

TI_GERICHTE 35.2021.36 vom 28. Juli 2021

TI Tribunale d'appello, 2021-07-28, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2021.36

FR: TI_GERICHTE 35.2021.36 du 28 juillet 2021

IT: TI_GERICHTE 35.2021.36 del 28 luglio 2021

Erwägungen

E. 1

il danno alla salute fisica o psichica (fattore medico)

E. 2

la diminuzione della capacità di guadagno (fattore economico). Tra il danno alla salute e l'incapacità di guadagno deve poi intercorrere un nesso causale adeguato (fattore causale). Nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni deve esserci inoltre un nesso causale, naturale ed adeguato, tra il danno alla salute e l'infortunio. 2.4. 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 infine il grado dell'incapacità lavorativa che gli impedimenti provocano sia nella professione attuale sia nelle altre relativamente confacenti (cfr., su questi aspetti, STFA I 871/02 del 20 aprile 2004 e STFA I 162/01 del 18 marzo 2002). 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 LPG). I due redditi da porre a raffronto sono necessariamente ipotetici. L'ipotesi deve però poggiare su solide basi, deve avere un fondamento oggettivo. 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. Il TF ha avuto modo di confermare che alla perdita di guadagno effettiva in un rapporto di lavoro stabile si può far capo solo eccezionalmente, se l'assicurato può esaurire pienamente presso la ditta in cui da lungo tempo lavora tutta la sua residua capacità lavorativa (STFA U 25/94 del 30 giugno 1994). La perdita di guadagno effettiva può corrispondere alla perdita di guadagno computabile soltanto se - le condizioni sono cumulative - ogni riferimento al mercato del lavoro in generale, tenuto conto dei rapporti di lavoro particolarmente stabili, si avvera praticamente inutile, se l'assicurato esercita un'attività ragionevolmente esigibile nella quale si deve considerare che sfrutti al massimo la sua capacità di lavoro residua e se il reddito corrisponde ad una prestazione di

lavoro e non ad un salario sociale (RAMI 1991 U 130, pag. 270 segg. consid. 4a; conferma di giurisprudenza). Le ragioni, inerenti l'azienda, che rendono impossibile l'utilizzazione ottimale della rimanente capacità di produzione, devono essere considerate soltanto se, sul mercato del lavoro generale, non esiste una possibilità d'impiego, esigibile dall'assicurato, che gli permetterebbe di valorizzare meglio la propria residua capacità di lavoro (RAMI 1991 succitata, consid. 4d). 1° termine di paragone : il reddito conseguibile senza invalidità (altrimenti detto reddito da valido). Nel determinare il reddito conseguibile senza invalidità ci si baserà per quanto possibile sulla situazione antecedente l'infortunio. Se ne ipotizzerà l'evoluzione futura partendo dall'assunto che senza di esso la situazione si sarebbe mantenuta sostanzialmente stabile. Ci si discosterà da questa proiezione solo se le premesse per modifiche di qualche rilievo sono già date al momento dell'infortunio o se particolari circostanze ne rendono il verificarsi altamente probabile (RAMI 1993 U 168, pag. 97 segg., consid. 5b; 4a, b). 2° termine di paragone : il reddito da invalido . La misura dell'attività che si può ragionevolmente esigere dall'invalido va valutata in funzione del danno alla salute, avuto riguardo alle circostanze personali come l'età, le attitudini psico-fisiche, l'istruzione, la formazione professionale. Secondo la giurisprudenza, per la fissazione dei redditi ipotetici, non vanno considerate circostanze che non riguardano l'invalidità vera e propria. Particolarità quali formazione professionale o conoscenze linguistiche carenti hanno, in quest'ambito, rilevanza se sono causa di un reddito inferiore alla media. In tal caso, esse vanno o considerate nella determinazione dei due redditi da porre a confronto o non considerati affatto (RAMI 1993 U 168, p. 97 segg., consid. 5a, b). Nel valutare la possibilità di sfruttare la residua capacità lavorativa e tradurla in capacità di guadagno non si terrà conto di difficoltà contingenti del mercato del lavoro ma ci si collocherà nell'ipotesi di un mercato equilibrato, nella situazione, cioè, in cui offerta e domanda sostanzialmente si controbilancino (RAMI 1994 U 187, pag. 90 consid. 2b; DTF 115 V 133; STFA U 25/94 del 30 giugno 1994). Specifica dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni è la norma di cui all'art. 28 cpv. 4 OAINF: " Se a causa della sua età l'assicurato non riprende più un'attività lucrativa dopo l'infortunio o se la diminuzione della capacità di guadagno è essenzialmente dovuta alla sua età avanzata, sono determinanti per valutare il grado d'invalidità i redditi che potrebbe eseguire un assicurato di mezza età vittima di un danno alla salute della stessa gravità." 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. 2.5. Nel caso di specie, l'CO 1 ha determinato il grado d'invalidità dell'assicurato applicando il metodo ordinario del raffronto dei redditi, paragonando un reddito da valido di Fr. 83'676.- conseguibile nel 2020 con un reddito ipotetico da invalido di Fr. 68'992.- aggiornato al 2020 e giungendo a un grado di invalidità del 14% tenendo conto di un grado di capacità lavorativa residua del 100%. Trattandosi della valutazione dell'esigibilità lavorativa residua, l'assicuratore infortuni ha fatto capo all'apprezzamento espresso al riguardo dal medico _____ in occasione della visita medica di chiusura del caso del 31 luglio 2020 (doc. 206). In quell'occasione, il dr. med. _____, specialista in chirurgia ortopedica, ha avuto modo di visitare personalmente l'assicurato e di rilevare un'estensione/flessione a destra 0-0-120° e a sinistra 0-0-120° e di misurare le circonferenze di entrambe le cosce, le ginocchia e le gambe ritenendole uguali. Il medico fiduciario dell'assicuratore ha posto la diagnosi di gonartrosi sinistra tricompartimentale in esiti traumatici (frattura piatto tibiale nel 1988 e ricostruzione del legamento crociato anteriore nel 1991) e ha riscontrato un'alterazione del profilo articolare come da gonartrosi, non attuali segni di flogosi articolare, parziale ipotrofia quadricipitale,

