

TI_GERICHTE 35.2017.117 vom 14. August 2018

TI Tribunale d'appello, 2018-08-14, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2017.117

FR: TI_GERICHTE 35.2017.117 du 14 août 2018

IT: TI_GERICHTE 35.2017.117 del 14 agosto 2018

Regeste

Rinvio atti all'amministrazione per complemento istruttorio su entità IMI (sulla questione del prevedibile peggioramento atti medici contraddittori) e per istruire una ricaduta debitamente annunciata dall'assicurata

Erwägungen

E. 49

cpv. 2 della Legge sull'organizzazione giudiziaria (cfr. STF 9C_699/2014 del 31 agosto 2015, in particolare consid. 5.2, 5.3 e 6.1; STF 8C_452/2011 del 12 marzo 2012; STF 8C_855/2010 dell'11 luglio 2011; STF 9C_211/2010 del 18 febbraio 2011, consid. 2.1; STF 9C_792/2007 del 7 novembre 2008; STF H 180/06 e H 183/06 del 21 dicembre 2007; STFA I 707/00 del 21 luglio 2003; STFA H 335/00 del 18 febbraio 2002; STFA H 212/00 del 4 febbraio 2002; STFA H 220/00 del 29 gennaio 2002; STFA U 347/98 del 10 ottobre 2001, pubblicata in R DAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA H 304/99 del 22 dicembre 2000; STFA I 623/98 del 26 ottobre 1999. Vedi pure: STF 9C_807/2014 del 9 settembre 2015; STF 9C_585/2014 dell'8 settembre 2015). nel merito 2.2. Con la decisione su opposizione impugnata, la CO 1 ha, da una parte, assegnato ad RI 1 un'IMI del 15% a carico dell'infortunio del 31 agosto 1997 e, dall'altra, non è entrata nel merito della questione riguardante la capacità lavorativa in quanto essa sarebbe già stata giudicata in modo definitivo dal TF con sentenza del 20 dicembre 2010 e, quindi, nemmeno sulla pretesa ricaduta del settembre 2013 (cfr. doc. 14, p. 2). Con la propria impugnativa, l'assicurata contesta entrambi gli aspetti toccati dal suddetto provvedimento (cfr. doc. I). 2.3. Entità della menomazione dell'integrità. 2.3.1. Secondo l'art. 24 cpv. 1 LAINF, l'assicurato ha diritto a un'equa indennità se, in seguito all'infortunio, accusa una menomazione importante e durevole all'integrità fisica o mentale. Tale indennità è assegnata in forma di prestazione in capitale. Essa non deve superare l'ammontare massimo del guadagno annuo assicurato all'epoca dell'infortunio ed è scalata secondo la gravità delle menomazioni. Il Consiglio federale emana disposizioni particolareggiate sul calcolo dell'indennità (art. 25 cpv. 1 e 2 LAINF). 2.3.2. L'art. 36 cpv. 1 OAINF definisce i presupposti per la concessione dell'indennità giusta l'art. 24 LAINF: una menomazione dell'integrità è considerata durevole se verosimilmente sussisterà tutta la vita almeno con identica gravità e importante se l'integrità fisica o mentale è alterata in modo evidente o grave. In questa valutazione dovrà essere fatta astrazione dalla capacità di guadagno ed anche dalle circostanze personali dell'assicurato: secondo la giurisprudenza, infatti, la gravità della menomazione si stima soltanto in funzione di accertamenti medici senza ritenere, all'opposto delle indennità per torto morale secondo il diritto privato, le eventuali particolarità dell'assicurato (cfr. RAMI 2000 U 362, p. 42-43; DTF 113 V 218 consid. 4; RAMI 1987 U 31, p. 438). La parte della riparazione del torto morale contemplata dagli artt. 24ss. LAINF è, dunque, soltanto

parziale: gli aspetti soggettivi del danno (segnatamente il *pretium doloris* e il pregiudizio estetico) ne sono esclusi (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, Commentaire da la loi sur l'assurance-accidents, Losanna 1992, p. 121).

