

TI_GERICHTE 35.2016.35 vom 24. April 2017

TI Tribunale d'appello, 2017-04-24, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2016.35

FR: TI_GERICHTE 35.2016.35 du 24 avril 2017

IT: TI_GERICHTE 35.2016.35 del 24 aprile 2017

Regeste

Estinzione del nesso di causalità naturale. Determinazione del grado d'incapacità lavorativa e corrispondente diritto all'indennità giornaliera

Erwägungen

E. 5

b/bb, 118 V 286 e 117 V 365 in fine ; cfr., pure, U. Meyer-Blaser, Kausalitätsfragen aus dem Gebiet des Sozialversicherungsrechts, in SZS 2/1994, p. 104s. e M. Frésard, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], n. 39). 2.2.3. Nella concreta evenienza, dalla decisione su opposizione impugnata risulta che la posizione dell'assicuratore convenuto è essenzialmente fondata sul parere del proprio medico consulente (cfr. doc. 79). In occasione della visita di controllo del 20 agosto 2015, il dott. _____, spec. FMH in medicina interna, ha osservato che i disturbi denunciati dall'assicurata apparivano "... in contrasto con l'esame clinico che risulta blando e con l'esame RM che non ha evidenziato lesioni maggiori", rinviando comunque la definizione di questo aspetto una volta a conoscenza delle risultanze del consulto presso il dott. _____ e di quelle della RMN della caviglia sinistra. D'altro canto, egli ha rilevato che l'insorgente presentava già da alcuni anni "... problemi a carico della caviglia sx che risultava dolente sotto carico se non sostenuta da una cavigliera, in esiti di traumi distorsivi ripetuti nell'adolescenza.". A proposito della capacità lavorativa, a suo avviso, "tenuto conto del mansionario di un'assistente di studio medico, ritengo che l'assicurata sia in grado di lavorare sull'arco dell'intera giornata con rendimento almeno dell'80%. Può infatti svolgere senza limitazioni tutti i lavori sedentari e non deve forzatamente mantenere a lungo la posizione eretta né deambulare su lunghi tratti o su scale o su terreno sconnesso. L'incapacità lavorativa dell'ordine del 20% è giustificata dalla necessità di effettuare di tanto in tanto delle pause e dalla diminuita velocità di deambulazione." (doc. 45). L'esame di artro-RMN della caviglia sinistra del 28 agosto 2015 ha evidenziato uno "... sfumato edema osseo nell'astragalo dopo pregressa lesione legamentare del tarso che non risulta ancora completamente guarita con comparsa di gandolino nell'articolazione talo-navicolare ma normale rappresentazione del legamento calcagno-navicolare e buona continuità del legamento talo-navicolare superiore che è elongato e assottigliato." (doc. 46). Invitato dall'amministrazione a prendere posizione sugli esiti dell'artro-RMN, in data 2 settembre 2015, il dott. _____ ha affermato che l'esame in questione permetteva "... di spiegare almeno in parte i disturbi residui alla caviglia sx. Per una valutazione conclusiva, è opportuno attendere la visita dello specialista reumatologo Dr. med. _____ prevista a fine settembre. Per quanto riguarda la capacità lavorativa, i nuovi elementi non modificano la mia valutazione del 20.08.15." (doc. 47). Con certificazione del 7 settembre 2015, il medico curante specialista dell'assicurata, dott. _____, spec. FMH in chirurgia

