

TI_GERICHTE 35.2021.89 vom 14. März 2022

TI Tribunale d'appello, 2022-03-14, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2021.89

FR: TI_GERICHTE 35.2021.89 du 14 mars 2022

IT: TI_GERICHTE 35.2021.89 del 14 marzo 2022

Erwägungen

E. 2

Cost. le parti hanno diritto di essere sentite. Per costante giurisprudenza (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008 consid. 4.2), dal diritto di essere sentito deve in particolare essere dedotto il diritto per l'interessato di esprimersi prima della resa di una decisione sfavorevole nei suoi confronti, quello di fornire prove circa i fatti suscettibili di influire sul provvedimento, quello di poter prendere visione dell'incarto, quello di partecipare all'assunzione delle prove, di prenderne conoscenza e di determinarsi al riguardo (DTF 132 V 387, 127 V 219, 127 V 431, 127 I 56, 126 V 130). Il diritto di essere sentito comprende l'obbligo per l'autorità di motivare le proprie decisioni. Tale obbligo ha lo scopo, da un lato, di porre la persona interessata nelle condizioni di afferrare le ragioni poste a fondamento e di poterlo impugnare con cognizione di causa, e dall'altro, di permettere all'autorità di ricorso di esaminare la fondatezza della decisione medesima. Ciò non significa che l'autorità sia tenuta a pronunciarsi in modo esplicito ed esaustivo su tutte le argomentazioni addotte; essa può occuparsi delle sole circostanze rilevanti per il giudizio, atte ad influire sulla decisione (STF U 397/05 del 24 gennaio 2007 consid. 3.2 con riferimenti; DTF 129 I 232 consid. 3.2 pag. 236; STCA 32.2018.3 del 30 gennaio 2019, consid. 2.1; STCA 35.2019.12 del 5 febbraio 2020, consid. 2.1; STCA 35.2020.53 del 1° marzo 2021, consid. 2.3; cfr., tra le tante, la recentissima STF 8C-668/2021 del 18 febbraio 2022, consid. 2.4). Secondo il TCA, la decisione impugnata non è solo sufficientemente motivata ma è pure chiaramente comprensibile. In effetti, nella stessa, l'amministrazione ha chiaramente indicato i motivi per cui ha ritenuto l'assicurato abile nei limiti della rendita in vigore dal 10 febbraio 2021 e ha pertanto chiuso la ricaduta del 6 novembre 2020. Nella risposta di causa del 17 novembre 2020 (doc. III) l'Istituto resistente ha nuovamente spiegato in modo dettagliato i motivi della propria decisione (doc. III, pag. 2-4). Del resto l'assicurato ha dimostrato di aver compreso la portata del provvedimento contestato ed i motivi per cui l'amministrazione ha ritenuto che fosse abile nei limiti della rendita in vigore dal 10 febbraio 2021 e ha pertanto chiuso la ricaduta del 6 novembre 2020, con il ricorso in disamina. Inoltre, invitato dal TCA a presentare delle osservazioni in merito alla risposta dell'amministrazione (doc. IV), è rimasto silente. Ne consegue che, nel caso di specie, non è ravvisabile una violazione del diritto di essere sentito di RI 1 e la censura sollevata al riguardo dal suo patrocinatore va pertanto disattesa. Il TCA può pertanto entrare nel merito del ricorso. nel merito 2.4. Litigiosa è la questione di sapere se, a dipendenza della ricaduta annunciata gli nel novembre 2020, l'istituto convenuto era legittimato a negare un aumento della rendita di invalidità in vigore a decorrere dal 1° febbraio 2021, oppure no. 2.5. Secondo l'art. 17 cpv. 1 LPGA, se il grado di invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente, oppure soppressa, d'ufficio o su richiesta. Questa norma è stata ripresa dall'art. 22 cpv. 1 prima frase vLAINF, il quale prevedeva che se il grado d'invalidità muta notevolmente, la rendita

