

TI_GERICHTE 35.2019.46 vom 24. Februar 2020

TI Tribunale d'appello, 2020-02-24, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2019.46

FR: TI_GERICHTE 35.2019.46 du 24 février 2020

IT: TI_GERICHTE 35.2019.46 del 24 febbraio 2020

Regeste

Discussa la stabilizzazione dello stato di salute infortunistico e la determinazione del diritto alla rendita d'invalidità (art. 17 cpv. 1 LPGA inapplicabile in quanto il caso iniziale era stato chiuso senza rendita) e all'IMI

Erwägungen

E. 16

LPGA non ha modificato le modalità per la fissazione del grado di invalidità dell'assicurato previsto dai previgenti art. 28 cpv. 2 LAI e art. 18 cpv. 2 seconda frase LAINF.

Nella stessa pronunzia la nostra Corte federale ha quindi concluso che anche in ambito LAINF la giurisprudenza relativa ai concetti di incapacità lavorativa, incapacità al guadagno e invalidità continua a mantenere la sua validità anche in seguito all'introduzione della LPGA.

Due sono, dunque, di norma gli elementi costitutivi dell'invalidità:

1. il danno alla salute fisica o psichica (fattore medico);
2. la diminuzione della capacità di guadagno (fattore economico).

Tra il danno alla salute e l'incapacità di guadagno deve inoltre intercorrere un nesso causale (fattore causale). Nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni deve esserci per giunta un nesso causale, naturale ed adeguato, tra il danno alla salute e l'infortunio.

L'invalidità, concetto essenzialmente economico, si misura in base alla riduzione della capacità di guadagno e non secondo il grado di menomazione dello stato di salute.

D'altro canto, poiché l'incapacità di guadagno importa unicamente nella misura in cui dipende da un danno alla salute, la determinazione dell'invalidità presuppone preliminarmente adeguati accertamenti medici che rilevino il danno in questione.

Spetta al medico fornire una precisa descrizione dello stato di salute dell'assicurato e di tracciare un esatto quadro degli impedimenti 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 e in altre analoghe.

Egli valuterà finalmente il grado dell'incapacità lavorativa che gli impedimenti provocano sia nella professione attuale sia nelle altre relativamente confacenti (cfr., su questi aspetti, laSTFA del 20 aprile 2004 nella causa K., I 871/02 e laSTFA del 18 marzo 2002 nella causa M., I 162/01).

L'invalidità, proprio perché concetto essenzialmente economico, si misura raffrontando il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora o potrebbe realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili, in un mercato del lavoro equilibrato, dopo l'adozione di eventuali provvedimenti integrativi (cfr. art. 16 LPGa).

Il grado di invalidità corrisponde alla differenza, espressa in percentuale, tra il reddito ipotetico conseguibile senza invalidità e quello, non meno ipotetico, conseguibile da invalido.

La giurisprudenza federale ha, più volte, confermato il principio che, nella determinazione dell'invalidità, non c'è la possibilità di fondarsi su una valutazione medico-teorica del danno alla salute dovuto all'infortunio e che occorre, sempre, basarsi sulle conseguenze economiche di tale danno.

E. 20

luglio 2018 e riferimenti ivi menzionati). 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). 2.2.2. Nella concreta evenienza, l'assicuratore convenuto ha posto termine dal 5 aprile 2018 alle prestazioni di corta durata dipendenti dalla ricaduta del febbraio 2018, ritenendo che da quella data lo stato di salute infortunistico fosse ormai stabilizzato ai sensi dell'art. 19 cpv. 1 LAINF (cfr. doc. 291 e doc. 304). Innanzitutto, va ricordato che il caso iniziale del 2016 era stato dichiarato chiuso, senza diritto alla rendita d'invalidità (l'assicurato era stato dichiarato in grado di svolgere, a tempo pieno e con un rendimento completo, delle attività sostitutive adeguate) e all'IMI, a far tempo dal 1° giugno 2017 e che tale decisione era stata confermata tanto da questa Corte quanto dal TF (cfr. supra, consid. 1.2.). Successivamente, l'CO 1 ha assunto due ricadute, la prima determinata dall'intervento di AMO del 1° settembre 2017 (asportazione materiale di osteosintesi malleolo mediale caviglia sinistra - doc. 149), la seconda da quello del 14 febbraio 2018 (asportazione materiale di osteosintesi, due placche tibia e una fibula - cfr. doc. 236). Conseguentemente, l'assicurato è stato nuovamente posto al beneficio delle prestazioni di corta durata sino al 1° gennaio, rispettivamente al 5 aprile 2018 (doc. 212 e doc. 291). In data 4 aprile 2018 il ricorrente è stato fiduciarmente visitato dal dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia. Il medico _____ ha refertato, dal punto di vista oggettivo, "... un buon decorso dopo la frattura della tibia distale/pilone tibiale con frattura diafisaria del perone. La mobilità presente in data odierna permette una deambulazione / camminata stabile e sicura e anche di salire e scendere senza problemi le scale. Questo viene dimostrato anche dal passo fluido del signor RI 1.". Egli si è quindi espresso nei termini seguenti a proposito dell'ulteriore procedere terapeutico: " (...) Non sono previsti altri accertamenti diagnostici. Siamo d'accordo di far terminare l'attuale fisioterapia fino a fine aprile e successivamente può eseguire esercizi per il rinforzo muscolare e per aumentare ancora la mobilità in modo autonomo. Non sono previste altre terapie. Aspetti medico-assicurativi Si può considerare una situazione stabile con un passo normale. (...). Ho spiegato che da subito persiste una piena abilità lavorativa nei limiti funzionali espressi nell'esigibilità preesistente. Persiste anche il diritto in futuro, in caso si sviluppasse una artrosi, di riannunciarsi alla CO 1 per un eventuale procedere terapeutico." (doc. 262, p. 6). Il 24 maggio 2018 ha avuto luogo una visita di controllo da parte del dott.