ortopedica e traumatologia, ha attestato un'inabilità lavorativa del 50%, tenuto conto delle risultanze dell'esame strumentale per immagini succitato (cfr. doc. 48). Il 18 settembre 2015 ha avuto luogo la consultazione presso il dott. _____, spec. FMH in reumatologia, il quale ha proceduto a eseguire una sonografia funzionale della caviglia sinistra. Dal relativo referto si evince che è stata refertata l'esistenza di "edema e gonfiore delle parti molli sul lato esterno con presenza di una moderata tendovaginite a livello del tendine peroneo. All'esame power Doppler nessuna vascolarizzazione, restante apparato tendineo ventrale, laterale o dorsale con struttura ecogena omogenea, assenza di liquido peritendinoso." Lo specialista ha quindi diagnosticato una moderata tendovaginite di origine meccanica a livello della caviglia di sinistra (doc. 51). A margine della visita di controllo del 16 ottobre 2015, il dott. _____ ha riscontrato, all'esame clinico, "... una caviglia asciutta, fresca, stabile, non particolarmente dolente alla palpazione profonda." e ha consigliato all'assicurata di "... proseguire con l'inabilità lavorativa al 50% ma di iniziare a forzare in modo graduale progressivo la caviglia, visto che verrà rivista fra 6 giorni dal Dr. _____. Attendo il risultato della valutazione del Dr. _____ e la paziente verrà rivista verso la fine di ottobre per decidere, qualora tutto dovesse essersi risolto in modo positivo, per una ripresa dell'attività lavorativa graduale fino all'inserimento completo." (doc. 58). Con apprezzamento del 20 ottobre 2015, il dott. _____ ha dichiarato "... raggiunto lo status quo sine, per quanto riguarda le conseguenze dell'infortunio del 27.08.14. Ricordo che già prima di questo evento l'assicurata accusava disturbi cronici a carico della caviglia sx, a causa dei quali doveva portare una cavigliera di sostegno durante l'attività sportiva. I reperti attuali (modesto edema osseo del talo e tendo-vaginite del peroneo lungo) non sono in relazione di causalità prevalentemente probabile con l'evento del 27.08.14. È possibile che questo evento abbia provocato il temporaneo peggioramento di uno stato pregresso ma a distanza di oltre un anno il nesso di causalità naturale non è più presente ed è ora stato raggiunto con sicurezza lo status quo sine. Ritengo che gli esami RM del 28.08.15, la visita medica del Dr. med. _____ 07.09.15 e la visita del Dr. med. _____ 18.09.15 siano ancora di pertinenza dell'Assicurazione LAINF, perlomeno a scopo delucidatorio. A inizio ottobre 2015 è stato raggiunto lo status quo sine e il nesso di causalità naturale non è più dato. Per quanto riguarda la capacità lavorativa, confermo la mia precedente valutazione, con capacità lavorativa dell'80% per la professione abituale di aiuto medico e capacità lavorativa completa in un'attività piuttosto sedentaria, dal momento della mia visita del 20.08.15." (doc. 59 – il corsivo è del redattore). In data 19 ottobre 2015, l'insorgente, la quale era nel frattempo (da gennaio 2015) entrata alle dipendenze dello studio della dott.ssa _____ (il cui personale era assicurato contro gli infortuni presso la _____), mentre correva su un fondo in cemento, ha lamentato una nuova distorsione alla caviglia sinistra (cfr. doc. 60). Il 29 ottobre 2015, ella ha consultato il dott. _____, il quale all'esame ecografico (eseguito in data 21 ottobre 2015 – cfr. doc. AA) ha refertato un importante edema e tumefazione nella regione perimalleolare e del dorso del piede lateralmente, attestando un'abilità lavorativa del 50% in un lavoro (solo) sedentario (cfr. doc. 63). A margine della visita di controllo del 1° dicembre 2015, il medico curante specialista ha riferito che l'assicurata si era nel frattempo sottoposta a un'artro-RMN della caviglia sinistra, esame che non aveva mostrato lesioni né osteocondrali né legamentari. D'altro canto, l'esame clinico non aveva evidenziato un'instabilità dell'articolazione tibio-tarsica. Il dott. _____ ha quindi dichiarato RI I completamente abile al lavoro dal 1° dicembre 2015 (cfr. doc. 64). Interpellato al riguardo dall'amministrazione, il dott. _____ ha dichiarato che, avendo raggiunto l'insorgente lo status quo sine, poteva