sarà corrispondentemente aumentata, ridotta oppure soppressa. L'art. 22 LAINF - analogamente all'art. 22 cpv. 1 seconda frase vLAINF - recita che, in deroga all'articolo 17 cpv. 1 LPGa, la rendita non può più essere riveduta dal mese in cui gli uomini compiono 65 anni e le donne 62. L'istituto della revisione ha per scopo l'adeguamento della rendita d'invalidità alle mutate circostanze e non la correzione di errori di commisurazione dell'invalidità di cui sia stata viziata la decisione iniziale o una revisione successiva (Ghèlew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), Losanna 1992, p. 114). La revisione presuppone, dunque, che l'invalidità abbia subito sostanziali mutamenti dopo la costituzione della rendita o una sua successiva revisione (DTF 113 V 275 consid. 1a e riferimenti ivi menzionati). Per costante giurisprudenza, il TF considera che i principi dedotti dall'art. 41 LAI si applicano per analogia pure nell'ambito della revisione delle rendite di invalidità assegnate dall'CO 1, indipendentemente dal fatto che essa sia disciplinata dall'art. 80 LAMI oppure dall'art. 22 LAINF (RAMI 1987 U 32 p. 446s.).

2.6. L'invalidità può modificarsi essenzialmente per due ordini di motivi: sia perché cambia lo stato di salute, sia perché il danno alla salute, pur rimanendo immutato, si ripercuote diversamente sulla capacità lucrativa dell'assicurato, ossia sulla sua capacità di procurarsi un guadagno col proprio lavoro (cfr. DTF 130 V 343 consid. 3.5, 126 V 75 consid. 1b, 113 V 275 consid. 1a, 109 V 116 consid. 3b). L'assicurato può, infatti, migliorare, in prosieguo di tempo, le proprie attitudini professionali, acquisire conoscenze che gli consentano l'inserimento in attività meglio remunerate, reperire un posto confacente in modo ideale al suo stato di salute ed alle sue attitudini, ben pagato e sicuro, mettendo in atto una situazione non prevedibile al momento di stabilire il reddito ipotetico da invalido. Oppure le sue capacità di guadagno possono, per motivi diversi, peggiorare. Secondo la giurisprudenza federale, anche il reddito da valido può essere liberamente riesaminato nell'ambito di una revisione della rendita, senza alcun vincolo all'originaria decisione di rendita (cfr. STF U 183/02 del 26 maggio 2003 consid. 6.2).

2.7. Il mutamento deve, inoltre, essere notevole. Secondo la giurisprudenza resa prima dell'entrata in vigore della LAINF, la modifica doveva essere apprezzata relativamente al grado di invalidità precedentemente accertato: così, un mutamento del 5% è stato considerato notevole per rapporto ad un'invalidità del 15% ma poco importante per rapporto ad un'invalidità iniziale del 75% (cfr. Ghèlew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 115 e dottrina ivi citata).

2.8. Per rivedere una rendita di invalidità non basta un semplice cambiamento passeggero: le circostanze di base devono mutare presumibilmente a lungo termine. In particolare, non è motivo di revisione un temporaneo aumento di guadagno dell'assicurato (cfr. Ghèlew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 114).

2.9. La questione di sapere se si è prodotto un simile cambiamento deve essere vagliata comparando le circostanze esistenti al momento dell'ultima decisione cresciuta in giudicato, fondata su un esame materiale del diritto alla rendita con un accertamento dei fatti pertinenti, un apprezzamento delle prove e un raffronto dei redditi conforme al diritto, e le condizioni esistenti all'epoca in cui è stata rilasciata la decisione litigiosa (cfr. cfr. consid. 2.3 non pubblicato della DTF 139 V 585; DTF 133 V 108 consid. 5; STF 9C_985/2008 del 20 luglio 2009 consid. 4, 9C_148/2007 del 21 gennaio 2008 consid. 3.2). Tanto nel fissare inizialmente la rendita di invalidità quanto nel rivederla successivamente si deve ipotizzare un mercato del lavoro in condizioni di normalità, cioè essenzialmente equilibrato. I mutamenti congiunturali, il passaggio, ad esempio, da una fase di recessione a una di crescita economica, non sono motivo di revisione. Non si tiene parimenti conto, né prima né dopo, di fattori estranei al danno della salute. Ad esempio, le scarse conoscenze scolastiche, le difficoltà linguistiche, le