_____, Primario della Clinica _____ di _____. In quell'occasione, l'assicurato ha riferito di non lamentare, a livello della caviglia sinistra, "... una particolare sintomatologia algica ma la tendenza a un gonfiore prevalentemente serale a livello del malleolo e una sensazione di instabilità durante la fase di carico" e, d'altra parte, di presentare, a livello del ginocchio sinistro, "... una sintomatologia algica ... evocata dal cammino e dall'esecuzione delle scale prevalentemente in salita, ...". Oggettivamente, il sanitario ha refertato una caviglia sinistra "... ancora modicamente tumefatta ma nettamente migliorata rispetto alla precedente valutazione, nello specifico il diametro perimalleolare è di 22,5 cm a destra, contro i 24 cm a sinistra" e un ginocchio sinistro "... assolutamente fresco ed asciutto con presenza di una dolenzia a livello della zampa d'oca alla palpazione profonda e un dolore elettivo alla palpazione dell'emirima mediale associato a test meniscali positivo a tale livello. I test specifici atti ad evidenziare un'eventuale instabilità appaiono assolutamente negativi.". Il dott. _____ ha quindi prescritto una terapia fisica strumentale in corrispondenza della zampa d'oca, come pure la modifica del plantare (o eventualmente il confezionamento di nuovi) "... con lo scopo di dare un maggior sostegno a livello del calcagno, con lo scopo ultimo di mettere una minor tensione a livello delle catene muscolari mediali durante la fase di carico." (doc. 270). Il 28 giugno 2018 l'assicurato è stato nuovamente visitato dal dott. _____. Dal relativo rapporto si apprende che l'insorgente ha riferito di una "... pressoché scomparsa della sintomatologia algica a livello del ginocchio sinistro mentre tende a lamentare una sintomatologia algica a livello della caviglia operata che tende a comparire dopo un'ora e mezza/due ore di mantenimento della posizione ortostatica associandosi ad un lieve gonfiore peri-malleolare prevalentemente a fine serata.". All'esame oggettivo, il dott. _____ ha riscontrato una caviglia sinistra "... minimamente tumefatta ma ulteriormente migliorata rispetto alla precedente valutazione. Alla palpazione locale non si evidenziano particolari dolenzie mentre alla valutazione articolare si riscontra ancora il persistere di ca. 10° di deficit in flessione dorsale e un deficit di ca. 1/3 in supinazione mentre la flessione plantare e la pronazione appaiono assolutamente nella norma, il tutto senza dolenzia d'accompagnamento. Il cammino è possibile senza alcun ausilio fatta eccezione per il plantare in uso con un discreto ritmo tacco-punta. Chiaramente alla rimozione del plantare in uso si evidenzia la nota caduta della volta plantare e l'atteggiamento invano del calcagno.". Egli ha infine precisato che "visto il quadro clinico funzionale a livello della caviglia praticamente sovrapponibile alla valutazione precedente, ritengo che il procedere riabilitativo non sia più necessario in quanto non in grado di modificare l'attuale situazione." (doc. 289). Chiamato dall'amministrazione a esprimersi sul contenuto dei referti del dott. _____, il medico _____ ha rilevato che quest'ultimo ha riscontrato una caviglia sinistra guarita e stabile, cosicché un'inabilità non è più giustificata a conferma delle risultanze della visita _____ di controllo del 4 aprile 2018. I disturbi al ginocchio sinistro non sono a carico dell'CO 1 e, del resto, quella parte del corpo è risultata guarita in occasione del consulto del 28 giugno 2018 (cfr. doc. 297). In data 28 settembre 2018, RI 1 si è sottoposto a una RMN dell'articolazione tibiotarsica sinistra, esame che ha evidenziato la presenza di artrosi post-traumatica delle articolazioni del retro piede (doc. 299). Con nota del 3 dicembre 2018, il dott. _____ ha osservato che l'accertamento appena citato ha confermato la stabilità di tutti i legamenti attorno alla caviglia sinistra e che la minima condropatia degenerativa non era da imputare, con probabilità preponderante, all'infortunio assicurato (doc. 300). In sede di opposizione, è stato prodotto, in particolare, un rapporto dell'11 gennaio 2019 del dott. _____, spec.