essere a priori negato un diritto all'IMI (doc. 68/1). Con rapporto 26 gennaio 2016 indirizzato all'assicuratore convenuto, il dott. _____ ha precisato che l'arto-RMN non aveva evidenziato lesioni osteocondrali e legamentarie, ma bensì "...una forte infiammazione dei tendini, sia peronei che del comparto mediale, verosimilmente legata ad una ipotrofia della muscolatura della gamba di sinistra ed infiammazione dei tendini dei muscoli stessi." (doc. 78; si veda pure il doc. C). Invitato dalla patrocinatrice dell'assicurato a rispondere a una serie di domande, il dott. _____ ha segnatamente dichiarato che a lui non risulta che "... la paziente abbia avuto precedenti traumi alla caviglia sinistra o quanto meno la paziente non me ne ha mai reso edotto", che "non essendo a conoscenza di precedenti eventi traumatici posso dedurre che le lesioni descritte dal Dr. _____ nel suo rapporto del 30 settembre 2014 possono essere connesse all'infortunio avvenuto il 12 agosto 2014" e che la ricorrente soffre di "... un edema ed il gonfiore delle parti molli sul lato esterno, con presenza di moderata tendovaginite a livello del peroneo, diagnosticata dal Dr. _____ il 18 settembre 2015". Il curante ha infine ribadito che, a suo avviso, "gli attuali problemi della paziente sono connessi all'infortunio del 12 agosto 2014." (doc. R). Fra gli atti di causa figura infine il rapporto relativo alla consultazione 24 gennaio 2017 presso il dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica presso il _____ di _____. Esaminate le immagini delle RMN eseguite da settembre 2014 a novembre 2015, lo specialista privatamente consultato dall'assicurata ha spiegato che, inizialmente, era presente un lieve bone bruise a livello talare, che con il tempo è guarito. A suo avviso, le suddette immagini non evidenziano una sicura lesione legamentare nella regione anterolaterale, in presenza di legamenti ben riconoscibili già sulle radiografie del 30 settembre 2014. Il dott. _____ ha tuttavia osservato che la RMN del 28 agosto 2015 mostra un parziale distacco del retinacolo del tendine peroneo, visibile anche sulla RMN del 27 novembre 2015, che fa sospettare la presenza di un'instabilità parziale oppure di una sublussazione del tendine peroneo breve, precisando di non avere riscontrato, all'esame clinico, un chiaro correlato. Egli ha comunque auspicato l'esecuzione di una risonanza magnetica di decorso, soprattutto per valutare il tendine peroneale e il suo retinacolo. D'altro canto, in presenza di dolori irradianti dalla caviglia verso prossimale sino alla testa della fibula, il chirurgo ortopedico ha sostenuto che occorre pensare a un'irritazione del nervo peroneo nel senso di una neuroaprassia, che potrebbe trovarsi in nesso causale naturale con l'infortunio dell'agosto 2014. Egli ha quindi consigliato un approfondimento neurologico (cfr. doc. XIX 1).

2.2.4. Per costante giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale mentre invece nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (cfr. RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STFA U 259/02 dell'8 luglio 2003 consid. 2.1.1; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in BJM 1989, p. 30ss.). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10 p. 33 ss. e RAMI 1999 U 356 p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Nella DTF 135 V 465, il Tribunale federale ha precisato che

il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve, a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. Per quel che concerne il valore probante di un rapporto medico, determinante è che esso sia completo sui temi sollevati, che sia fondato su esami approfonditi, che tenga conto delle censure sollevate dalla persona esaminata, che sia stato redatto in piena conoscenza dell'anamnesi, che sia chiaro nella presentazione del contesto medico e che le conclusioni dell'esperto siano motivate (cfr. SVR 2002 IV Nr. 21 p. 63; DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191ss.; DTF 122 V 160 ss., consid. 1c e riferimenti). L'elemento rilevante per decidere circa il valore probante, non è né l'origine del mezzo di prova né la sua designazione quale rapporto oppure quale perizia, ma semplicemente il suo contenuto (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti). E' infine utile osservare che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va, tuttavia, precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (cfr. STFA I 811/03 del 31 gennaio 2005, consid. 5 in fine; STFA I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV Nr. 10 p. 35 consid. 4b).