insufficienti attitudini professionali, ecc., non sono rilevanti ai fini della commisurazione dell'invalidità. Ciò che importa è la diminuzione della capacità di guadagno, presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica conseguente ad infortunio Sola conta, infatti, per la determinazione dell'invalidità, l'incapacità lucrativa in nesso causale con il danno alla salute (che, a sua volta, nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni, deve essere in relazione causale con l'infortunio). 2.10. 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 consid. 4.4 e consid. 4.7, 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 a medici esterni all'amministrazione o a servizi specializzati indipendenti in ossequio alla procedura di cui all'art. 44 LPGa, esse godono di piena forza probatoria, a condizione che non esistano indizi concreti che ne mettano in dubbio l'affidabilità (cfr. STF 8C_839/2016 del 12 aprile 2017 consid. 3.2 e 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. 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; STCA 35.2020.38 del 9 novembre 2020, consid. 2.9).

2.11. Nella concreta evenienza, a seguito dell'infortunio del 24 ottobre 2015, l'assicurato è stato posto al beneficio di una rendita di invalidità del 12% a far tempo dal 1° maggio 2017 (decisione del 27 settembre 2017: doc. 150 incarto LAINF). Dalle carte processuali emerge che, in seguito all'infortunio ed al persistere dei dolori al piede sinistro, l'assicurato è stato sottoposto il 17 novembre 2016 ad una risonanza magnetica (doc. 95 incarto LAINF) che ha messo in evidenza quanto segue: "(...). Regelrechter Befund bei bekannter nicht dislozierter intraartikulärer Talusfraktur mit Frakturausläufer ins USG und subtalar posterior ohne Stufenbildung. Einzig minimales subkortikales Spongiosaödem ventral an der mediaten Talusschulter sowie leicht aktivierte Synchondrose am Os trigonum. Ansonsten normales Knochenmarksignal ohne Anhalt für Osteonekrose oder Morbus Sudeck. Kein Hinweis auf entzündliche Affektion. Keine anderweitige Fraktur. Intakte Sehnen und Bänder. Intakte Syndesmose. (...)"

In medesima data è stato visitato, su richiesta del medico _____, dal Prof. dr. med. _____, il quale, nella relativa valutazione medica del 22 novembre 2016 (doc. 98 incarto LAINF), ha indicato quanto segue: "Diagnosen Restbeschwerden 13 Monate nach undislozierter Taluscorpusfraktur links (24.10.15) (...). Zusatzuntersuchungen MRI OSG links 17.11.2016: Vernarbtes LFTA. Verheilte Fraktur in anatomischer Stellung ohne umgebendes Knochenmarksödem. Keine Arthrose des OSG/USG. Kein Erguss, keine Synovialitis. Beurteilung und Prozedere Anatomisch verheilte Talusfraktur, ohne Hinweise auf persistierende Heilungsaktivität, ohne entzündliche Umgebungsreaktion, ohne posttraumatische Arthrose. Die Beschwerden dürften somit spontan verschwinden, die Prognose ist gut, der Fuss belastbar. Aufgrund dieser objektiven Situation besteht keine Einschränkung der Belastbarkeit (...)" (n.d.r.: il grassetto non è della redattrice).