non segni clinici di instabilità capsulo-legamentosa. A suo dire, non erano previsti a quel momento dei trattamenti in grado di migliorare la situazione dell'assicurato, al quale era utile indossare una ginocchiera elastica durante le attività più pesanti. Per il chirurgo ortopedico, la situazione rimaneva stabilizzata e alla luce del fatto che l'assicurato ha provato a riprendere il lavoro in misura completa e ha riscontrato delle limitazioni, il lavoro come cuoco non era più esigibile in misura completa, perciò lo specialista ha redatto l'esigibilità al lavoro prevedendo che l'assicurato era in grado di sollevare spesso con due braccia fino all'altezza dei fianchi pesi leggeri da 5 a 10 kg, pesi medi e superiori mai. Inoltre, l'interessato poteva sollevare molto spesso oltre l'altezza del petto pesi fino a 5 kg, era in grado molto spesso di maneggiare attrezzi medi e di precisione, spesso attrezzi pesanti, molto pesanti mai, mentre la rotazione della mano era possibile molto spesso. L'assicurato poteva molto spesso svolgere lavori sopra la testa, lavori che richiedono la rotazione del busto e la posizione seduta e inclinata in avanti, spesso la posizione in piedi e inclinata in avanti, mai la posizione inginocchiata e con flessione delle ginocchia. Egli poteva inoltre molto spesso mantenere la posizione seduta, spesso la posizione in piedi e molto spesso la posizione a libera scelta con prevalenza della posizione seduta. Infine, era in grado talvolta di camminare per lunghi tratti, di rado su terreno accidentato, talvolta salire le scale e di rado salire le scale a pioli. L'uso delle mani era possibile, così come lo stare in equilibrio. In un'attività rispettosa dell'esigibilità funzionale appena descritta per il medico interpellato dall'amministrazione il ricorrente era abile in misura completa con rendimento completo e senza pause supplementari. L'assicurato è concorde con le predette limitazioni, ma ritiene che il grado di occupazione in attività adeguate sia del 50% e non del 100% come stabilito dall'assicuratore infortuni. A supporto della sua tesi il ricorrente ha menzionato il referto del 20 ottobre 2020 (doc. 221) del dr. med. _____, FMH in reumatologia, che una settimana prima aveva certificato una inabilità lavorativa al 50% sino al 19 ottobre 2020 a causa della ripresa in misura completa del lavoro, che aveva generato nuovi problemi al ginocchio. Il medico curante ha affermato che con la ginocchiera adottata nel frattempo l'assicurato riusciva a mantenere una buona condizione, così come risultava dalle misurazioni delle circonferenze muscolari effettuate. Egli ha individuato una sensazione di sinovite cronica che condizionava una non perfetta escursione articolare e non ha riscontrato segni di versamento importante come le volte precedenti. Si è infine espresso come segue: " Pertanto sembrerebbe che il limite consentito al paziente affinché non debba sempre ricorrere al medico sia del 50% oppure che vengano presi opportuni provvedimenti sul lavoro che gli permettano riposo periodico per non affaticare il ginocchio, cosa che non appare attuabile per la mansione di cuoco. Come indicato dal Dr. _____ è opportuna una nuova riverifica per determinare in maniera ufficiale la capacità lavorativa residua del paziente con mansione di cuoco. Si ricorda che per il paziente affetto anche da insufficienza renale, lo specialista nefrologo ha giudicato controindicati i FANS per cui non si può migliorare farmacologicamente lo status se non con il rischio di pregiudicare l'organo emuntorio.". Il curante fa riferimento al certificato dell'11 agosto 2020 (doc. 208) della dr. med. _____, specialista in endocrinologia e diabetologia, secondo cui l'interessato è affetto da insufficienza renale cronica moderata, eGFR 53 ml/min, multifattoriale, perciò è controindicata la somministrazione di farmaci antinfiammatori non steroidei. Alla medesima conclusione è giunto pure il dr. med. _____, FMH medicina tropicale e medico generico, che il 28 ottobre 2020 (doc. 237) ha affermato che a causa di una tossicità renale l'assicurato non può assumere cronicamente farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS), che vanno sostituiti da paracetamolo (massimo 2 gr/dì) e/o da Novalgine (massimo