2.2.5. Chiamato a pronunciarsi a proposito della pretesa estinzione del nesso di causalità naturale a far tempo dal 1° ottobre 2015, questo Tribunale ritiene che il relativo parere del dott. _____ non consenta di concludere, con la necessaria tranquillità, che RI 1 avrebbe raggiunto in quella data lo status quo sine a margine dell'evento infortunistico dell'agosto 2014. In particolare, secondo il TCA, il referto 24 gennaio 2017 del dott. _____ - sino alla fine del 2013 primario di chirurgia del piede presso la _____ di _____ e, pertanto, particolarmente qualificato a pronunciarsi nella materia che qui interessa -, nella misura in cui vi si sostiene che la fattispecie medica va completata con una RMN di decorso per verificare l'esistenza di un'instabilità parziale o di una sublussazione del tendine peroneo breve legate a un parziale distacco del retinacolo del tendine peroneo (che già figurava sulle immagini della risonanza dell'agosto 2015, quindi antecedentemente alla chiusura del caso), rispettivamente con un'indagine neurologica per verificare la presenza di una neuroaprassia del nervo peroneo, è atto a generare dei dubbi circa l'affidabilità della valutazione espressa dal consulente medico della CO 1. Al riguardo, occorre sottolineare che il dott. _____ ha dichiarato estinta la causalità naturale sulla scorta degli esiti della sonografia del 18 settembre 2015, la quale aveva evidenziato una tendovaginite peroneale, affezione, da lui giudicata di eziologia morbosa, diversa da quelle che, secondo il dott. _____, meritano di essere approfondite. In queste condizioni, l'assicuratore LAINF convenuto ha omesso di accertare in modo appropriato i fatti giuridicamente rilevanti, violando in tal modo il disposto di cui all'art. 43 cpv. 1 LPG. 2.2.6. In una sentenza di principio 9C_243/2010 del 28 giugno 2011, pubblicata in DTF 137 V 210, il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche rivolte alla giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; art.

72bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione. In quella pronunzia, l'Alta Corte ha pure precisato in quali casi il Tribunale cantonale deve allestire direttamente una perizia giudiziaria e in quali altri può rinviare gli atti all'assicuratore per un complemento istruttorio. Il TF ha, al riguardo, sviluppato le seguenti considerazioni: " (...).

4.4.1.1 Ist das Gutachten einer versicherungsinternen oder -externen Stelle nicht schlüssig und kann die offene Tatfrage nicht anhand anderer Beweismittel geklärt werden, so stellt sich das Problem, inwieweit die mit der Streitsache befasste Beschwerdeinstanz noch die Wahl haben soll zwischen einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung, damit diese eine neue oder ergänzende Expertise veranlasse, und der Einholung eines Gerichtsgutachtens. Das Bundesgericht hat dazu jüngst festgehalten, die den kantonalen Gerichten zufallende Kompetenz zur vollen Tatsachenprüfung (Art. 61 lit. c ATSG) sei nötigenfalls durch Einholung gerichtlicher Expertisen auszuschöpfen (BGE 136 V 376 E. 4.2.3 S. 381). Dies schliesst ein, dass die erstinstanzlichen Gerichte diese Befugnis nicht ohne Not durch Rückweisung an die Verwaltung delegieren dürfen.

4.4.1.2 Die Vorteile von Gerichtsgutachten (anstelle einer Rückweisung an die IV-Stelle) liegen in der Straffung des Gesamtverfahrens und in einer beschleunigten Rechtsgewährung. Die direkte Durchführung der Beweissmassnahme durch die Beschwerdeinstanz mindert das Risiko von - für die öffentliche Hand und die versicherte Person - unzumutbaren multiplen Begutachtungen. Zwar gilt die Sozialversicherungsverwaltung mit Blick auf die differenzierten Aufgaben und die dementsprechend unterschiedliche funktionelle und instrumentelle Ausstattung der Behörden in der Instanzenabfolge im Vergleich mit der Justiz als regelmässig besser geeignet, Entscheidungsgrundlagen zu vervollständigen (BGE 131 V 407 E. 2.1.1 S. 411). In der hier massgebenden Verfahrenssituation schlägt diese Rechtfertigung für eine Rückweisung indessen nicht durch.

