

TI_GERICHTE 35.2020.24 vom 25. Januar 2021

TI Tribunale d'appello, 2021-01-25, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2020.24

FR: TI_GERICHTE 35.2020.24 du 25 janvier 2021

IT: TI_GERICHTE 35.2020.24 del 25 gennaio 2021

Erwägungen

E. 20

luglio 2018 e riferimenti ivi menzionati). L'Alta Corte ha inoltre stabilito 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. Secondo il già citato 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 LPGGA, 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 LPGGA, 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). 2.5. Presupposto essenziale per l'erogazione di prestazioni da parte dell'assicurazione contro gli infortuni è però l'esistenza di un nesso di causalità

naturale fra l'evento e le sue conseguenze (danno alla salute, invalidità, morte). Questo presupposto è da considerarsi adempiuto qualora si possa ammettere che, senza l'evento infortunistico, il danno alla salute non si sarebbe potuto verificare o non si sarebbe verificato nello stesso modo. Non occorre, invece, che l'infortunio sia stato la sola o immediata causa del danno alla salute; è sufficiente che l'evento, se del caso unitamente ad altri fattori, abbia comunque provocato un danno all'integrità corporale o psichica dell'assicurato, vale a dire che l'evento appaia come una condizione sine qua non del danno. È questione di fatto lo stabilire se tra evento infortunistico e danno alla salute esista un nesso di causalità naturale; su detta questione amministrazione e giudice si determinano secondo il principio della probabilità preponderante - insufficiente essendo l'esistenza di pura possibilità - applicabile generalmente nell'ambito dell'apprezzamento delle prove in materia di assicurazioni sociali (cfr. RDAT II-2001 N. 91 p. 378; SVR 2001 KV Nr. 50 p. 145; DTF 126 V 360 consid. 5b; DTF 125 V 195; STFA del 4 luglio 2003 nella causa M., U 133/02; STFA del 29 gennaio 2001 nella causa P., U 162/02; DTF 121 V 6; STFA del 28 novembre 2000 nella causa P. S., H 407/99; STFA del 22 agosto 2000 nella causa K. B., C 116/00; STFA del 23 dicembre 1999 in re A. F., C 341/98, consid. 3, p., 6; STFA 6 aprile 1994 nella causa E. P.; SZS 1993 p. 106 consid. 3a; RCC 1986 p. 202 consid. 2c, RCC 1984 p. 468 consid. 3b, RCC 1983 p. 250 consid. 2b; DTF 115 V 142 consid. 8b, DTF 113 V 323 consid. 2a, DTF 112 V 32 consid. 1c, DTF 111 V 188 consid. 2b; Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in Basler Juristische Mitteilungen (BJM) 1989, p. 31-32; G. Scartazzini, Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale, Basilea 1991, p. 63). Al riguardo essi si attendono, di regola, alle attestazioni mediche, quando non ricorrano elementi idonei a giustificare la disattenzione (cfr. DTF 119 V 31; DTF 118 V 110; DTF 118 V 53; DTF 115 V 134; DTF 114 V 156; DTF 114 V 164; DTF 113 V 46). Ne discende che ove l'esistenza di un nesso causalità tra infortunio e danno sia possibile ma non possa essere reputata probabile, il diritto a prestazioni derivato dall'infortunio assicurato dev'essere negato (DTF 129 V 181 consid. 3.1 e 406 consid. 4.3.1, DTF 117 V 360 consid. 4a e sentenze ivi citate). L'assicuratore contro gli infortuni è tenuto a corrispondere le proprie prestazioni fino a che le sequele dell'infortunio giocano un ruolo causale. Pertanto, la cessazione delle prestazioni entra in considerazione soltanto in due casi: - quando lo stato di salute dell'interessato è simile a quello che esisteva immediatamente prima dell'infortunio (status quo ante); - quando lo stato di salute dell'interessato è quello che, secondo l'evoluzione ordinaria, sarebbe prima o poi subentrato anche senza l'infortunio (status quo sine); (cfr. RAMI 1992 U 142, p. 75 s. consid. 4b; A. Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, p. 469; U. Meyer-Blaser, Die Zusammenarbeit von Richter und Arzt in der Sozialversicherung, in Bollettino dei medici svizzeri 71/1990, p. 1093). Secondo la giurisprudenza, qualora il nesso di causalità con l'infortunio sia dimostrato con un sufficiente grado di verosimiglianza, l'assicuratore è liberato dal proprio obbligo prestativo soltanto se l'infortunio non costituisce più la causa naturale ed adeguata del danno alla salute. Analogamente alla determinazione del nesso di causalità naturale che fonda il diritto alle prestazioni, l'estinzione del carattere causale dell'infortunio deve essere provata secondo l'abituale grado della verosimiglianza preponderante. La semplice possibilità che l'infortunio non giochi più un effetto causale non è sufficiente. Trattandosi della soppressione del diritto alle prestazioni, l'onere della prova incombe, non già all'assicurato, ma all'assicuratore (cfr. RAMI 2000 U 363, p. 46 consid. 2 e riferimenti ivi citati). 2.6. Occorre inoltre rilevare che il diritto a prestazioni assicurative presuppone pure l'esistenza di un nesso di causalità adeguata tra gli elementi summenzionati. Un evento è da ritenere