FMH in medicina interna. Dopo aver diagnosticato uno stato dopo infortunio sul lavoro del 2 giugno 2016 con frattura pluriframmentaria del pilon tibiale e fibula diale a sinistra con attualmente artrosi posttraumatica delle articolazioni del retropiede sinistro, il medico curate ha rilevato che l'assicurato lamentava "... una limitazione della capacità a stare in piedi (limitata a 30 minuti) con insorgenza di dolori a livello mediale della caviglia sx. Incapacità a caricare i pesi in quanto lamenta dolori alla caviglia sx per zoppia. In posizione seduta la capacità è conservata senza insorgenza di dolori. A dipendenza del cambiamento climatico insorgono dolori anche a riposo. Vi è però una dolenzia alla digitopressione della caviglia sx persistente. (...). Alla risonanza magnetica dell'articolazione tibiotarsica a sx del 28.9.2018 (_____ di _____) è stata evidenziata un'artrosi posttraumatica del retropiede. Per una sindrome di disadattamento il paziente è stato in cura dalla Dr.ssa _____ assumendo Cipralex gocce. Incapacità lavorativa: 100% mmp dal 6.8.2018 a tuttora." (doc. 330). Con apprezzamento del 14 febbraio 2019, il dott. _____ si è pronunciato in merito alle obiezioni sollevate con l'opposizione e alla documentazione medica prodotta in quel contesto. Questo il suo tenore: "(...) In primis faccio riferimento al rapporto del dr. med. _____ che ha visto l'assicurato il 24.05.2018 e il 28.06.2018. Chiaramente è in contrasto con quanto scritto dall'_____. Il dr. med. _____ non ha notato nessun problema alla caviglia ma ha unicamente descritto un problema passeggero del ginocchio sinistro legato alla zampa d'oca. Questo è stato trattato con fisioterapia con successo, nel controllo del 28.06.2018 questo problema è sparito. Il dr. med. _____ ha descritto nei suoi rapporti che l'assicurato ultimamente non ha avuto nessun problema alla caviglia, né dolore né limitazioni della funzionalità della stessa. In più l'assicurato non ha lamentato nessun problema alla caviglia ma piuttosto al ginocchio. Quindi non è corretto quanto scritto nell'opposizione del 14.01.2019 nella quale viene postulato un peggioramento della situazione che non è mai stata descritta dal medico, anzi risulta il contrario. (...). Dalla risonanza magnetica eseguita il 28.09.2018 la parte distale della tibia risulta consolidata con una distanza intra-articolare tibiotarsica conservata per più del 90%. Non è neanche corretto come scritto nella lettera dell'_____ che l'assicurato presenta un'artrosi del retropiede poiché nella parte tibiotarsale mediale fino a dorsale, si nota la cartilagine ancora ben conservata (RM 28.09.2018). È corretto che vi è una irregolarità nel 1/5 anteriore dove finiva la frattura intra-articolare della tibia. Si ricorda che il talo non ha subito nessun danno: nella risonanza magnetica infatti si vede bene una distanza intra-articolare di qualche mm tutto intorno all'articolazione tibiotarsale. In particolare nessun edema né alla tibia né al talo che è normalmente presente quando siamo confrontati con una vera artrosi. Non sono presenti né un conflitto tibiotarsale né un avanzato consumo della cartilagine. Si nota unicamente una minima formazione osteofitica nel bordo ventrale con una mobilità dell'articolazione tibiotarsale conservata con 10-0-30° come descritto all'occasione delle visite del dr. med. _____. Si ricorda anche che nel referto del radiologo non è descritta nessuna lesione dei legamenti attorno al malleolo mediale né laterale. Al contrario i legamenti risultano tutti ben conservati, cosa che significa che il valgo bilaterale non può essere una conseguenza infortunistica. Infine non si nota nessuna instabilità dell'articolazione. Sentire un fastidio dopo un'ora e mezza – due ore e anche una certa dolorabilità soggettiva è normale in questa situazione. È stata espressa una esigibilità per l'attività lavorativa che tiene conto di questo problema. Effettivamente non c'è nessun peggioramento visibile nella risonanza magnetica. La distanza intra-articolare è presente in tutte le immagini e non si vede una reazione dell'osso che indicherebbe la presenza di un'avanzata artrosi. Non si nota nemmeno una aumentata quantità di liquido che è sempre