4.4.1.3 Die Einschränkung der Befugnis der Sozialversicherungsgerichte, eine Streitsache zur neuen Begutachtung an die Verwaltung zurückzuweisen, verhält sich komplementär zu den (gemäss geänderter Rechtsprechung) bestehenden partizipativen Rechten der versicherten Person im Zusammenhang mit der Anordnung eines Administrativgutachtens (Art. 44 ATSG; vgl. oben E. 3.4). Letztere tragen zur prospektiven Chancengleichheit bei, derweil das Gebot, im Falle einer Beanstandung des Administrativgutachtens eine Gerichtsexpertise einzuholen, die Waffengleichheit im Prozess gewährleistet, wo dies nach der konkreten Beweislage angezeigt ist. Insoweit ist die ständige Rechtsprechung, wonach das (kantonale) Gericht prinzipiell die freie Wahl hat, bei festgestellter Abklärungsbedürftigkeit die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen oder aber selber zur Herstellung der Spruchreife zu schreiten (vgl. statt vieler ARV 1997 Nr. 18 S. 85 E. 5d mit Hinweisen, C 85/95; Urteil vom 11. April 2000 E. 3b, H 355/99), zu ändern.

4.4.1.4 Freilich ist es weder unter praktischen noch rechtlichen Gesichtspunkten - und nicht einmal aus Sicht des Anliegens, die Einwirkungsmöglichkeiten auf die Erhebung des medizinischen Sachverhalts fair zu verteilen - angebracht, in jedem Beschwerdefall auf der Grundlage eines Gerichtsgutachtens zu urteilen. Insbesondere ist der Umstand, dass die MEDAS von der Invalidenversicherung finanziert werden, kein genügendes Motiv dafür. Doch drängt sich auf, dass die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten einholt, wenn sie einen (im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen) medizinischen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist (vgl. die Kritik an der bisherigen Rückweisungspraxis bei Niederberger, a.a.O., S. 144 ff.). Die betreffende Beweiserhebung erfolgt alsdann vor der - anschliessend reformatorisch entscheidenden - Beschwerdeinstanz