2.3.3. Giusta l'art. 36 cpv. 2 OAINF, l'indennità è calcolata in base alle direttive contenute nell'Allegato 3 dell'OAINF. Una tabella elenca una serie di lesioni indicando per ciascuna il tasso normale di indennizzo, corrispondente ad una percentuale dell'ammontare massimo del guadagno assicurato. Questa tabella - riconosciuta conforme alla legge - non costituisce un elenco esaustivo (cfr. RAMI 2000 U 362, p. 43; DTF 124 V 32; DTF 113 V 219 consid. 2a; RAMI 1988 U 48 p. 235 consid. 2a e sentenze ivi citate). Deve essere intesa come una norma valida "nel caso normale" (cifra 1 cpv. 1 dell'allegato). Le menomazioni extra-tabellari sono indennizzate secondo i tassi previsti tabellarmente per menomazioni di analoga gravità (cifra 1 cpv. 2 dell'allegato). La perdita totale dell'uso di un organo è equiparata alla perdita dell'organo stesso. In caso di perdita parziale l'indennità sarà corrispondentemente ridotta; tuttavia nessuna indennità verrà versata se la menomazione dell'integrità risulta inferiore al 5% (cifra 2 dell'allegato). Se più menomazioni all'integrità fisica o mentale, causate da uno o più infortuni sono concomitanti, l'indennità va calcolata in base al pregiudizio complessivo (art. 36 cpv. 3 1a frase OAINF). Si prende in considerazione in modo adeguato un peggioramento prevedibile della menomazione dell'integrità. E' possibile effettuare revisioni solo in casi eccezionali, ovvero se il peggioramento è importante e non era prevedibile (art. 36 cpv. 4 OAINF). Peggioramenti non prevedibili non possono, naturalmente, essere anticipatamente considerati. Nel caso in cui un pregiudizio alla salute si sviluppi nel quadro della prognosi originaria, la revisione dell'indennità per menomazione è, di principio, esclusa. Per contro, l'indennità dev'essere di nuovo valutata, quando il danno è peggiorato in una misura maggiore rispetto a quanto pronosticato (cfr. RAMI 1991 U 132, p. 308ss. consid. 4b e dottrina ivi menzionata).

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

2.3.5. Nella concreta evenienza, dalle tavole processuali si evince che la valutazione della menomazione dell'integrità di cui è portatrice RI 1, è stata eseguita dal dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica, a margine della visita fiduciaria del 9 settembre 2014. Questo il tenore dell'apprezzamento contenuto nel suo rapporto del 31 luglio 2014 (recte: 2015): " (...). L'evoluzione radiologica con l'insorgenza intercorrente di una lesione cartilaginea pure in corrispondenza del condilo femorale mediale, lascia presupporre con sufficiente attendibilità l'instaurazione progressiva di un quadro artrosico acquisito in relazione in particolare con l'evento infortunistico del 31.8.1997, con rottura totale del legamento crociato anteriore e parziale del legamento crociato posteriore diagnosticati artroscopicamente e trattati conservativamente con aumento residuale del gioco articolare. Quadro artrosico attualmente (ancora) circoscritto in assenza di reazioni edematose dell'osso sottocondrale in corrispondenza delle lesioni focali cartilaginee. L'effettiva entità "terminale" del quadro artrosico acquisito non risulta essere attualmente ancora ragionevolmente prevedibile con sufficiente attendibilità. In considerazione tuttavia dei chiari segni di progressione delle alterazioni condropatiche acquisite, ritengo giustificato il riconoscimento di un'indennità