presente in caso di irritazione importante di un'articolazione. Concludendo, valutando personalmente la risonanza magnetica del 28.09.2018 noto una situazione invariata rispetto alla mia ultima visita. L'articolazione è stabile senza una reazione oggettivabile senza segni post-infortunistici né un'avanzata artrosi tibiotalare. L'inabilità lavorativa attestata dal dott. med. _____ e dr. med. _____ si basava sul problema del ginocchio dell'anno scorso e non sulla problematica della caviglia. (...)" (doc. 337, p. 7 s. – il corsivo è del redattore) In corso di causa, il patrocinatore dell'insorgente ha versato agli atti, in particolare, un referto del dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica. In base a questo documento, a livello del retropiede e della caviglia sinistra, l'assicurato presenta un deficit di flessione-estensione di circa 15° con pro-supinazione deficitaria, donde la necessità di utilizzare dei plantari correttivi e delle scarpe ortopediche su misura. Lo specialista interpellato privatamente dal ricorrente ha quindi dichiarato quest'ultimo totalmente inabile nella sua precedente professione di metalcostruttore, auspicando un suo reinserimento professionale "... in un settore lavorativo che non sovraccarichi la caviglia sx., per un periodo non superiore ai 15-30 min. in stazione eretta.". Il dott. _____ ha pure precisato che "quale danno permanente potranno sopravvenire danni alla cartilagine a livello dell'articolazione lesa, curabili con terapia infiltrativa con fattori di crescita piastrinici PRP, terapia che dovrà al momento essere presa a carico dal paziente." (doc. H 6). Agli atti figura pure un apprezzamento, datato 1° luglio 2019, del dott. _____, spec. FMH in chirurgia generale e traumatologia, attivo presso il Centro _____ di _____. Per quanto qui d'interesse, il fiduciario dell'CO 1 si è distanziato dalla valutazione del medico _____ nella misura in cui quest'ultimo aveva giudicato di minima entità le alterazioni degenerative presenti a livello dell'articolazione tibiotarsica ("Principalmente sono d'accordo con le valutazioni del dott. _____, anche se devo aggiungere che le alterazioni dell'articolazione tibiotarsica sono a mio parere d'entità moderata ." – il corsivo è del redattore) e nella misura in cui aveva ritenuto che l'inabilità attestata dai dottori _____ e _____ fosse giustificata piuttosto dalla problematica interessante il ginocchio sinistro ("Però debbo contraddire il medico _____ riguardo la sua affermazione: "(...)". Soprattutto il dott. _____ non ha mai nominato la problematica al ginocchio, ponendo il suo giudizio solamente alla valutazione della caviglia ." – il corsivo è del redattore). Qui di seguito le sue conclusioni: " (...) Come anche descritto dal dott. _____ nel 2017, il caso del signor RI 1 è da ritenersi stabilizzato. Anche le valutazioni specialistiche eseguite in seguito si limitano nel prescrivere plantari e scarpe ortopediche atte a migliorare i sintomi dell'assicurato. La sintomatologia algica dell'assicurato non è più plausibile a partire dall'asportazione della placca alla tibia distale del 1° settembre 2017. Ritengo allora che la valutazione del medico _____ dott. _____ può essere ritenuta consapevolmente valutata e corretta. Le informazioni ricevute dagli altri medici interpellati non hanno fornito delle informazioni pertinenti tali da modificare l'esigibilità lavorativa descritta dal dott. _____. Ritengo però che a causa della frattura subita dall'assicurato si sarebbero già formate delle alterazioni articolari d'entità al massimo moderata e che per questo motivo si potrebbe discutere l'attestazione di un'IMI (indennità per menomazione dell'integrità). Valutando allora l'assottigliamento dello spazio articolare e per il danno alla cartilagine (piccole usure, fessure ed una lieve incongruenza della superficie cartilaginea) valuterei per l'assegnazione dell'IMI un valore massimo del 7.5%. L'esigibilità lavorativa in un'attività adeguata rimane al 100% e per questa ragione l'assicurato non ha diritto a nessuna rendita d'inabilità." (doc. XIII 1 – il corsivo è del redattore). 2.2.3. 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). 2.2.4. Chiamata a pronunciarsi in merito alla pretesa intervenuta stabilizzazione dello stato di salute infortunistico a contare dal 5 aprile 2018 (con conseguente estinzione del diritto alle prestazioni di corta durata), questa Corte ritiene di poter fondare il proprio giudizio sul parere espresso al riguardo dai medici fiduciari dell'amministrazione, al quale va dunque attribuito pieno valore probatorio. Questo Tribunale constata in particolare che, in occasione della visita di controllo del 4 aprile 2018, il dott. _____ ha certificato che RI 1 aveva ritrovato una piena abilità nei limiti dell'esigibilità lavorativa definita a margine della chiusura del caso iniziale (dunque nel febbraio 2017 - cfr. doc. 262, p. 6). Tale valutazione è poi stata avallata dal dott.