causa adeguata di un determinato effetto quando secondo il corso ordinario delle cose e l'esperienza della vita il fatto assicurato è idoneo a provocare un effetto come quello che si è prodotto, sicché il suo verificarsi appaia in linea generale propiziato dall'evento in questione (DTF 129 V 181 consid. 3.2 e 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a, DTF 117 V 361 consid. 5a e 382 consid. 4a e sentenze ivi citate). Comunque, qualora sia carente il nesso di causalità naturale, l'assicuratore può rifiutare di erogare le prestazioni senza dover esaminare il requisito della causalità adeguata (cfr. DTF 117 V 361 consid. 5a e 382 consid. 4a; su queste questioni vedi pure: Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 51-53). La giurisprudenza ha inoltre stabilito che la causalità adeguata, quale fattore restrittivo della responsabilità dell'assicurazione contro gli infortuni allorché esiste un rapporto di causalità naturale, non gioca un ruolo in presenza di disturbi fisici consecutivi ad un infortunio, dal momento che l'assicurazione risponde anche per le complicazioni più singolari e gravi che solitamente non si presentano secondo l'esperienza medica (cfr. DTF 127 V 102 consid. 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).

2.7. Nel caso di specie, dalle carte processuali si evince che, in data 11 marzo 2019, a RI 1, è caduto un blocco di cemento autobloccante sulla parte laterale della caviglia sinistra. I sanitari del Servizio di PS dell'Ospedale _____ di _____ che lo hanno visitato quello stesso giorno, hanno diagnosticato un trauma contusivo-distorsivo alla caviglia sinistra, dopo aver escluso la presenza di lesioni ossee recenti mediante esecuzione di radiografie convenzionali (doc. 62). Nel mese di aprile 2019, l'assicurato è entrato in cura dal dott. _____, spec. FMH in fisioterapia (doc. 26). A margine del consulto del 29 maggio 2019, il sanitario in questione ha disposto una RMN della caviglia e piede sinistro (doc. 35), esame che ha avuto luogo in data 4 giugno 2019. Dal relativo referto risulta la presenza di segni di entesopatia/entesite inserzionale del tendine d'Achille e dell'aponeurosi plantare sul calcagno con sfumato edema del tessuto adiposo sottocutaneo nella regione plantare, di piccole alterazioni degenerative sul profilo articolare del processo anteriore del calcagno e di un modesto versamento intra-articolare tibio-astragalico (doc. 38). Il 3 luglio 2019, sempre su indicazione del dott. _____ (doc. 39), l'insorgente è quindi stato sottoposto a una TAC della caviglia sinistra, la quale ha mostrato un'estesa zona di rarefazione ossea nel calcagno compatibile in prima ipotesi con un lipoma intra-osseo, un'irregolarità della corticale calcaneare sul versante mediale e laterale (compatibile con una pregressa frattura?) e uno sperone calcaneare (doc. 52). Con referto del 26 luglio 2019, il dott. _____ ha rilevato che, a fronte della presenza di dolore a livello del legamento peroneo astragalico anteriore e nella zona inferiore del malleolo perimalleolare laterale, gli esami radio-strumentali eseguiti nel frattempo non avevano messo in luce "alterazioni di natura traumatica, bensì segni di alterazioni degenerative" e ne ha concluso che la sintomatologia denunciata dal ricorrente non era "... associata in maniera preponderante all'infortunio dell'11.3.2019, ma piuttosto ad alterazioni di natura degenerativa." (doc. 52). Nel quadro della procedura di opposizione, è stata prodotta una certificazione, datata 6 dicembre 2019, del dott. _____, spec. in ortopedia e traumatologia, il quale ha sostenuto che la sintomatologia denunciata era da addebitare a una "algodistrofia di tipo Sudeck post traumatica" (doc. 90, p. 3). Prima di procedere all'emanazione della decisione su opposizione impugnata, l'amministrazione ha interpellato il dott. _____, spec. FMH in chirurgia. Con apprezzamento del 18 febbraio 2020, il medico di _____ ha sottolineato come gli accertamenti radio-strumentali non