Con apprezzamento medico del 10 febbraio 2017 (doc. 113 incarto LAINF) il medico _____, dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore, aveva indicato quanto segue: "Esigibilità del lavoro Molto spesso può sollevare e portare pesi molto leggeri, leggeri, medi, fino all'altezza dei fianchi, talvolta può sollevare e portare pesi pesanti fino all'altezza dei fianchi, mai può sollevare e portare pesi molto pesanti fino all'altezza dei fianchi, molto spesso può sollevare oltre l'altezza del petto fino a 5 kg e oltre i 5 kg. Molto spesso può maneggiare attrezzi leggeri e di precisione e medi, di rado può maneggiare attrezzi pesanti - lavoro manuale rozzo, mai può eseguire lavoro molto pesante, molto spesso può eseguire la rotazione della mano bilateralmente. Molto spesso può eseguire lavori sopra la testa, rotazione, posizione seduta inclinata in avanti, posizione in piedi e inclinata in avanti, di rado posizione inginocchiata e flessione delle ginocchia. Molto spesso può avere posizione seduta, posizione in piedi, posizione a libera scelta. Molto spesso può camminare fino a 50 m, oltre i 50 m per lunghi tratti, mai camminare su terreno accidentato, talvolta può salire le scale, mai salire su scale a pioli. Molto spesso l'uso delle due mani, equilibrio e stare in equilibrio. L'assicurato è considerato abile nella misura dell'esigibilità dal 10.02.2017." (doc. 113, pag. 5 incarto LAINF)

Alla chiusura del caso, con decisione formale del 27 settembre 2017, l'CO 1 ha riconosciuto all'assicurato una rendita di invalidità del 12% dal 1° maggio 2017 (doc. 150 incarto LAINF), confermata (art. 17 LPGa) con comunicazione del 26 maggio 2020 (doc. 202 incarto LAINF).

2.12. Al precedente considerando sono state esposte le circostanze che giustificarono, all'epoca, l'assegnazione (e, nel 2020, la Al

precedente considerando sono state esposte le circostanze che giustificarono, all'epoca, l'assegnazione (e, nel 2020, la conferma) di una rendita di invalidità del 12%. Si tratta ora di esaminare la situazione esistente fino al settembre 2021, momento in cui è stata emanata la decisione su opposizione impugnata. 2.12.1. Il 6 novembre 2020 la _____ di _____ ha annunciato all'assicuratore LAINF una ricaduta dell'infortunio dell'ottobre 2015, determinata da dolori all'astragalo con incapacità lavorativa dell'assicurato a far tempo dall'8 ottobre 2020 (doc. 225 incarto LAINF). L'CO 1 ha riconosciuto un'inabilità lavorativa completa dall'8 ottobre 2020 al 9 febbraio 2021, versando le corrispondenti indennità giornaliere (doc. 282 incarto LAINF). L'amministrazione sostiene che, a decorrere dal 10 febbraio 2021, lo stato di salute dell'assicurato, oggetto dell'annuncio di ricaduta del novembre 2020, non sarebbe oggettivamente peggiorato in misura tale da determinare una modifica dell'esigibilità lavorativa stabilita a margine della valutazione del 10 febbraio 2017 del medico _____ (capacità lavorativa del 100% in attività idonee), di modo che non sarebbero parimenti dati i presupposti per aumentare la rendita d'invalidità in vigore dal 1° maggio 2017 (doc. 294 incarto LAINF). Secondo il TCA, quanto fatto valere dall'istituto resistente trova, in effetti, riscontro nella documentazione medica agli atti. 2.12.2. Il 14 ottobre 2020 l'assicurato si è stato sottoposto ad un esame radiologico TC della caviglia sinistra (doc. 210 incarto LAINF) che ha messo in evidenza quanto segue: " Rispetto al precedente osserviamo maggior segni di consolidazione della nota frattura talare, che permane tuttavia incompleta. Conservate le rime articolari a sede tibio-fibulo-talare." Il 18 gennaio 2021 l'assicurato si è stato sottoposto ad una risonanza magnetica (doc. E) che ha messo in evidenza quanto segue: " Focale lesione osteocondrale del dorso talare a sede centrale con edema osseo subcondrale associato. Regolari le strutture legamentarie e tendinee. Pregressa rima di frattura parzialmente visualizzabile nel contesto del talo." Su richiesta del medico _____ (su richiesta dello specialista curante, dr. med. _____, specialista FMH in ortopedia e traumatologia; doc. 241 e 242 incarto LAINF), l'CO 1 ha acquisito agli atti la valutazione medica dell'8 febbraio 2021 (doc. 277 incarto LAINF) del Prof. dr. med. _____, il quale ha indicato quanto segue: " Diagnosen unspezifische Schmerzen Sinus tarsi links nach undislozierter Taluscorpusfraktur am 24.10.15 (...). Bildgebung MRI Rimed _____ vom 18.1.2021: Kein Erguss, keine Osteophyten, keine Zysten, keine Sklerose. Minimale Narbe in der Spongiosa, entlang der ehemaligen Fraktur. Diese ist komplett verheilt. Beurteilung und Prozedere