_____ con il suo apprezzamento del 1° luglio 2019 (il quale tiene conto anche della moderata degenerazione oggettivata nel frattempo a livello dell'articolazione tibiotarsica sinistra - cfr. doc. XIII 1) e, soprattutto, non risulta contraddetta da nessuno degli specialisti intervenuti. Il dott. _____ non ha mai preteso che, in ragione dei disturbi residuali alla caviglia sinistra, l'insorgente non sarebbe in grado di svolgere, a tempo pieno e con un rendimento completo, un'attività sostitutiva adeguata, in sostanza un'attività da svolgere in posizione seduta o, tutt'al più, a libera scelta seduta/eretta (cfr. doc. 270 e doc. 289). Il chirurgo ortopedico dott. _____, consultato nel maggio 2019, ha dichiarato non più esigibile l'esercizio della professione di metalcostruttore, circostanza che l'istituto assicuratore ha pacificamente riconosciuto già al momento della chiusura del caso iniziale (cfr. doc. 133, p. 1: "Dagli accertamenti medici ed economici è risultato che, nonostante i postumi infortunistici, si può pretendere che lei svolga un lavoro da leggero a talvolta mediamente pesante per tutto il giorno." – il corsivo è del redattore) ma, d'altra parte, ha pure ammesso che l'assicurato potrebbe essere reinserito in attività che consentano di risparmiare la caviglia sinistra, quali sono quelle esercitate in posizione seduta (doc. H 6). È vero che all'inserto figurano le certificazioni dei dottori _____ e _____, le quali attestano la presenza di una totale incapacità lavorativa. È però altrettanto vero che nelle medesime non si precisa se l'attestata inabilità sia da riferire alla precedente professione oppure alle attività alternative definite come adeguate (nel qual caso, occorrerebbe fornire un'appropriata motivazione, ora assente). In questo senso, esse non sono suscettibili di generare dei dubbi, nemmeno lievi, circa la fondatezza della valutazione enunciata dai sanitari interpellati dall'CO 1. In queste condizioni, secondo il TCA, non sono necessarie ulteriori misure istruttorie (ad esempio una perizia medica), ritenendo che le circostanze giuridicamente rilevanti siano già state adeguatamente accertate. In proposito, va ricordato che, per costante giurisprudenza, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato (valutazione anticipata delle prove), si rinuncerà ad assumere altre prove (cfr. STF 9C_632/2012 del 10 gennaio 2013; STF 9C_231/2012 del 24 agosto 2012), senza che ciò costituisca una lesione del diritto di essere sentito sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata). Ora, avendo il ricorrente ritrovato una completa capacità lavorativa in attività sostitutive adeguate a contare dall'inizio di aprile 2018, o corre concludere che da quel momento eventuali ulteriori provvedimenti terapeutici non potevano avere lo scopo di migliorare notevolmente il suo stato di salute infortunistico ai sensi della giurisprudenza citata al considerando 2.2.1. in fine (per un caso analogo, si veda la STCA 35.2019.31 del 26 agosto 2019 consid. 2.5., cresciuta incontestata in giudicato). Né i disturbi psichici né quelli al ginocchio sinistro costituiscono delle circostanze atte a posticipare il momento della stabilizzazione dello stato di salute. In effetti, a prescindere dal fatto che sia gli uni che gli altri sono stati giudicati non trovarsi in una relazione causale naturale con il sinistro assicurato (cfr. i doc. 225, p. 2 e doc. 266), agli atti non vi sono certificazioni specialistiche che attestano una qualsiasi riduzione della capacità lavorativa in attività alternative adeguate, provocata dai disturbi in oggetto (per quanto riguarda il ginocchio sinistro, si veda la precisazione fornita dal dott. _____ a proposito di quanto sostenuto dal dott. _____ – cfr. doc. XIII 1, p. 13). Stante ciò, in applicazione dell'art. 19 cpv. 1 LAINF, l'assicuratore resistente era legittimato a porre fine alla corresponsione delle prestazioni di corta durata e pertanto, in tale misura, la decisione su