avessero mostrato “alcuna alterazione di tipo traumatico”, chiedendosi poi come il dott. _____ “... possa parlare di sofferenza edematosa della spongiosa ossea, dell’astragalo, dello scafoide e del cuboide, (...), inoltre collegare queste supposte alterazioni all’atrofia post-traumatica di tipo Sudeck sembra un tantino complicato, in quanto per parlare di nuovo di Sudeck bisogna avere delle alterazioni ben definite e supportarle con un’analisi clinica che in questo caso non è stata minimamente accennata.”.

A proposito della diagnosi di algodistrofia di Sudeck (o di sindrome dolorosa regionale complessa [CRPS]) posta dal medico curante specialista, dopo aver illustrato quali sono i criteri diagnostici di Budapest, il dott. _____ ha sostenuto che “nel caso in esame appare evidente come sia assai difficile porre la diagnosi di CRPS in quanto vi è totale assenza di edema midollare e l’unico aspetto di osteoporosi è come rarefazione ossea semplice senza alcun aspetto maculare, causata dal supposto lipoma osseo. Altre alterazioni non hanno il valore di una diagnosi di CRPS. Tra l’altro l’edema è estremamente ridotto e citato a livello esclusivo del malleolo laterale, mentre uno dei criteri fondamentali è quello di una sproporzione tra il gonfiore esteso ben oltre l’articolazione rispetto a quanto visionato in questa occasione. Tra l’altro la diagnosi di morbo di Sudeck a seguito della sindrome da irritazione del simpatico lombare causata dallo stesso e citata nella certificazione del 20.09.2019 per quanto sopraesposto circa la compartecipazione al sistema simpatico appare decisamente quanto meno inappropriata, visto e considerato il consenso internazionale da cui partono le considerazioni sopraesposte.” (doc. 95). In data 28 maggio 2020, l’assicurato è stato nuovamente sottoposto a un esame di RMN della caviglia e del piede sinistro. Da questo accertamento è emersa la presenza di una sfumata disomogeneità del segnale a livello del calcagno, con assai tenue iperintensità del segnale della midollare con piccole irregolarità del profilo corticale sul versante laterale e craniale al III medio-anteriore e posteriore, in un quadro di possibile esito fratturativo composto di data non recente (doc. XI 1). Chiamato dall’amministrazione a commentare gli esiti della RMN, il dott. _____ ha segnatamente osservato che l’esame in questione ha evidenziato “... appena una sfumata disomogeneità del segnale a livello del calcagno ben distante da un quadro osteoporotico diffuso come quello di una algodistrofia, che è sovrapponibile a quello della prima RMN, quindi in un periodo vicinissimo al trauma; da notare che in quella RMN vi è totale assenza di edema midollare e l’unico aspetto minimo di osteoporosi è una rarefazione semplice senza alcun aspetto midollare causata proprio dal lipoma osseo. Nell’ultima risonanza magnetica la tecnica di soppressione del grasso è estremamente risolutiva ai fini diagnostici perché elimina proprio quella quantità di grasso che poteva lasciare qualche dubbio sulla interpretazione delle immagini. In particolare non si vedono alterazioni di segnale intraspongioso in altri segmenti scheletrici, in particolare l’astragalo, il malleolo peroneale e lo scafoide tarsale che invece in quadro di algodistrofia avrebbero dovuto essere ampiamente interessati come d’altronde il dottor _____ postulava nella sua precedente relazione e di cui in realtà il medico di _____ nel suo precedente apprezzamento dimostra la totale assenza. Per quanto riguarda le incongruità a livello della corticale del calcagno sul versante laterale craniale al III medio anteriore e posteriore anche nei precedenti accertamenti radiografici e RMN venivano rilevati, ma tuttavia il quadro può essere attribuito ad alterazioni degenerative in prima battuta e solo con scarse possibilità a un’area fratturativa. L’attuale risonanza magnetica da luogo a un possibile esito fratturativo composto di data non recente e ripeto parla di questa possibilità, in realtà se si guardano le alterazioni alla precedente risonanza magnetica e soprattutto anche si comparano con le radiografie prese in prossimità del trauma, si nota che non c’è in nessun caso edema