E. 5

Jahre nach dem Unfall ist klinisch und radiologisch eine ruhige Situation zu verzeichnen, ohne jegliche Hinweise auf entzündliche Aktivität oder Degeneration. Die Beschwerden lassen sich somit nicht objektivieren, somit entfällt auch eine logisch ableitbare Therapie. Prognostisch ist die Situation mit diesem Verlauf als sehr günstig einzuschätzen. Eine objektivierbare Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht nicht") rispettivamente nell'apprezzamento medico del 13 luglio 2021 (doc. 280 incarto LAINF) del medico _____, dr. med. _____, (" La valutazione del prof. dr. med. _____ che tiene chiaramente conto il confronto delle due RM, certamente non lascia dubbi circa l'avvenuta guarigione della frattura, e pur tanto, nonostante l'attività a carico della frattura, nulla vieta che vi possano essere dei dolori in tale sede come esito della frattura stessa, ma che non implicino necessariamente un peggioramento. A tal fine va fatto rilevare che può portare a motivazioni l'esigibilità lavorativa e l'uso dei plantari da parte dell'assicurato fin al 2017, sono rimasti immutati proprio a tutela della potenziale evoluzione della patologia che

però nei fatti non è avvenuta. Non vi è quindi alcun sintomo di peggioramento né soprattutto non vi sono lesioni strumentalmente rilevanti che possono essere collegate con l'infortunio subito all'epoca e pertanto la situazione praticamente sovrapponibile. ") -, richiamato inoltre l'obbligo che incombe all'assicurato di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer-Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweiz. Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 61; DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 221), è da ritenere dimostrato, secondo il grado della verosimiglianza preponderante abitualmente applicato nel settore delle assicurazioni sociali (DTF 138 V 218 consid. 6 pag. 221 con riferimenti), che RI 1 dal 10 febbraio 2021 è in grado di svolgere, a tempo pieno e con un rendimento completo, un'attività lavorativa compatibile con le limitazioni derivanti dal danno alla salute infortunistico indicate al termine della visita _____ del 10 febbraio 2017. Il TCA non ignora la svariata documentazione agli atti dai medici consultati privatamente dall'assicurato. Tuttavia essa non è a sollevare dubbi - nemmeno lievi - circa la fondatezza dell'approfondito parere espresso dal Prof. dr. med. _____ l'8 febbraio 2021 (doc. 277 incarto LAINF), confermato anche dal medico _____ nelle annotazioni del 16 e 25 marzo 2021 (doc. 261 e 262 incarto LAINF). A questo riguardo si rileva che gli svariati certificati medici agli atti (in particolare, quelli del dr. med. _____) sono antecedenti e non si esprimono in merito alla valutazione medica del Prof. dr. med. _____ (in particolare, con espresso riferimento alla capacità lavorativa residua). Anche il dr. med. _____ (che, giova ribadire, è specialista FMH in medicina interna e, quindi, non nella materia che qui ci occupa) nel certificato medico del 25 febbraio 2021 (doc. 276 incarto LAINF) non si esprime in merito alla capacità lavorativa residua dell'assicurato. In ogni caso esso è stato preso in considerazione nell'approfondito apprezzamento medico del 13 luglio 2021 (doc. 280 incarto LAINF) del medico _____, dr. med. _____ (che, giova ribadire, è specialista FMH in chirurgia e vanta un'ampia esperienza in materia di medicina assicurativa e infortunistica) con considerazioni approfondite, motivate e convincenti (" Ora se consideriamo attentamente la RM effettuata, e i reperti posti dal dr. med. Maggi circa la focale lesione osteocondrale del dorso talare in sede centrale con edema osseo subcondrale associato, rapportandolo in una zona diversa da quella del traumatismo infatti, se rapporta con la RM del 19.11.2015 l'area contusiva ossea della porzione anteriore articolare della tibia dell'os trigunum nel processo posteriore talare sono nei posti assolutamente diversi da quella che è la localizzazione citata. Questa lesione appare più di carattere degenerativo, quindi e soprattutto indipendente dal trauma subito. ": cfr. doc. 280 incarto LAINF), dalle quali il TCA non ha motivo di scostarsi. Giova qui rilevare che, nella recente STF 9C-532/2020 del 13 ottobre 2021, al consid. 4.1, l'Alta Corte ha ribadito che: " Di principio, l'avviso dei medici curanti deve essere trattato con la necessaria prudenza a causa dei particolari legami che esse hanno con il paziente, per cui, secondo, esperienza comune, il medio curante propende generalmente, in caso di dubbio, a favore del paziente (DTF 125 V 351 consid. 3b/aa e 3b/cc)." 2.12.3. Da ultimo, il TCA rileva che oggetto del presente giudizio è esclusivamente il danno alla salute alla caviglia sinistra riconducibile all'infortunio del 24 ottobre 2015. Dalle tavole processuali si evince che l'insorgente, oltre ai disturbi (infortunistici) alla caviglia sinistra, nel periodo in disamina (27 settembre 2017-28 settembre 2021) ha sviluppato pure delle problematiche in

