'aiuto d'ufficio presso la _____ di _____ e, infine, il raffilatore presso la _____ di _____, i dipendenti di tali ditte percepivano in media, nel 2015, un reddito annuo pari a fr. 50'148.40 (cfr. doc. 352, p. 2). D'altro canto, sempre in conformità alla giurisprudenza suvocata, l'assicuratore infortuni ha fornito informazioni sul numero globale dei posti di lavoro che entrano in linea di conto alla luce degli impedimenti presentati dall'assicurato, sul salario massimo e minimo, così come sul salario medio. In effetti, dalla tabella di cui al doc. 352, p. 2 si evince che sono 28 i posti di lavoro che entrano in considerazione, che i salari minimo e massimo ammontano, rispettivamente, a fr. 36'000 e a 71'370, e infine che quello medio è di fr. 49'755. Il TCA constata che il valore considerato dall'assicuratore LAINF convenuto (fr. 50'148.40) è leggermente superiore rispetto alla media dei salari medi (fr. 49'755). In base alla giurisprudenza, ciò non è però sufficiente per dubitare della rappresentatività del reddito da invalido stabilito in base alle DPL. In effetti, in una sentenza U 594/06 del 26 aprile 2007, l'Alta Corte è pervenuta a questa stessa conclusione trattandosi di una differenza dell'8% circa (cfr., pure, la STCA 35.2005.90 del 22 maggio 2006 consid. 2.9., in cui questo Tribunale ha deciso di fare propria la prassi dell'RA 1 secondo la quale sono di principio tollerati scostamenti sino al 10%). In conclusione - assodato che i cinque posti di lavoro segnalati dall'istituto rispettano le limitazioni funzionali derivanti dal danno alla salute infortunistico (soprattutto nella misura in cui si tratta di attività da svolgere in posizione prevalentemente seduta) -, il reddito da invalido è stato validamente determinato in base alle DPL. Esso ammonta a fr. 50'148.40. Decurtazioni sul reddito da invalido stabilito in applicazione delle DPL non possono entrare in linea di conto, considerato il sistema stesso su cui si fonda questa modalità di fissazione del reddito (cfr. DTF 129 V 472, consid. 4.2.3).

2.9. Il grado d'invalidità dell'insorgente - determinato confrontando i fr. 50'148.40 al reddito che egli avrebbe potuto conseguire senza il danno alla salute, e cioè fr. 59'831.20, risulta essere del 16.18%, arrotondato al 16% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2 (= SVR 2004 UV Nr. 11 p. 41). Posto che RI 1 è stato posto al beneficio di una rendita d'invalidità proprio del 16%, la decisione su opposizione impugnata deve essere confermata.