perilesionale, cosa che sia in sede TAC ma soprattutto in sede RM all'epoca dei fatti si sarebbe dovuta evidenziare in quanto una frattura per la sua genesi, per quanto composta, dà luogo a un'intensa reazione midollare che corticale con dell'edema perilesionale, cosa che qui non si vede assolutamente, né nella prima risonanza magnetica che ripeto va rapportata all'immediatezza del trauma sia nella risonanza magnetica attuale dove di edema non se ne parla assolutamente, anche perché a distanza di un anno una frattura composta guarisce quasi sempre e non lascia traccia di sé. La RMN attuale inoltre non registra alcun edema delle parti molli." (doc. XIII 1). Il 16 luglio 2020 è stata effettuata una TAC della caviglia e piede sinistro che ha messo in luce in particolare una "intensa disomogenea osteoporosi del calcagno coinvolgente soprattutto corpo dell'epofisi anteriore. Artrosi locoregionale modesta prevalente al mesopiede. Duplice piccola lesione avulsiva corticalizzata dal margine laterale dell'astragalo verso malleolo peroneale." (doc. XVII 1). Con referto del 29 luglio 2020, il dott. _____, spec. in ortopedia a _____ (_____), ha dichiarato di aver refertato, all'esame clinico, un lieve edema del collo del piede a livello peri e sotto malleolare mediale e laterale con dolore lungo di tendini peronei, una limitazione della pronazione a livello dell'articolazione sottoastragalica che non consente il trasferimento mediale del carico durante la deambulazione con sovraccarico doloroso sul bordo laterale del piede e callosità reattiva plantare a livello della testa di M5, come pure una lieve limitazione dolorosa anche dell'articolazione mediotarsica. A suo avviso, il quadro clinico è da imputare alle lesioni da schiacciamento riportate in occasione del noto infortunio (doc. XVII 2). Con apprezzamento datato 31 agosto 2020, il medico _____ ha rilevato che dalla TAC del luglio 2020 sono risultate "... delle piccole alterazioni degenerative perfettamente compatibili con l'età e non dimostra assolutamente esiti post-traumatici apprezzabili in diretta correlazione con l'evento. L'insieme degli accertamenti precedenti se confrontati con questo ultimo prodotto dal ricorrente danno un quadro assolutamente chiaro sul quesito fratturativo.". In merito alle considerazioni espresse dal dott. _____, il dott. _____ ha osservato che il refertato lieve edema del collo del piede "... non corrisponde ad un quadro radiografico che possa essere attribuito all'infortunio in quanto il difetto successivamente evidenziato non è a livello della tibiotarsica ma bensì a livello della sottoastragalica.". D'altro canto, riguardo alla limitazione articolare alla pronazione, secondo il fiduciario dell'CO 1, essa non è supportata da alcuna evidenza radiografica e clinica, a fronte dell'assenza di lesioni ossee e legamentose tali da poter avere un effetto di alterazione post-traumatica dell'asse di carico caviglia/piede. A tale proposito, egli ha spiegato che esistono soltanto due possibilità suscettibili di spiegare un'alterazione dell'asse di carico: " (...). 1. Una frattura effettivamente tale e rilevante, capace di modificare l'anatomia strutturale e provocare quindi una guarigione anomala _____ in varo, cosa che non si è minimamente verificata, oppure una _____ lesione legamentosa tale per cui vi sia una insufficienza a livello _____ del legamento peroneo astragalico anteriore e posteriore che possa sbilanciare quindi l'asse di carico, potrebbero produrre una _____ situazione come quella descritta. Nessuna di queste due evidenze _____ è presente. Anche se vi fosse una lieve alterazione della corticale _____ ossea (peraltro già chiarita in altra sede), questa non comporta _____ assolutamente un deficit di orientamento dell'asse di carico per _____ motivi anatomici come sopra rilevato. 2. Un deficit della pronazione è determinato spesso da alterazioni _____ anatomiche anche costituzionali della persona che poi si evolvono _____ nel tempo. Si osserva in particolare in un piede cavo il quale di _____ per sé produce un sovraccarico laterale con dolori ai piedi, alle