altre parti del corpo (ad esempio, spalla destra, femore acetabolo destro e gluteo destro: cfr. doc. G e H), che esulano dal presente giudizio (in particolare, con riferimento alla valutazione della capacità lavorativa residua e dell'esigibilità lavorativa dell'assicurato), non essendo in nesso di causalità naturale con l'infortunio in questione. Giova qui, infatti, ricordare che l'assicurazione contro gli infortuni tiene conto esclusivamente il danno alla salute causato dall'evento assicurato (diversamente dall'assicurazione per l'invalidità che, in quanto assicurazione finale, deve considerare il danno alla salute nella sua globalità; cfr. tra le tante, la STCA 35.2019.74 dell'11 marzo 2020, consid. 2.5 e la STCA 35.2021.81 del 7 febbraio 2022, consid. 2.2). Il TCA non ignora che nel corso del 2018 l'assicurato ha sviluppato anche un'ernia inguinale (doc. 285 e 286 incarto LAINF), operata nel 2019 (doc. 291 incarto LAINF), che, secondo il suo patrocinatore, sarebbe in nesso causale naturale con l'infortunio del 24 ottobre 2015 (cfr. doc. 284 e doc. I). Tuttavia questa Corte non ha motivo di scostarsi dalle dettagliate, approfondite, motivate e convincenti considerazioni espresso dal medico _____ - che, giova ribadire, è specialista nella materia che qui ci occupa e vanta pure un'ampia esperienza in materia di medicina assicurativa e infortunistica - nell'annotazione del 24 settembre 2021 (doc. 292 incarto LAINF), giusta il quale i disturbi di ernia inguinale accusati a partire dal 2018 non possono essere messi in relazione causale probabile con l'evento del 24 ottobre 2015, in quanto " la patogenesi di un ernia inguinale è nota in letteratura e non prevede la formazione di un ernia inguinale in conseguenza di un infortunio come quello avvenuto, in particolare non è giustificabile che una frattura di gamba o di TT o di piede possano causare accentuazione del torchio addominale nè tanto meno sfianamento della parete addominale. " (doc. 292 incarto LAINF). Tanto più che la valutazione dello specialista dell'CO 1 non è stata smentita da certificati medico-specialistici neppure in sede ricorsuale, ma solo attraverso il parere della rappresentante legale dell'assicurato che non trova fondamento in alcun rapporto medico, tantomeno specialistico, e non può quindi essere condivisa dal TCA. A questo riguardo si rileva che nella documentazione agli atti i medici curanti non si esprimono in merito all'eziologia dell'ernia inguinale rispettivamente in merito alla valutazione operata a tal riguardo dal medico _____. A questo proposito occorre evidenziare che il principio inquisitorio che regge la procedura davanti al Tribunale delle assicurazioni non è incondizionato, ma trova il suo correlato nell'obbligo delle parti di collaborare, quest'obbligo non può tradursi in una mera contestazione della presa di posizione di controparte senza addurre degli elementi oggettivi - segnatamente di natura medica - a sostegno delle proprie argomentazioni (cfr. sul tema STCA 32.2017.70 del 9 novembre 2017, consid. 2.7 e rinvii ivi citati; STCA 32.2017.83 del 22 febbraio 2018, consid. 2.6; STCA 35.2018.114 del 18 marzo 2019, consid. 