1500 mg/di). Il 13 gennaio 2021 (doc. 245) l'assicuratore infortuni ha attribuito all'interessato una rendita di invalidità del 14% non potendo più egli svolgere l'attività di cuoco in misura completa, ritenendo però che, malgrado i postumi infortunistici al ginocchio sinistro, si potesse pretendere che esercitasse durante tutto il giorno una attività leggera. Il 19 febbraio 2021 (doc. 259) il dr. med. _____ ha preso posizione sulla lamentela dell'assicurato avanzata con la sua opposizione (doc. 254), secondo cui l'assicuratore non avrebbe tenuto conto della sua impossibilità di assumere farmaci anti-infiammatori, circostanza che, indubbiamente, pregiudicava la capacità lavorativa in qualsiasi attività e non solo come cuoco. Su tale osservazione lo specialista si è così pronunciato: " Premettiamo che durante la visita medico _____ si è valutato un quadro clinico stabilizzato e si è redatta un'esigibilità al lavoro con delle limitazioni, e che in una attività rispettosa delle limitazioni espresse si è stabilita una capacità completa. Tale posizione appare concorde con quanto comunicato dagli stessi curanti, tra cui il dr. med. _____, i quali hanno a più riprese segnalato che in una attività adeguata l'assicurato non aveva particolari problemi né necessitava l'assunzione di farmaci ad azione antinfiammatoria o antidolorifica. È pertanto da ritenersi che in un'attività adeguata come quella espressa l'assicurato non abbia necessità di assunzione di farmaci antinfiammatori non steroidei. Per quanto riguarda il certificato del dr. med. _____, egli si limita a comunicare una tossicità renale degli antinfiammatori non steroidei senza analizzare in dettaglio la situazione dell'assicurato. Tale fatto è noto ed ogni medico sa come utilizzare i FANS e con quale schema terapeutico. La segnalazione del dr. _____ riguarda l'assunzione cronica dei FANS e non un uso saltuario o limitato a brevi cicli terapeutici che è l'utilizzo più consueto di tali farmaci. Egli peraltro nello stesso certificato propone anche una corretta alternativa terapeutica, utilizzando paracetamolo o Novalgina. Vi sono inoltre altri farmaci ad azione analgesica centrale o periferica e terapie di altro genere che si possono validamente impiegare in sostituzione dei FANS. L'avvocato RA 1 purtroppo si limita a considerare solo la prima parte del certificato da lui prodotto, ma non la seconda parte del certificato stesso che segnala direttamente una possibile soluzione del problema. Nel caso in esame dobbiamo ritenere che da un lato in un'attività adeguata, quale quella descritta, verosimilmente l'assicurato non necessiti dell'assunzione di FANS, come certificato a più riprese dai suoi medici curanti. Qualora si ravveda la necessità di un trattamento farmacologico, atto al controllo del dolore vi sono valide alternative che possono sostituire l'utilizzo dei FANS. Ritengo pertanto che la segnalazione dell'avvocato RA 1 non modifichi in alcun modo la presa di posizione espressa in occasione della visita medico _____". La decisione su opposizione del 23 febbraio 2021 (doc. A1) conferma l'abilità residua dell'assicurato del 100% in attività adeguate e quindi il diritto a una rendita di invalidità del 14%. Con il ricorso l'interessato ha prodotto al TCA dei referti medici relativi alla visita del 17 marzo 2021 (doc. A3) al pronto soccorso per una gonalgia a sinistra presente da circa una settimana. In effetti, nel primo pomeriggio di quel giorno, mentre stava lavorando come cuoco l'assicurato ha sentito una fitta improvvisa che gli ha comportato un dolore di 8 su 10 al carico. I medici hanno effettuato una radiografia al ginocchio sinistro rilevando una gonartrosi tricompartimentale e di conseguenza hanno proceduto ad effettuare un'infiltrazione articolare con cortisone ed anestetico locale. Alla dimissione, la terapia in riserva era di massimo 4 Dafalgan da 1 gr e di quattro Brufen da 400 mg al giorno, da scalare secondo i sintomi. Al ricorrente è stata certificata un'inabilità lavorativa totale fino al 21 marzo 2021 compreso. 2.6. Per quel che concerne il valore probatorio di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati

oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). Per costante giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale, mentre nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STFA U 259/02 dell'8 luglio 2003, consid. 2.1.1). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10 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 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 (cfr. anche Pratique VSI 2001 pag. 108 segg.). Il Tribunale federale ha poi precisato nella DTF 135 V 465 che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici interni che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista un minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concludenza delle conclusioni contenute in tali rapporti (cfr., fra le ultime, STF 9C_168/2020 del 17 marzo 2021, consid. 5.1; STF 8C_583/2020 del 4 marzo 2021, consid. 4.1). 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. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Ancora recentemente (STF 9C_168/2020 del 17 marzo 2021, consid. 3.2; STF 8C_532/2020 del 3 febbraio 2021, consid. 4.1), l'Alta Corte ha ribadito che diversamente dai (semplici) rapporti medici interni all'assicuratore, ove è sufficiente un minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concludenza degli stessi perché l'assicurato sia sottoposto a esame medico esterno, alle perizie esperite nell'ambito della procedura amministrativa (art. 44 LPGA) o giudiziaria da medici specialisti esterni deve essere riconosciuta piena forza probante nell'ambito dell'accertamento dei fatti, nella misura in cui non si presentano indizi concreti sull'affidabilità della perizia stessa (DTF 135 V 465 consid. 4.4 pag. 470; 125 V 351 consid. 3b/bb pag. 353). Tali perizie non possono essere messe in dubbio soltanto perché esse dovessero giungere a conclusioni diverse dai medici curanti. Rimangono riservati i casi in cui si dovesse imporre un complemento al fine di chiarire alcuni aspetti o direttamente una conclusione opposta, poiché i medici curanti lasciano emergere aspetti importanti e non solo un'interpretazione medica puramente soggettiva. A tal riguardo occorre ricordare la natura differente del mandato di cura e di