caviglie, instabilità delle caviglie e presenza di dita a martello o ad uncino, cosa che è presente nella situazione del ricorrente a detta dello stesso ortopedico che cita la presenza di piede cavo e di dita a griffe. La presenza di alluce valgo, di dita a griffe, di piede cavo e delle alterazioni artrosiche entesopatiche rilevate già a suo tempo dai precedenti accertamenti radiologici depongono assolutamente per una alterazione estranea all'infortunio. Peraltro quando si fa un'analisi dell'asse di carico non si fa su un solo piede ma si fa su entrambi i piedi ed in particolare si effettua generalmente una radiografia delle due articolazioni tibiotarsiche in piedi, un esame podoscopico, il quale spesso depone per una bilateralità della lesione." (doc. XXI 1) Dal canto suo, con rapporto del 16 settembre 2020, il dott. _____ ha precisato che "i danni riportati dal paziente non sono conseguenti a "fratture" o lesioni capsulolegamentose riscontrabili agli esami strumentali, ma ad un trauma da schiacciamento che ha prodotto lesioni dei tessuti molli e vascolonervosi con dolore cronicizzato che ha portato gradualmente ad alterazioni trofiche dei tessuti e limitazione della funzionalità articolare; è sufficiente un esame clinico comparativo con il piede controlaterale per verificare il danno funzionale conseguente al trauma riportato il 11/03/2019." (doc. XXV 1). Il 19 ottobre 2020, il medico _____ ha ribadito che per "... la diagnosi di CRPS, sindrome dolorosa regionale complessa e più semplicemente definita come algodistrofia, i sintomi caratterizzanti sono edema, dolore, iperalgesia, in particolare allodinia, sudorazione anomala, ipertricosi, ridotta escursione articolare, oltre a un'osteoporosi distrettuale visualizzabile agli esami strumentali. Tutto questo praticamente viene riassunto nei criteri di Budapest, come precedentemente spiegato, e il non soddisfacimento di questi criteri, non fa porre la diagnosi di algodistrofia. (...). Se peraltro si volesse esaminare con attenzione la situazione da un punto di vista micro-vascolare e linfatico, tali alterazioni sarebbero ampiamente visibili alla risonanza magnetica, tant'è vero che, riferendosi ai precedenti criteri di Budapest, la risonanza magnetica, la TAC comparata unitamente all'esame clinico così come a suo tempo riferito, riescono a vedere nettamente se vi è o non vi è una CRPS e gli esami che il collega definisce di dubbia utilità sono proprio quelli che fanno la differenza nella diagnosi rispetto ad uno stato degenerativo come in questo caso. Se così non fosse, basterebbe un semplice edema più o meno localizzato per far pensare a una CRPS. (...). Si conferma pertanto quanto già precedentemente detto negli altri apprezzamenti e si conferma la totale assenza di CRPS, bensì alterazioni degenerative che di per sé possono comportare edema e quindi un'assimetria nell'esame clinico comparato." (doc. XXIX 1). Nel dicembre 2020, il dott. _____ ha ancora fatto valere che "... stabilito che la sintomatologia presentata dal paziente è diretta conseguenza del noto trauma subito, fa fede l'esame clinico e la quantificazione della limitazione funzionale o perdita della stessa, indipendentemente dall'esito degli esami strumentali." (doc. XXXVII 1).

2.8. 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. 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. Trattandosi invece di perizie affidate dagli assicuratori sociali, durante la procedura amministrativa, a medici esterni all'amministrazione o a servizi specializzati indipendenti, esse godono di piena forza probatoria, a condizione che non esistano indizi concreti che ne mettano in dubbio l'affidabilità (cfr. STF 8C_862/2014 del 2 aprile 2015 consid. 3.2 e riferimenti ivi citati). 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.