opposizione impugnata deve essere confermata. A fronte della stabilizzazione delle condizioni di salute infortunistiche, il TCA può quindi di seguito esaminare il diritto alle prestazioni di lunga durata (rendita d'invalidità e IMI).

2.3. Diritto a una rendita d'invalidità?

2.3.1. Secondo l'art. 18 cpv. 1 LAINF, l'assicurato invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 10 per cento a seguito d'infortunio ha diritto alla rendita di invalidità. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. Da parte sua, l'art. 16 LPGGA prevede che, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato invalido potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido. Nella RAMI 2004 U 529 p. 572 ss., l'Alta Corte ha rilevato che anche l'art. 16 LPGGA non ha modificato le modalità per la fissazione del grado di invalidità dell'assicurato previsto dai previgenti art. 28 cpv. 2 LAI e art. 18 cpv. 2 seconda frase LAINF. Nella stessa pronuncia la nostra Corte federale ha quindi concluso che anche in ambito LAINF la giurisprudenza relativa ai concetti di incapacità lavorativa, incapacità al guadagno e invalidità continua a mantenere la sua validità anche in seguito all'introduzione della LPGGA. Due sono, dunque, di norma gli elementi costitutivi dell'invalidità: 1. il danno alla salute fisica o psichica (fattore medico); 2. la diminuzione della capacità di guadagno (fattore economico). Tra il danno alla salute e l'incapacità di guadagno deve inoltre intercorrere un nesso causale (fattore causale). Nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni deve esserci per giunta un nesso causale, naturale ed adeguato, tra il danno alla salute e l'infortunio. L'invalidità, concetto essenzialmente economico, si misura in base alla riduzione della capacità di guadagno e non secondo il grado di menomazione dello stato di salute. D'altro canto, poiché l'incapacità di guadagno importa unicamente nella misura in cui dipende da un danno alla salute, la determinazione dell'invalidità presuppone preliminarmente adeguati accertamenti medici che rilevino il danno in questione. Spetta al medico fornire una precisa descrizione dello stato di salute dell'assicurato e di tracciare un esatto quadro degli impedimenti che egli incontra nell'esplicare determinate funzioni. Il medico indicherà per prima cosa se l'assicurato può ancora svolgere la sua professione, precisando quali sono le controindicazioni in quell'attività e in altre analoghe. Egli valuterà finalmente il grado dell'incapacità lavorativa che gli impedimenti provocano sia nella professione attuale sia nelle altre relativamente confacenti (cfr., su questi aspetti, la STFA del 20 aprile 2004 nella causa K., I 871/02 e la STFA del 18 marzo 2002 nella causa M., I 162/01). L'invalidità, proprio perché concetto essenzialmente economico, si misura raffrontando il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora o potrebbe realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili, in un mercato del lavoro equilibrato, dopo l'adozione di eventuali provvedimenti integrativi (cfr. art. 16 LPGGA). Il grado di invalidità corrisponde alla differenza, espressa in percentuale, tra il reddito ipotetico conseguibile senza invalidità e quello, non meno ipotetico, conseguibile da invalido. La giurisprudenza federale ha, più volte, confermato il principio che, nella determinazione dell'invalidità, non c'è la possibilità di fondarsi su una valutazione medico-teorica del danno alla salute dovuto all'infortunio e che occorre, sempre, basarsi sulle conseguenze economiche di tale danno. Ciò nondimeno, se il danno alla salute non è tale da imporre un cambiamento di professione, il giudizio sull'incapacità lavorativa non esprimerà valori superiori all'incapacità lavorativa indicata dal medico. Questo perché si