selber statt über eine Rückweisung an die Verwaltung. Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (siehe beispielsweise das Urteil 9C_646/2010 vom 23. Februar 2011 E. 4; vgl. auch SVR 2010 IV Nr. 49 S. 151 E. 3.5, 9C_85/2009).” (DTF 137 V 263-265) In una sentenza 8C_59/2011 del 10 agosto 2011 - dunque successiva a quella pubblicata in DTF 137 V 210 -, emanata in materia di assicurazione contro gli infortuni, il Tribunale federale ha ribadito i principi sviluppati nella DTF 135 V 465, in particolare che, in presenza di dubbi circa l’affidabilità di rapporti allestiti da medici di fiducia, il giudice (cantonale) è libero di scegliere se ordinare direttamente una perizia giudiziaria oppure rinviare gli atti all’amministrazione affinché disponga essa stessa una perizia seguendo la procedura di cui all’art. 44 LPG: " Um solche Zweifel auszuräumen, wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 135 V 465 E. 4.6 S. 471).” (STF 8C_59/2011 consid. 5.2) Nella presente fattispecie, il TCA ritiene che siano soddisfatti i presupposti per un rinvio degli atti all’amministrazione (cfr. STF 8C_59/2011 del 10 agosto 2011 e DTF 135 V 465), già per il solo fatto che essa ha fondato la decisione impugnata sul solo parere del proprio consulente medico (per un caso analogo, si veda la STF 8C_757/2014 del 16 gennaio 2015 consid. 3.2). S i giustifica dunque l’annullamento della decisione su opposizione impugnata perlomeno nella misura in cui il nesso causale naturale con il sinistro assicurato è stato dichiarato estinto dal 1° ottobre 2015. Gli atti sono rinviati all’istituto convenuto affinché disponga un approfondimento peritale volto a determinare l’eziologia dei disturbi alla caviglia sinistra dopo il 30 settembre 2015 e decida nuovamente in merito al diritto alle prestazioni a decorrere dal 1° ottobre 2015. 2.3. Grado di capacità lavorativa dell’assicurata a contare dal 1° maggio 2015? 2.3.1. Secondo l’art. 16 LAINF, l’assicurato totalmente o parzialmente incapace di lavorare a seguito d’infortunio o di malattia professionale ha diritto all’indennità giornaliera. Giusta l’art. 6 LPG, è considerata incapacità al lavoro qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica, di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo d’attività abituale. In caso d’incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un’altra professione o campo d’attività. L’entità dell’incapacità lavorativa (e, quindi, il diritto all’indennità giornaliera ex art. 16 LAINF) deve essere valutata considerando le mansioni che l’assicurato è concretamente chiamato a compiere nell’esercizio della sua abituale professione. Nella RAMI 2004 U 529, p. 572 ss, consid. 1.4., il TFA ha precisato che la definizione di incapacità al lavoro, così come quelle d’incapacità al guadagno e d’invalidità contenute nella LPG, corrispondono alle definizioni e ai principi dell’assicurazione contro gli infortuni elaborati finora dalla giurisprudenza. La questione di sapere se l’assicurato sia o meno incapace di lavorare in misura giustificante il riconoscimento del diritto a prestazioni deve essere valutata sulla base dei fatti forniti dal medico. Spetta al medico fornire una precisa descrizione dello stato di salute dell’assicurato e tracciare un esatto quadro degli impedimenti ch’egli incontra nell’esplicare determinate funzioni. Il medico indicherà per prima cosa se l’assicurato può ancora svolgere la sua professione, precisando quali sono le controindicazioni in quell’attività. Determinante ai fini della graduazione dell’incapacità lavorativa non è

comunque l'apprezzamento medico-teorico, bensì la diminuzione della capacità di lavoro che effettivamente risulta dall'impedimento (RAMI 1987 K 720 p. 106 consid. 2, U 27 p. 394 consid. 2b e giurisprudenza ivi citata; RJAM 1982 n. 482 p. 79 consid. 2). L'assicurato che rinuncia a utilizzare la sua residua capacità oppure che non mette in atto i provvedimenti da lui ragionevolmente esigibili per sfruttare al meglio la propria capacità lavorativa è, ciò nonostante, giudicato per l'attività che egli potrebbe esercitare dimostrando buona volontà. Carenze di volontà risultanti da un'anomalia caratteriale non sono prese in considerazione nell'ambito dell'assicurazione infortuni: possono essere, tutt'al più, considerate nell'ambito dell'assicurazione malattia se la loro causa è da ricercare in un'affezione patologica (DTF 101 V 145 consid. 2b; 111 V 239 consid. 1b e 2a; RAMI 1986 p. 56; 1987 p. 105 consid. 2; 1987 p. 393 consid. 2b; 1989 p. 106 consid. 1d; Ghélew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), Losanna 1992, p. 91).