E. 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). 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 Nr. 10 p. 35 consid. 4b). 2.9. Nel caso concreto, attentamente valutato l'insieme della documentazione medica a disposizione, il TCA non vede alcun valido motivo che gli imponga di scostarsi dalla valutazione espressa dal dott. _____, specialista proprio nella materia che qui interessa, secondo il quale, a partire dall'agosto 2019, i disturbi denunciati dall'insorgente all'estremità inferiore sinistra correlavano con delle alterazioni di natura morbosa e non (più) con dei postumi residuali dell'evento traumatico assicurato. Del resto, va rilevato come l'apprezzamento del medico _____ trovi pieno riscontro nel parere del dott. _____, specialista presso il quale l'assicurato è stato in cura sino al mese di luglio 2019 (cfr. doc. 52: "... in relazione alla TAC e alla risonanza magnetica della caviglia sinistra effettuata il 4.6.2019, non si rilevano alterazioni di natura traumatica, bensì segni di alterazioni degenerative . Di conseguenza, rifacendomi a tali immagini e alla

sintomatologia riferita dal paziente, ritengo che questa non sia associata in maniera preponderante all'incidento dell'11.03.2019, ma piuttosto ad alterazioni di natura degenerativa." – il corsivo è del redattore). Questa Corte non ignora che i sanitari privatamente consultati dal ricorrente nel contesto della procedura di opposizione e pendente causa, hanno invece postulato l'esistenza di un legame causale naturale tra la sintomatologia denunciata e l'incidento del marzo 2019, tuttavia i loro referti non appaiono suscettibili di generare dei dubbi - neppure lievi - circa la fondatezza dell'apprezzamento enunciato dal dott. _____ (e dal dott. _____). Per quanto riguarda la certificazione 6 dicembre 2019 del dott. Favalli in cui si sostiene, senza peraltro fornire un'adeguata motivazione, la presenza di un'algodistrofia di Sudeck (o CRPS) imputabile al noto sinistro (cfr. doc. 90, p. 3), va sottolineato come, al di là delle approfondite considerazioni espresse in proposito dal dott. _____ volte a dimostrare l'inadempimento in concreto dei criteri di Budapest (cfr., in particolare, il doc. 95; a proposito della CRPS, si veda la STF 8C_416/2019 del 15 luglio 2020), la diagnosi in questione non sia neppure stata ripresa dallo specialista interpellato in un secondo tempo dall'insorgente, dott. _____ (cfr. doc. XVII 2, XXV 1 e XXXVII 1). Trattandosi delle certificazioni agli atti di quest'ultimo sanitario, egli ha sì fatto valere che i disturbi sarebbero da ricondurre ai danni residuali provocati dallo schiacciamento del piede sinistro riportato nel marzo 2019, ma non si è confrontato con il fatto che i numerosi esami radio-strumentali effettuati non hanno evidenziato la presenza di lesioni strutturali di natura traumatica, aspetto quest'ultimo che del resto il dott. _____ neppure contesta (cfr. doc. XXV 1: "I danni riportati dal paziente non sono conseguenti a "fratture" o lesioni capsulolegamentose riscontrabili dagli esami strumentali, ..." e doc. XXXVII 1: "... fa fede l'esame clinico e la quantificazione della limitazione funzionale o perdita della stessa, indipendentemente dall'esito degli esami strumentali ." – il corsivo è del redattore). D'altro canto, nella misura in cui il sanitario in questione sembra fare dipendere la persistenza dell'origine traumatica dei disturbi dal fatto che il piede infortunato presenta un danno funzionale assente invece in quello controlaterale (cfr. doc. XXV 1: "è sufficiente un esame clinico comparativo con il piede controlaterale per verificare il danno funzionale conseguente al trauma riportato il 11/03/2019."), è utile segnalare che la regola "post hoc, ergo propter hoc" (dopo questo, dunque a causa di questo) non ha valenza scientifica. La giurisprudenza federale ha stabilito che per il solo fatto d'essere insorto dopo l'incidento, un disturbo alla salute non può già essere ritenuto una sua conseguenza. Tale argomento è insostenibile dal profilo della medicina infortunistica e inammissibile da quello probatorio (cfr. STF 8C_725/2012 del 27 marzo 2013 consid. 7.2.2: "Der Versicherte argumentiert weiter, "woher sonst, wenn nicht vom Unfall aus dem Jahre 1993, kommen die erwähnten Beschwerden an der linken oberen Extremität?" Die mit dieser rhetorischen Frage angerufene Beweisregel "post hoc ergo propter hoc" (vgl. BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 341 f.) ist jedoch praxisgemäss unfallmedizinisch nicht haltbar und beweisrechtlich nicht zulässig, ..."; STF 8C_245/2017 dell'8 agosto 2017; STF 8C_230/2017 del 22 giugno 2017; sul tema vedi pure Th. Frei, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, Friburgo 1998, p. 30, nota 96; A. Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Zurigo 1995, p. 41). In esito a tutto quanto precede, questo Tribunale ritiene dimostrato, perlomeno con il grado della verosimiglianza preponderante, caratteristico del settore della sicurezza sociale, che a far tempo dal mese di agosto 2019 i disturbi all'estremità inferiore sinistra, non costituivano più una conseguenza