perito (fra le tante sentenze, cfr. 8C_55/2018 del 30 maggio 2018 consid. 6.2 e 8C_820/2016 del 27 settembre 2017 consid. 5.3). In merito ai rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, a suo favore (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc); Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353). Inoltre, il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4). L'Alta Corte, nella sentenza 9C_142/2008 del 16 ottobre 2008 -concetto ribadito ancora nella STF 9C_721/2012 del 24 ottobre 2012 in un caso ticinese -, trattandosi delle divergenze di opinione tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice, ha precisato quanto segue: " (...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert. (...)". Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). 2.7. Nella concreta evenienza, tutto ben considerato, il TCA non ha alcun valido motivo per discostarsi dalla valutazione del medico fiduciario dell'assicuratore resistente. Il dr. med. _____, chirurgo ortopedico, ha accertato una situazione stabile così come certificato dal dr. med. _____, medico curante del ricorrente, specialista in reumatologia. Quest'ultimo, già il 20 agosto 2019 (doc. 189), ha attestato che l'assicurato aveva raggiunto uno stadio in cui lavorando al 50% non abbisognava di particolari cure e riusciva a portare a termine il lavoro senza comparsa di tumefazioni o dolore, pertanto il quadro era stabilizzato. Al riguardo, egli ha precisato che nel momento in cui l'interessato lavorava con una percentuale superiore o in misura completa, v'era un'insorgenza graduale e progressiva di dolore che lo costringeva a sedersi molto spesso e il giorno dopo il ginocchio era tumefatto con versamento evidente che ogni tanto doveva essere evacuato. A complicare il quadro, ha rilevato il curante, una forma di insufficienza renale, perciò l'utilizzo di FANS doveva essere limitato al minimo. Tutto ciò, ha concluso, con una percentuale di lavoro del 50% non si verificava. In un altro

referto del 20 agosto 2019 (doc. 185) - data poi corretta nel 16 ottobre 2019 (doc. 189) -, il reumatologo ha affermato che " con una adeguata mole lavorativa il paziente conduce una vita normalissima senza dolori e senza bisogno di farmaci o di artrocentesi, bisogno che insorge dopo alcuni giorni di lavoro in misura completa. ". Quest'ultima affermazione, d'avviso del Tribunale, racchiude le conclusioni tratte dall'assicuratore, che vanno qui tutelate. Il dr. _____ ha infatti evidenziato che se l'assicurato può svolgere un lavoro adatto alle sue condizioni di salute, egli può condurre una vita normale e non dovere più fare capo agli antinfiammatori per lenire il dolore al ginocchio sinistro quando lo sforza a lungo. In altre parole, se l'attività di cuoco svolta a tempo pieno gli provoca, dopo alcuni giorni, dei dolori tali da dovere ricorrere all'assunzione di farmaci antidolorifici per potere continuare a lavorare al 100%, ecco che lo stesso medico curante ha implicitamente consigliato di effettuare dei lavori consoni allo stato di salute, così da non dovere ricorrere a dei presidi farmacologici che, peraltro, vanno limitati in presenza dell'insorgenza di una forma di insufficienza renale. Tuttavia, al riguardo il reumatologo ha affermato che " Pensare ad una riqualificazione alla sua età diventa improponibile ", motivo per cui si doveva attribuire all'assicurato una rendita di invalidità commisurata alla sua limitazione e rivalutare l'IMI. Nel successivo rapporto del 20 ottobre 2020 (doc. 221), il dr. med. _____ ha osservato che l'aver ripreso a tempo pieno l'esercizio dell'attività di cuoco ha comportato nuovamente al ricorrente dei problemi al ginocchio, che dal 13 ottobre 2020 l'hanno costretto a un'inabilità lavorativa del 50% per alcune settimane. Il curante ha certificato che lavorando al 50% come cuoco l'assicurato era in grado di mantenere una buona condizione, perciò " sembrerebbe che il limite consentito al paziente affinché non debba sempre ricorrere al medico sia del 50% oppure che vengano presi opportuni provvedimenti sul lavoro che gli permettano riposo periodico per non affaticare il ginocchio, cosa che non appare attuabile per la mansione di cuoco. ". Da queste considerazioni il TCA ritiene, conformemente a quanto attestato dal dr. med. _____ (cfr. visita medica di chiusura del 31 luglio 2020), che come cuoco il ricorrente non è più in grado di lavorare a tempo pieno, ma che in altre attività in cui il ginocchio sinistro non sia troppo sollecitato la sua capacità lavorativa è totale. La limitazione del 50% si riferisce chiaramente al lavoro come cuoco, non essendo possibile, per definizione stessa, trovare degli accorgimenti che permettano all'assicurato di non affaticare troppo il ginocchio nell'esecuzione di tali mansioni. Nel suo caso, poi, egli ha riconosciuto che il datore di lavoro, proprio perché è alle sue dipendenze ormai da decenni ed è in ottimi rapporti, gli ha fornito degli aiuti e degli accorgimenti permettendogli anche di effettuare delle pause. Tuttavia, in occasione della visita del 31 luglio 2020, l'insorgente ha dichiarato al medico fiduciario che quando sforza il ginocchio - durante la sua attività - ha dolori che lo costringono a prendere dei farmaci e che la sua autonomia è di cinque ore, mentre quando è a casa e non fa sforzi non ha disturbi importanti e riesce quindi a vivere una vita normale. Non si vede dunque per quale motivo un'attività adeguata rispettosa dei limiti funzionali e di carico individuati dal dr. med. _____ non possa essere esercitata dal ricorrente a tempo pieno. Non v'è per esempio alcun impedimento nello svolgere un'attività da seduto rispettivamente alternando la posizione eretta con quella seduta, circostanza che purtroppo non è realizzabile nella mansione di cuoco, perché altrimenti egli avrebbe potuto senza problemi continuare ad esercitarla come in passato. 2.8. In merito alla questione dell'assunzione di antinfiammatori va osservato che è a giusta ragione che il dr. med. _____ ha concluso che l'esercizio di un'attività adeguata non dovrebbe comportare per l'assicurato di fare capo a dei FANS. In effetti, se il ricorrente svolge un'attività