2.3.2. Nel caso di specie, dalle carte processuali si evince che la CO 1 ha corrisposto all'insorgente indennità giornaliera del 100% dall'agosto 2014 all'11 gennaio 2015, del 50% dal 12 gennaio al 23 marzo 2015 e del 20% dal 24 marzo al 31 agosto 2015. A contare dal 1° settembre 2015 RI 1 è stata ritenuta completamente abile al lavoro (cfr. doc. 56 e doc. 79, p. 13). La ricorrente pretende invece di aver diritto a indennità giornaliera del 50% durante il periodo 1° maggio – 30 novembre 2015 (e, successivamente, secondo ulteriore valutazione specialistica) (cfr. doc. I, p. 15). Preliminarmente, ricordato che la questione dell'esistenza di postumi infortunistici al di là del 30 settembre 2015 è oggetto di rinvio per ulteriori accertamenti (cfr. supra, consid. 2.2.6.), questa Corte è legittimata a pronunciarsi in merito al grado della capacità lavorativa dell'insorgente, soltanto sino a quella data. Fatta questa premessa, il TCA osserva che, in occasione della visita fiduciaria del 20 agosto 2015, il dott. _____ ha dichiarato l'assicurata in grado di svolgere la sua abituale professione di assistente medico a tempo pieno ma con un rendimento dell'80%, giustificando tale discapito con la necessità di effettuare di tanto in tanto delle pause e con una diminuita velocità di deambulazione (cfr. doc. 45, p. 4). Con apprezzamento del 20 ottobre 2015, egli ha confermato l'esistenza di una capacità lavorativa dell'80% nell'abituale attività lavorativa "... dal momento della mia visita del 20.08.15 ." (doc. 59, p. 1 – il corsivo è del redattore). Se ne deduce pertanto che per stabilire il grado di capacità lavorativa dell'insorgente per il periodo precedente il 20 agosto 2015, in assenza di altre certificazioni mediche, questa Corte non può far altro che affidarsi ai gradi d'inabilità attestati dal curante in occasione delle diverse visite di controllo. In questo senso, va constatato che, a margine del consulto del 23 aprile 2015, il chirurgo ortopedico dott. _____, refertata "un'importante dolorabilità a carico della muscolatura dei peronei con compromissione dei tendini peronei stessi sul loro decorso", ha certificato un'inabilità del 50% dal 24 aprile e del 20% dal

E. 9

maggio 2015 (cfr. doc. 26 e p. 143/inc. AI). Con certificato del 19 maggio 2015, egli ha fatto stato della presenza di "... una caviglia tumefatta, con una limitazione articolare sui gradi massimi di flessione dorsale ed estensoria del piede di sinistra" ed ha quindi attestato un'incapacità del 50% a far tempo dal 19 maggio 2015 (p. 98 e 142/inc. AI). Con rapporto dell'11 giugno 2015 indirizzato all'amministrazione, il dott. _____ ha precisato che "... alla paziente non era stata nuovamente aumentata in data 19.05.2015 l'inabilità lavorativa al 50% per continuare la fisiokinesiterapia, ma la caviglia della paziente richiedeva un riposo in quanto si era nuovamente tumefatta e la paziente lamentava dolori e limitazioni funzionali articolari." (doc. 33). In data 25 giugno 2015, il medico curante ha