per menomazione dell'integrità del 15% Con riferimento alla tabella 5 estratto LAINF edizione Suva 2000, in equivalenza a un'artrosi femoro-tibiale di medio-grave entità, rispettivamente a una pan-gonartrosi di media entità. L'eventuale instaurazione di un quadro artrosico acquisito di entità significativamente superiore, per il momento ragionevolmente non valutabile con sufficiente attendibilità, dovrà fare oggetto, se del caso, di una rivalutazione della quantificazione della IMI." (doc. 2, p. 8 s.) Con certificazione del 23 settembre 2015, il dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica, ha formulato le seguenti considerazioni a proposito della valutazione enunciata dal dott. _____: " (...). Lui (il dott. _____, n.d.r.) basa la sua risposta e la valutazione sul fatto che il danno cartilagineo, ben documentato, si estende più rapidamente a causa della lesione del legamento crociato anteriore che la Signora RI 1 si è procurata in un infortunio del 1997. Ritengo che l'argomento principale, ossia l'evento del 29.02.2008, è stato trascurato nella sua relazione e la sua valutazione lo menziona a pagina 7 solo in un paragrafo di 5 righe e lo fa sembrare un incidente banale dove la Signora RI 1, investita, non cade neanche. Il secondo punto concerne il riconoscimento dell'indennità di menomazione. Bisognerebbe far chiarire, sempre in base alle tabelle 5 se nel 15% è inclusa solo l'artrosi o anche l'instabilità articolare, essendo questa un altro foglio delle tabelle della SUVA." (doc. 4) Il consulente medico della CO 1 si è pronunciato sull'IMI ancora il 22 settembre e il 20 ottobre 2015, prendendo posizione sulle questioni sollevate dal medico curante specialista. Questo in particolare il contenuto del suo primo rapporto: " (...). La risonanza magnetica del ginocchio sinistro, eseguita in data 14.3.2008, non ha messo in evidenza nessuna alterazione strutturale focale acquisita di potenziale origine traumatica chiaramente riconducibile all'evento dl 29.2.2008: da notarsi in particolare l'assenza di edemi ossei, rispettivamente di reazioni ossee sotto-condrali, così come versamenti intrarticolari nell'interpretazione dell'esame, sia da parte della dr.ssa _____ che del dr. _____. L'esistenza di alterazioni degenerative del menisco laterale, così come di un'irregolarità focale dello strato cartilagineo al III intermedio del condilo femorale laterale, era già stata descritta alla risonanza magnetica del ginocchio sinistro del 2.11.2004. Alla risonanza magnetica del ginocchio sinistro del 22.7.2014 le alterazioni cartilaginee al condilo femorale laterale sono risultate essere invariate, con riscontro per contro di un focolaio di ulcera cartilaginea di nuova insorgenza a carico del condilo femorale mediale. L'assenza di lesioni, rispettivamente di reazioni ossee, l'assenza di versamento intrarticolare, l'assenza di progressione dell'alterazione cartilaginea al condilo femorale laterale permettono di escludere l'attribuzione di un ruolo direzionale all'evento infortunistico del 29.2.2008. L'insorgenza di alterazioni degenerative anche al compartimento mediale, può per contro venir ricondotta all'aumentato gioco articolare tuttora riscontrabile in seguito alle lesioni legamentarie riportate il 31.8.1997, trattate conservativamente." (doc. 5) Questo invece quello del referto del 20 ottobre 2015: " (...) con riferimento ai rapporti del 31.7.2015 e 22.9.2015, dopo aver preso visione della lettera del dr. _____ del 23.9.2015, posso esprimere le seguenti considerazioni: - Il contenuto del testo di peso più di tre linee del dr. _____, a proposito dell'evento del 29.2.2008, non apporta nuovi elementi di giudizio atti a invalidare il tenore delle considerazioni espresse da parte mia. - La quantificazione della IMI considerata (15%) risulta essere praticamente equivalente al massimo concesso dalla tabella 6, estratto LAINF edizione Suva 2001, per la più grave delle instabilità di un legamento crociato: ciò che non è per nulla il caso della signora RI 1! La stessa tabella 6 fa esplicitamente riferimento alla non cumulabilità delle indennità per menomazione dell'integrità in caso di una presenza