suppone che esplicando tutto l'impegno professionale che la restante capacità lavorativa medico-teorica ancora permette di sviluppare, l'assicurato esprima una capacità di guadagno della medesima proporzione (cfr. RAMI 1993 U 168, p. 100; DTF 114 V 313 consid. 3b). 2.3.2. Preliminarmente, questa Corte ritiene necessario inquadrare dal profilo procedurale la fattispecie sub iudice. Dalle carte processuali si evince che il diritto alla rendita era già stato negato all'assicurato con la decisione su opposizione del 6 settembre 2017, confermata su ricorso dal TCA e dal TF. Il ricorrente fa ora valere che, rispetto alla situazione esistente al momento in cui è stata emanata la decisione su opposizione appena citata, il suo stato di salute psico-fisico si sarebbe aggravato con conseguente modifica dell'esigibilità lavorativa stabilita al momento della chiusura del caso iniziale. In questo contesto, è utile rilevare che, nel caso di specie, non può tornare applicabile l'art. 17 cpv. 1 LPGa, ricordato che con la pregressa decisione su opposizione all'assicurato era stato negato il diritto alla prestazione. D'altro canto, va segnalato che, secondo la giurisprudenza, il rifiuto cresciuto in giudicato di riconoscere delle prestazioni da parte dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni, non esclude in ogni caso la successiva insorgenza di un diritto derivante dal medesimo evento assicurato. Una tale decisione è per contro subordinata a un successivo adeguamento alle mutate circostanze di fatto in relazione causale con l'infortunio. Questo principio, regolato nell'assicurazione per l'invalidità con l'istituto della nuova domanda, vale anche nell'ambito dell'assicurazione contro gli infortuni, potendo la persona assicurata far valere in ogni tempo una ricaduta o conseguenze tardive di un infortunio assicurato (cfr. art. 11 OAINF) e pretendere quindi nuovamente delle prestazioni dall'assicurazione contro gli infortuni (cfr. STF 8C_382/2018 del 6 novembre 2018 consid. 2.2 e riferimento). 2.3.3. Nella concreta evenienza, è utile ricordare che, alla chiusura del caso iniziale, l'assicurato, dichiarato definitivamente inabile nella sua precedente professione di metalcostruttore, era stato ritenuto in grado di svolgere, a tempo pieno e con un rendimento completo, delle attività sostitutive adeguate, ovvero delle attività leggere a medio-pesanti da esercitare in posizione seduta o, tutt'al più, in posizione a libera scelta seduta/eretta. Dal raffronto dei redditi era poi risultata l'assenza di un discapito economico, ragione per la quale all'insorgente è stato negato il diritto a una rendita d'invalidità (cfr. doc. 97, p. 4 s. e doc. 133). La relativa decisione è stata in seguito confermata tanto da questa Corte (cfr. doc. 213) quanto dal TF (cfr. doc. 285). Il TCA è ora chiamato a stabilire se, nel frattempo, le condizioni di salute infortunistiche dell'insorgente si sono modificate in una misura tale da incidere negativamente sull'esigibilità lavorativa definita a suo tempo. Al proposito, occorre rilevare che dalle carte processuali emergono pareri specialistici convergenti riguardo al fatto che, alla chiusura della ricaduta del febbraio 2018, RI 1 ha conservato una piena abilità lavorativa in attività sostitutive adeguate. Si sono infatti pronunciati in questo senso il dott. _____ (cfr. doc. 262, p. 6: "Ho spiegato che da subito persiste una piena abilità lavorativa nei limiti funzionali espressi nell'esigibilità preesistente." e doc. 337, p. 8: "Quindi la mia valutazione medica del 04.08.2018 riguardante l'esigibilità è ancora valida."), il dott. _____ (cfr. doc. XIII 1, p. 14: "L'esigibilità lavorativa in un'attività adeguata rimane al 100% ..." malgrado nel frattempo l'assicurato abbia sviluppato una moderata artrosi a livello della tibiotarsica) e il dott. _____ (doc. H 6: "Una riqualifica professionale si rende quindi necessaria in una settore lavorativo che non sovraccarichi la caviglia sx., per un periodo non superiore ai 15-30 min. in stazione eretta). Tale circostanza non è stata affatto smentita dal dott. _____ (cfr. doc. 270 e doc. 289). In precedenza, è già stata spiegata la ragione per la quale le certificazioni dei dottori _____ e _____ non sono state giudicate atte a

sminuire il valore probatorio riconosciuto alla valutazione espressa dai fiduciari dell'CO 1 (cfr. supra, consid. 2.2.4.). Per quanto concerne i disturbi psichici e quelli al ginocchio sinistro, va ribadito che agli atti non figurano certificazioni specialistiche che attestino l'esistenza di un'incapacità lavorativa in attività alternative adeguate da essi provocata. Del resto, non può neppure essere ignorato che la problematica al ginocchio sinistro è stata di natura transitoria, se è vero che, a margine della consultazione del 28 giugno 2018, il dott. _____ ne ha refertato la "pressoché scomparsa" (cfr. doc. 289). In esito a quanto precede, essendo l'esigibilità lavorativa rimasta nel frattempo immutata rispetto a quella definita in occasione della chiusura del caso iniziale (2017), occorre concludere che l'assicurato ha pure conservato la medesima capacità lucrativa. In queste condizioni, deve essergli negato il diritto a una rendita d'invalidità. Dato che il ricorrente non ha diritto a una rendita d'invalidità, non può nascere nemmeno un diritto alle prestazioni di cui all'art 21 LAINF (cfr. STF 8C_50/2018 del 20 luglio 2018 e riferimenti ivi menzionati).