2.8.5 e rinvii ivi citati; STCA 35.2020.72 dell'8 marzo 2021, consid. 2.5; STCA 35.2021.4 del 26 luglio 2021, consid. 2.6.5). 2.12.4. In simili circostanze, le critiche ricorsuali sollevate dal patrocinatore del ricorrente all'operato dell'amministrazione non possono essere condivise e devono essere respinte. Ora, posto che le condizioni di salute infortunistiche non hanno subito oggettive e significative modifiche rispetto a quanto constatato al momento della concessione della rendita e che anche l'esigibilità lavorativa è rimasta la medesima (per il periodo successivo al 10 febbraio 2021), non sono dati i presupposti per aumentare la rendita d'invalidità in vigore per la via della revisione ex art. 17 cpv. 1 LPG. 2.13. 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 rinuncia quindi all'assunzione di ulteriori prove (in particolare, ai mezzi di prova “ documenti, testi, perizia ed ogni altro mezzo di prova ammessi ” richiesti - in modo generico - dal patrocinatore dell'insorgente: cfr. doc. I), ritenendo la situazione sufficientemente chiarita. L'incarto della CO 1 è stato versato agli atti con la risposta di causa. Sulla scorta delle considerazioni che precedono il gravame deve dunque essere respinto e la decisione su opposizione avversata confermata. 2.14. L'art. 61 lett. a LPGA, in vigore fino al 31 dicembre 2020, prevedeva che la procedura deve essere semplice, rapida, di regola pubblica e gratuita per le parti; la tassa di giudizio e le spese di procedura possono tuttavia essere imposte alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. In data 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. fbis 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. Secondo l'art. 82a LPGA (Disposizione transitoria, cfr. RU 2021 358), ai ricorsi pendenti dinanzi al tribunale di primo grado al momento dell'entrata in vigore della modifica del 21 giugno 2019 si applica il diritto anteriore. In concreto, il ricorso è del 28 ottobre 2021 per cui si applica la nuova disposizione legale. Trattandosi di una controversia relativa a prestazioni LAINF, il legislatore non ha previsto di prelevare le spese (cfr. STCA 35.2021.9 del 20 settembre 2021 consid. 2.12; STCA 35.2021.58 del 18 ottobre 2021 consid. 2.12). Sul tema cfr. anche STF 8C_265/2021 del 21 luglio 2021 e STF 9C_394/2021 del 3 gennaio 2022. 2.15. 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, pag. 7). 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). Ora, va rilevato che per quanto riguarda la situazione medico-valetudinaria dell'assicurato, sul quale era focalizzato il gravame, alla luce della giurisprudenza pubblicata sia nella Raccolta ufficiale che nel sito web della Confederazione, rispettivamente in quello del Cantone Ticino (riportata in sentenza), doveva apparire chiaro che il rischio di perdere il processo era palesemente maggiore rispetto alle prospettive di un successo, ragione per la quale il requisito della probabilità di esito favorevole va giudicato inadempito. In queste condizioni, non essendo adempiuto uno dei tre presupposti cumulativi, la domanda di assistenza giudiziaria deve essere respinta.

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