concomitante di instabilità e artrosi.” (doc. 6) In corso di causa, la ricorrente ha prodotto un apprezzamento, datato 11 gennaio 2018, del dott. _____, il cui contenuto è segnatamente il seguente: " (...). Una condropatia di secondo grado ossia lo spessore della cartilagine non oltre il 50% viene diagnosticata già durante l'artroscopia del 04.09.1997. Il Dr. _____ nel suo rapporto operatorio ipotizza che ciò potrebbe essere dovuto dal trauma oppure dal moncone fluttuante del LCA nel comparto laterale. Devo constatare che tutte le risonanze magnetiche eseguite nel frattempo a livello del ginocchio sinistro, ossia sette, solamente in una viene menzionato uno slaminamento del legamento compatibile con lesione non a tutto spessore. L'assenza di edema dell'osso spongioso sottocondrale non permette la conclusione che il trauma è stato minimo oppure addirittura assente. Una ricerca nella letteratura dimostra che in 200 casi di trauma al ginocchio l'edema sottocondrale era assente in 62 casi ossia nel 31% (1). La lesione della cartilagine venne diagnosticata la prima volta nel 1997 e poi confermata in tutte le indagini radiologiche successive, varia la descrizione del suo diametro e delle sua profondità ma negli anni tendenzialmente aumenta. Non posso condividere l'affermazione del Dr. _____ nel suo rapporto del 11.09.2005 dove afferma che la formazione di cartilagine riparativa faccia rimarginare parzialmente la lesione. Sono noti cinque metodi con i quali la cartilagine può essere riparata ma mai però spontaneamente. Queste cinque tecnologie sono la stimolazione del midollo osseo, riparazione cartilaginea "tissue-based", ricostruzione condrogenica "cell-based", riparazione sintetica o farmacologica (2). Concordo che lo stato attuale del ginocchio sinistro della paziente è da ricondurre all'evento del 31.08.1997. C. La situazione clinica è suscettibile di un peggioramento verso un'artrosi post-traumatica del ginocchio sinistro sia sul compartimento mediale come anche su quello laterale. D. Il calcolo dell'IMI si basa sulle tabelle LAINF della SUVA, in questo caso viene utilizzata la tabella 5 per le IMI dopo artrosi e la tabella 6 per le instabilità articolari. In considerazione dei chiari segni di progressione delle alterazioni condrali e della futura progressione ed evoluzione verso una pan gonartrosi tricompartimentale ritengo indicata una IMI del 20%. Una instabilità articolare con uno o due legamenti crociati lesi da al massimo il 15%, non essendo cumulabili le due percentuali vale quella più alta ossia il 20%.” (doc. E 1) 2.3.6. 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 dell'8 luglio 2003 nella causa B., U 259/02, consid. 2.1.1; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in BJM 1989, p. 30ss.). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10, p. 33ss. e RAMI 1999 U 356, p. 572) , la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. In una sentenza 8C_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve , a proposito della

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

2.3.7. Nella concreta evenienza, questa Corte constata che le valutazioni espresse dai dottori _____ e _____, entrambi chirurghi ortopedici e, pertanto, specialisti nella materia che qui interessa, divergono nella misura in cui il primo ha considerato il prevedibile peggioramento delle alterazioni artrosiche a livello del ginocchio sinistro, quantificando finalmente la menomazione dell'integrità in un 20% (cfr. doc. E 1), mentre il secondo non ne ha tenuto conto, in quanto attualmente non "... ancora ragionevolmente prevedibile con sufficiente attendibilità." (cfr. doc. 2, p. 9). Al riguardo, è utile ricordare che, secondo la giurisprudenza federale, aggravamenti futuri giustificano un aumento della menomazione dell'integrità soltanto se l'intervento di un peggioramento è probabile e l'importanza quantificabile. Per contro, non possono essere presi in considerazione peggioramenti che sono semplicemente possibili (cfr. STF 8C_219/2018 del 5 luglio 2018 consid. 4.3 e riferimenti ivi citati; Th. Frei, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, Friburgo 1998, p. 50).

Chiamato a pronunciarsi su una questione squisitamente medica, il TCA ritiene che il parere del dott. _____ riguardo a un probabile futuro peggioramento del danno artrosico al ginocchio sinistro, sia suscettibile di generare dei dubbi, perlomeno lievi, circa la fondatezza della valutazione del consulente medico dell'istituto assicuratore resistente (cfr. consid. 2.3.6.). Si giustifica, pertanto, su questo aspetto, l'annullamento della decisione su opposizione impugnata e il rinvio degli atti alla CO 1 affinché ordini un approfondimento peritale esterno (art. 44 LPG) al fine di determinare l'entità dell'IMI spettante all'assicurata. Non risulta per contro più oggetto di controversia il fatto che la menomazione dell'integrità di cui è portatrice derivi esclusivamente dall'evento traumatico del 1997 (cfr. doc. XIII, p. 9), di modo che determinante ai fini del calcolo della relativa indennità è l'ammontare massimo del guadagno annuo assicurato vigente al giorno dell'infortunio (in casu , il 31 agosto 1997).