naturale dell'evento accaduto l'11 marzo 2019. In queste condizioni, posto che l'CO 1 era legittimato a dichiarare estinto il proprio obbligo a prestazioni a contare dal 31 luglio 2019, la decisione su opposizione impugnata deve essere confermata. Da ultimo, va qui ricordato che, 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, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove ; cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° ed., pag. 274, si veda pure STF 9C_632/2012 del 10 gennaio 2013; STF 9C_231/2012 del 24 agosto 2012). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv.2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata). Il TCA, ritenendo sufficientemente chiarite le circostanze rilevanti, rinuncia quindi all'assunzione di ulteriori prove (in particolare, all'esecuzione della perizia giudiziaria richiesta dal patrocinatore del ricorrente). 2.10. Deve ancora essere verificato se il ricorrente può essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria con il gratuito patrocinio dell'avv. RA 1 (cfr. doc. I, p. 5 s.). I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b e riferimenti). Il requisito della probabilità di esito favorevole difetta quando le possibilità di vincere la causa sono così esigue che una persona di condizione agiata, dopo ragionevole riflessione, rinuncerebbe al processo in considerazione delle spese cui si esporrebbe (cfr. STFA U 220/99 del 26 settembre 2000; RAMI 1994 p. 78; DTF 125 II 275 consid. 4b; DTF 119 Ia 251). A tal proposito, si osserva che per valutare la probabilità di esito favorevole non si deve adottare un criterio particolarmente severo: è infatti sufficiente che, di primo acchito, il gravame non presenti notevolmente meno possibilità di essere accolto che di essere respinto, ovvero che non si debba ammettere che un ricorrente ragionevole non lo avrebbe finanziato con i propri mezzi (STFA K 75/05 del 9 agosto 2005; STFA I 173/04 del 10 agosto 2005; STFA I 422/04 del 29 agosto 2005; STFA non pubbl. del 29 giugno 1994 in re A.D.; DTF 125 II 275; DTF 124 I 304 consid. 2c). Inoltre, quando le prospettive di successo e i rischi di perdere il processo si eguagliano o le prime sono soltanto leggermente inferiori rispetto ai secondi, le domande non possono essere considerate senza esito favorevole (cfr. DTF 125 II 275; DTF 124 I 304 consid. 2c; DTF 122 I 267 consid. 2b). Nel caso concreto, trattandosi di decidere una questione di natura squisitamente medica, alla luce della relativa documentazione a disposizione e dei principi che disciplinano l'apprezzamento delle prove nell'ambito del diritto delle assicurazioni sociali, sviluppati nelle sentenze pubblicate sia nella Raccolta ufficiale che nel sito web della Confederazione, rispettivamente in quello del Cantone Ticino, al patrocinatore di RI 1 doveva apparire evidente che il rischio di perdere il processo era maggiore rispetto alle prospettive di un successo, ragione per la quale il requisito della probabilità di esito favorevole va giudicato inadempito e, dunque, la domanda di assistenza giudiziaria respinta.

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