2.4. Diritto a un'IMI?

2.4.1. 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).

2.4.2. 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 de la loi sur l'assurance-accidents, Losanna 1992, p. 121).

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

peggioremento 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. 308 ss. consid. 4b e dottrina ivi menzionata).

2.4.4. L'CO 1 ha allestito una serie di tabelle, dalla griglia molto più serrata, che integrano quella dell'ordinanza. Semplici direttive di natura amministrativa, esse non hanno valore di legge e non vincolano il giudice (cfr. 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. 221ss.). Tuttavia, nella misura in cui esprimono unicamente valori indicativi, miranti a garantire la parità di trattamento di tutti gli assicurati, esse sono compatibili con l'annesso 3 all'OAINF (RAMI 1987 U 21, p. 329; DTF 113 V 219, consid. 2b; DTF 116 V 157, consid. 3a).

2.4.5. Nel caso di specie, l'assicuratore LAINF resistente, sentito il parere del dott. _____, ha negato al ricorrente il diritto a un'IMI (cfr. doc. 338, p. 8). Questo quanto sostenuto in proposito dal medico _____ in occasione della visita di controllo del 4 aprile 2018: "(...) In data odierna abbiamo eseguito ancora una radiografia della caviglia sinistra ap e laterale e obliqua su carico che mostra una buona distanza intrarticolare riguardando l'articolazione tibiotolare ma anche del perone talare. Si nota ancora una ipodensità dell'osso al piede e della parte tibio-fibulare ancora normale dopo questo lungo decorso che è normale in questi casi. Si nota una buona congruenza dell'articolazione senza evidenti segni per una artrosi. In assenza di una degenerazione valutabile non persiste un diritto ad IMI." (doc. 262, p. 6) Il dott. _____ ha confermato l'assenza di degenerazione e, pertanto, di un diritto all'IMI, anche dopo aver preso visione delle immagini della RMN del 28 settembre 2018 (cfr. doc. 337). In corso di causa, l'amministrazione ha sottoposto l'intero incarto al dott. _____ per una sua presa di posizione in merito alla documentazione medica acquisita nel frattempo. In quel contesto, il fiduciario si è discostato dalla valutazione del medico _____ affermando che l'insorgente è in realtà portatore di un'artrosi a livello dell'articolazione tibiotarsica di grado moderato e che ciò gli dà diritto a un'IMI del 7.5% (cfr. doc. XIII, p. 14). Chiamato a formulare delle osservazioni al riguardo, il patrocinatore dell'assicurato ha dichiarato che la valutazione del dott. _____ "viene senz'altro accolta positivamente" (doc. XVII, p. 2). Va osservato che il tasso stabilito dal medico fiduciario rientra nella forchetta prevista dalla tabella n. 5.2 ("Atteinte à l'intégrité résultant d'arthroses") edita dalla Divisione di medicina assicurativa dell'CO 1, in caso di artrosi tibiotarsica moderata (5-15%) e, in questo senso, può essere fatto proprio dal TCA. Visto quanto precede, in parziale accoglimento del ricorso, la decisione su opposizione impugnata deve essere annullata nella misura in cui al ricorrente è stato negato il diritto a un'IMI.

2.5. L'assicurato ha chiesto di essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria con il gratuito patrocinio dell'avv. RA 1 (cfr. doc. VII). Visto l'esito parzialmente favorevole del ricorso, l'assicurato, patrocinato da un avvocato, ha diritto al versamento da parte dell'assicuratore LAINF di fr. 2'200 a titolo di ripetibili. La domanda di assistenza giudiziaria per la procedura ricorsuale diventa pertanto priva di oggetto (DTF 124 V 309, consid. 6 e, tra le tante, STF 9C_274/2014 del 30 settembre 2014 consid. 5; STF 9C_335/2011 del 14 marzo 2012 consid. 5, STF 9C_206/2011 del 16 agosto 2011 consid. 5, STF 9C_352/2010 del 30 agosto 2010 consid. 3).

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