2.4. Diritto alle prestazioni in relazione alla pretesa ricaduta del settembre 2013? 2.4.1. In virtù dell'art. 11 OAINF, l'assicuratore LAINF è tenuto a

riprendere l'erogazione delle prestazioni assicurative in caso di ricadute o conseguenze tardive (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 71 e A. Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Berna 1985, p. 277). Né la LAINF né l'OAINF prevedono, al riguardo, un limite temporale. Pertanto, la pretesa potrà essere fatta valere anche qualora la ricaduta o le conseguenze tardive appaiono, per la prima volta, dieci o vent'anni dopo l'infortunio assicurato, e ciò indipendentemente dal fatto che, a quel momento, l'interessato sia o meno ancora assicurato. Rilevante è soltanto l'esistenza di un nesso di causalità (cfr. STFA U 122/00 del 31 luglio 2001). Secondo la giurisprudenza, si è in presenza di una ricaduta quando un danno alla salute, che si presumeva guarito, si riacutizza, di modo che esso necessita di cura medica e causa incapacità lavorativa. Per contro, si parla di postumi tardivi quando un danno alla salute apparentemente guarito produce, nel corso di un periodo di tempo prolungato, delle modificazioni organiche o psichiche, comportanti sovente uno stato patologico differente (cfr. DTF 118 V 296 consid. 2c e riferimenti, 105 V 35 consid. 1c e riferimenti).

2.4.2. Giusta l'art. 10 LAINF, l'assicurato ha diritto alla cura appropriata dei postumi d'infortunio, segnatamente alla cura ambulatoriale da parte del medico, del dentista o, previa loro prescrizione, del personale paramedico e del chiropratico, nonché alla cura ambulatoriale in ospedale (lett. a), ai medicinali e alle analisi ordinati dal medico o dal dentista (lett. b), alla cura, al vitto e alloggio in sala comune ospedaliera (lett. c), alle cure complementari e a quelle balneari prescritte dal medico (lett. d), nonché ai mezzi ed agli apparecchi occorrenti per la sua guarigione (lett. e). Il diritto alle cure cessa qualora dalla loro continuazione non sia da attendersi un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato: nemmeno persistenti dolori bastano a conferire il diritto alla continuazione del trattamento se da questo non si può sperare un miglioramento sensibile dello stato di salute (art. 19 cpv. 1 LAINF; Ghélew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), Losanna 1992, p. 41 ss.). L'Alta Corte ha inoltre precisato che la questione del "sensibile miglioramento" di cui all'art. 19 cpv. 1 LAINF va valutata in funzione dell'entità del previsto aumento oppure del ripristino della capacità lavorativa, nella misura in cui quest'ultima è pregiudicata dalle sequele infortunistiche (DTF 134 V 109 consid. 4.3 e riferimenti).

2.4.3. 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 LPGa, 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. 572ss., 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 LPGa, 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 che egli incontra nell'esplicare determinate funzioni. Il medico indicherà per prima cosa se l'assicurato può ancora svolgere la sua professione, precisando quali sono le controindicazioni in

quell'attività. 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, op. cit., p. 91).