dichiarato l'assicurata ulteriormente inabile al lavoro nella misura del 50% (cfr. doc. 35). Lo stesso in occasione della visita del 30 luglio 2015 (cfr. doc. 42). Sulla scorta di quanto precede, secondo questo Tribunale, è assodato, con un sufficiente grado di verosimiglianza, che RI 1 ha presentato un'inabilità lavorativa del 50% dal 1° all'8 maggio 2015, del 20% dal 9 al 18 maggio 2015 e, di nuovo, del 50% dal 19 maggio sino al 19 agosto 2015. Per quanto concerne il periodo che va dal 20 agosto al 30 settembre 2015, il TCA osserva che l'assicuratore convenuto non era legittimato, facendo capo all'apprezzamento del dott. _____, a ritenere che l'assicurata avesse recuperato una piena capacità lavorativa a contare dal 1° settembre 2015 (e, quindi, a negarle il diritto a ulteriori indennità). In effetti, ancora con il rapporto del 20 ottobre 2015, il fiduciario ha attestato l'esistenza di un'incapacità lavorativa del 20% nella professione di aiuto medico (cfr. doc. 59). Ora, è utile segnalare che di principio l'incapacità lavorativa si valuta proprio in funzione della professione esercitata sino ad allora dalla persona assicurata (cfr. J.-M. Frésard/M. Moser-Szeless, *L'assurance-accidents obligatoire*, in *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit*, 2a ed., p. 895 n. 152). È vero che la seconda frase dell'art. 6 LPG recita che in caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività. Tuttavia, secondo la giurisprudenza, nel caso in cui, in virtù del principio della riduzione del danno, è esigibile che la persona assicurata cambi professione, deve comunque esserle concesso un termine adeguato - di regola dai 3 ai 5 mesi - per adattarsi alle mutate circostanze, così come per ricercare una nuova occupazione, termine durante il quale l'assicuratore è tenuto a corrispondere l'indennità giornaliera versata in precedenza (cfr. STF 9C_787/2012 del 20 dicembre 2012; DTF 114 V 289 consid. 5b; STFA U 194/03 del 14 giugno 2004, consid. 5.3; sul tema, si veda pure Frésard/Moser-Szeless, *op. cit.*, n. 153). Trascorso tale termine, il grado d'incapacità lavorativa determinante per la fissazione dell'indennità giornaliera, corrisponde alla differenza tra il reddito che l'assicurato avrebbe potuto realizzare nella sua precedente professione senza l'infortunio e il reddito che egli potrebbe conseguire in un'attività adeguata (DTF 114 V 286 consid. 3c; RAMI 1994 K 935, p. 115 consid. 1). In esito a quanto precede, la questione che si pone è dunque quella di sapere se, durante il periodo in questione, la ricorrente poteva esercitare il proprio lavoro in misura dell'80 oppure soltanto del 50%. A margine della visita fiduciaria del 20 agosto 2015, il dott. _____ ha refertato una deambulazione senza zoppie, uno stato locale della caviglia sinistra normale, un'articolazione stabile e normalmente mobile, come pure l'assenza di segni flogistici. Tenuto conto di ciò e del genere di mansioni che è chiamata a svolgere un'aiuto medico, egli ha attestato un'inabilità lavorativa del 20% (cfr. doc. 45). In seguito, il fiduciario ha confermato tale valutazione anche alla luce degli esiti dell'artro-RMN del 28 agosto 2015 (cfr. doc. 47). Da parte sua, in occasione del consulto del 7 settembre 2015, il dott. _____ ha riferito che la paziente continuava a lamentare algie soprattutto a livello del comparto laterale e nel momento del carico all'interno dell'articolazione tibio-tarsica, e l'ha dichiarata ulteriormente inabile nella misura del 50% (doc. 48). Tutto ben considerato, questo Tribunale ritiene di poter fare proprio il grado della capacità lavorativa attestato dal dott. _____, al termine di un'accurata visita personale dell'assicurata. Egli svolge da anni la funzione di medico fiduciario ed è pertanto in grado di valutare con cognizione di causa lo stato valetudinario della persona assicurata. D'altro canto, quale titolare di uno studio medico, è ben a conoscenza delle mansioni che incombono a un'aiuto-medico. È vero che, in data 7 settembre 2015, il dott. _____ ha certificato un'incapacità del 50%, tuttavia, diversamente da quanto fatto a margine della

visita del 19 maggio 2015 (cfr. p. 98 e 142/inc. AI e doc. 33), egli non ha segnalato la presenza di particolari problemi oggettivi a livello dell'estremità inferiore sinistra (tumefazione, limitazione funzionale, ...). Del resto, è pure utile ricordare che, secondo la giurisprudenza federale, di principio deve essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti a causa dei particolari legami che essi hanno con il paziente, per cui, secondo esperienza comune, il medico curante tende generalmente, in caso di dubbio, a pronunciarsi in favore del proprio paziente in ragione del rapporto di fiducia che lo unisce a quest'ultimo (cfr. STF 8C_944/2015 del 23 giugno 2016 consid. 4.3 e riferimenti ivi menzionati). Va dunque ritenuto accertato che RI 1, durante il periodo 20 agosto - 30 settembre 2015, ha presentato un'inabilità lavorativa del 20% .

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