rispettosa dei limiti funzionali e di carico individuati dal medico fiduciario il 31 luglio 2020, allora non v'è nemmeno ragione, di principio, di dovere fare capo a degli antidolorifici, proprio perché un'attività adatta alle sue condizioni di salute non dovrebbe comportare dei dolori al ginocchio infortunato. È soltanto nel caso in cui dei dolori si dovessero comunque presentare malgrado lo svolgimento di un'attività lavorativa adeguata, che l'assicurato dovrebbe fare capo a degli antinfiammatori, tuttavia non steroidei. A tale proposito, lo stesso dr. med. _____ ha indicato l'assunzione di paracetamolo e/o di Novalgine. Non si vede dunque per quale motivo la somministrazione di farmaci contenenti questi preparati, per di più, di principio, in via sporadica e non continuativa come è il loro utilizzo più consueto, dovrebbe comportare una diminuzione della capacità lavorativa del ricorrente in un'attività, non va dimenticato, adatta alle sue condizioni di salute con particolare riferimento al ginocchio sinistro e che quindi non dovrebbe causargli alcun nocumento. Non solo, quindi, si può ritenere che un'attività lavorativa adeguata alle limitazioni poste dal medico fiduciario dell'assicuratore possa essere svolta dal ricorrente in ragione del 100%, ma che anche qualora insorgessero dei dolori durante l'esecuzione della stessa egli potrebbe indiscutibilmente fare capo a degli antidolorifici non steroidei, senza con ciò gravare sull'insufficienza renale cronica moderata di cui è affetto e, per l'appunto, sull'esigibilità stessa dell'attività lavorativa. 2.9. Visto quanto precede, occorre dunque ritenere accertato, almeno con il grado della verosimiglianza preponderante, che l'insorgente sarebbe in grado di svolgere, a tempo pieno e con un rendimento completo, un'attività lavorativa confacente al suo stato di salute infortunistico. 2.10. Per quanto concerne l'aspetto economico, poiché non è stato contestato come tale dall'assicurato, il Tribunale non verifica il grado di invalidità del 14% ritenuto dall'CO 1 con il metodo di raffronto dei redditi. Ci si limita a osservare che, a richiesta del TCA (doc. V), l'assicuratore ha precisato che tale grado discende dal calcolo effettuato il 12 gennaio 2021 (doc. 244), mentre nella decisione, per una svista, il grado diverge (doc. VI). 2.11. In esito a tutto quanto esposto, occorre concludere che a ragione l'CO 1 resistente ha valutato il grado dell'invalidità dell'assicurato tenendo conto di un'abilità lavorativa del 100% in attività adeguate, fermo restando i limiti funzionali e di carico stabiliti dal medico fiduciario. La decisione su opposizione impugnata mediante la quale l'assicuratore infortuni ha attribuito all'assicurato dal 1° novembre 2020 il diritto a una rendita di invalidità del 14% deve dunque essere confermata e il ricorso va respinto.

E. 2.12

Il 1° gennaio 2021 è entrata in vigore una modifica della LPGA. L'art. 61 lett. a LPGA prevede ora unicamente che la procedura deve essere semplice, rapida e, di regola pubblica. Dalla medesima data è entrato in vigore l'art. 61 lett. f bis LPGA, secondo cui in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. In concreto il ricorso concerne prestazioni LAINF e il legislatore non ha previsto di prelevare delle spese.

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