2.4.4. Nel caso di specie, il TCA constata innanzitutto che, in sede di decisione su opposizione impugnata, la CO 1 ha esplicitamente riconosciuto di aver a suo tempo ricevuto lo scritto 5 dicembre 2013, mediante il quale l'assicurata - richiamata una sua precedente comunicazione (del 17 settembre 2013 - cfr. allegato al doc. D 4) rimasta senza riscontro - l'informava di avere nel frattempo (da settembre 2013) accusato un peggioramento dei disturbi al ginocchio sinistro in ragione di un sovraccarico di lavoro (cfr. doc. 14, p. 2 e doc. D 3), come pure il referto 20 dicembre 2013 del medico curante specialista, attestante l'instaurazione di una cura conservativa e un'incapacità al lavoro del 60% dal 5 al 16 settembre 2013, del 30% dal 17 settembre al 17 novembre 2013 e del 20% dal 18 novembre 2013 in poi (cfr. doc. 14, p. 2 e doc. E 3; si veda pure il doc. E 4). Alla luce di quanto precede, risulta incomprensibile l'affermazione, contenuta nella risposta di causa, secondo la quale "nessuna ricaduta è stata notificata dalla ricorrente e pertanto correttamente la convenuta non ha istruito in tal senso il caso." (cfr. doc. V, p. 3 - il corsivo è del redattore). D'altro canto, nella decisione su opposizione, l'amministrazione ha sostenuto che la questione della capacità lavorativa dell'insorgente sarebbe stata definitivamente giudicata con la sentenza federale del 20 dicembre 2010, tanto da non poter più entrare nel merito di tale problematica (cfr. doc. 14, p. 2: "Non è oggetto della presente vertenza la capacità lavorativa dell'assicurata, giudicata in modo definitivo dal Tribunale federale con sentenza del 20 dicembre 2010 (capacità lavorativa totale nella professione svolta a partire dal 19 maggio 2009). Non si entrerà dunque nel merito al riguardo."). In proposito, va rilevato che se è vero che con la sentenza 8C_366/2010 del 20 dicembre 2010 il Tribunale federale ha confermato il giudizio cantonale mediante il quale era stato accertato che RI 1 aveva ritrovato una piena capacità lavorativa nella sua abituale professione di farmacista titolare di una farmacia a far tempo dal 19 maggio 2009 (con la conseguente estinzione del diritto all'indennità giornaliera), è altrettanto vero che ciò non le preclude il diritto di annunciare una ricaduta ex art. 11 OAINF, in caso di peggioramento delle condizioni di salute infortunistiche. La soluzione avrebbe potuto essere diversa qualora, con una decisione cresciuta in giudicato, l'amministrazione avesse dichiarato estinto il nesso di causalità tra il danno alla salute in questione e gli infortuni assicurati. In quel caso, non vi sarebbe infatti più stato spazio per una ricaduta in relazione al medesimo danno alla salute (in questo senso, si veda la STCA 35.2004.105 del 9 maggio 2005 consid. 2.2., cresciuta incontestata in giudicato). Ciò non è tuttavia il caso nella presente fattispecie. Del resto, nel proprio giudizio del 20 dicembre 2010 consid. 8, la Corte federale ha precisato, con riferimento al contenuto della decisione formale del 14 settembre 2009 (in quella sede, l'assicuratore convenuto aveva pure dichiarato estinto a far tempo dal 19

maggio 2009 il nesso di causalità naturale con il sinistro del febbraio 2008), che la CO 1 “... non poteva rendere nel contempo una decisione di accertamento sul tema della causalità (vedi sentenza 2C_803/2008 del 21 luglio 2009). La semplice constatazione dell’avvenuta estinzione del necessario nesso di causalità – anche se facente parte del dispositivo – è solo un elemento di motivazione a sostegno della decisione formatrice, senza portata autonoma (vedi DTF 119 V 11). La questione della causalità potrà di conseguenza essere esaminata liberamente in caso di ricaduta, segnatamente in caso di una nuova incapacità lavorativa o di lite concernente una prestazione diversa da quella ora in discussione.” (il corsivo è del redattore). Sempre in questo contesto, non è corretto sostenere che “... se viene riconosciuta la piena abilità lavorativa significa che i disturbi lamentati sono privi del necessario nesso causale e adeguato.” (doc. V, p. 2). In proposito, è utile segnalare che la mancanza del nesso di causalità tra il danno alla salute e l’evento assicurato comporta l’assenza del diritto alle prestazioni, di qualsiasi genere si tratti. La piena capacità lavorativa determina invece, in regime di prestazioni di corta durata, l’assenza del diritto all’indennità giornaliera (cfr. art. 16 cpv. 1 LAINF), senza alcuna incidenza sulla questione della causalità. L’amministrazione non aveva dunque alcun valido motivo per rifiutarsi di entrare nel merito della ricaduta annunciata dall’insorgente. In queste condizioni, anche su questo aspetto, gli atti devono dunque essere rinviati all’istituto assicuratore convenuto affinché - dopo aver posto in atto gli accertamenti che ritiene utili per chiarire la questione -, si determini in merito al proprio obbligo a prestazioni in relazione alla ricaduta del settembre 2013.

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