

## **TI\_GERICHTE 35.2021.90 vom 30. März 2022**

TI Tribunale d'appello, 2022-03-30, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_35.2021.90](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2021.90)

FR: TI\_GERICHTE 35.2021.90 du 30 mars 2022

IT: TI\_GERICHTE 35.2021.90 del 30 marzo 2022

### **Regeste**

Discussa stabilizzazione stato piede sx, oggetto di ricaduta (interventi chirurgici). Discusso pure diritto a una rendita d'invalidità a seguito di un preteso peggioramento dello stato degli arti inferiori

### **Erwägungen**

#### **E. 16**

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

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

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

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

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

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

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

Spetta al medico fornire una precisa descrizione dello stato di salute dell'assicurato e di tracciare un esatto quadro degli impedimenti ch'egli incontra nell'esplicare determinate funzioni.

Il medico indicherà per prima cosa se l'assicurato può ancora svolgere la sua professione, precisando quali sono le controindicazioni in quell'attività e in altre analoghe.

Egli valuterà finalmente il grado dell'incapacità lavorativa che gli impedimenti provocano sia nella professione attuale sia nelle altre relativamente confacenti (cfr., su questi aspetti, STF I 871/02 del 20 aprile 2004 e STF 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

ch'egli può tuttora o potrebbe realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili, in un mercato del lavoro equilibrato, dopo l'adozione di eventuali provvedimenti integrativi (cfr. art. 16 LPGGA).

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

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

## E. 20

luglio 2018 e riferimenti ivi menzionati). L'Alta Corte ha inoltre precisato che la questione del "sensibile miglioramento" di cui all'art. 19 cpv. 1 LAINF va valutata in funzione dell'entità del previsto aumento oppure del ripristino della capacità lavorativa, nella misura in cui quest'ultima è pregiudicata dalle sequele infortunistiche (DTF 134 V 109 consid. 4.3 e riferimenti). 2.3.2. Nella concreta evenienza, l'assicuratore convenuto ha posto termine dal 6 aprile 2021 alle prestazioni di corta durata dipendenti dalla ricaduta dell'aprile 2018, ritenendo che da quella data lo stato del piede sinistro fosse ormai stabilizzato ai sensi dell'art. 19 cpv. 1 LAINF. Innanzitutto, va ricordato che il caso iniziale del settembre 2011 era stato dichiarato chiuso, senza diritto alla rendita d'invalidità, a far tempo dal 1° dicembre 2013 (cfr. doc. 148, doc. 160 e doc. 173). Tale decisione era stata confermata tanto da questa Corte quanto dal TF (cfr. supra, consid. 1.2.). Successivamente, l'CO 1 ha assunto due ricadute, la prima determinata dall'intervento del 18 luglio 2017, la seconda da quelli del 10 aprile 2018, del 6 dicembre 2018 e del 7 maggio 2020. Conseguentemente, l'assicurato è stato nuovamente posto al beneficio delle prestazioni di corta durata sino al 31 dicembre 2017, rispettivamente al 5 aprile 2021 (termine quest'ultimo oggetto della presente vertenza; cfr. supra, consid. 1.3.). In data 12 marzo 2021 il ricorrente è stato fiduciarmente visitato dal dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia. Il medico \_\_\_\_\_ ha refertato, dal punto di vista oggettivo, una "... area di ipodisestesia al I raggio. Buon allineamento e buon appoggio plantare del piede, callosità simmetriche, non segni di flogosi articolare a livello del piede.". Egli si è quindi espresso nei termini seguenti a proposito dell'ulteriore procedere terapeutico: "(...) L'assicurato potrà proseguire i controlli presso il dr. med. \_\_\_\_\_. Qualora egli voglia rimuovere i mezzi di sintesi, questo gesto chirurgico sarà da ritenere in nesso con l'evento a nostro carico. Attendiamo che egli si esprima in merito. Per il resto la situazione del piede appare stabilizzata e paragonabile alla situazione precedente." (doc. 500, p. 6) Da notare che, in occasione della degenza 25 gennaio – 12 febbraio 2021 presso la Clinica di riabilitazione di \_\_\_\_\_, i sanitari hanno rilevato che, in ragione del decorso stagnante, non erano stati previsti ulteriori provvedimenti fisioterapici. L'assicurato è peraltro stato istruito a eseguire degli esercizi presso il suo domicilio (doc. 492, p. 3). A margine della consultazione del 15 febbraio 2021, il dott. \_\_\_\_\_, Caposervizio di chirurgia e ortopedia presso l'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, ha sostenuto che, vista la situazione del piede sinistro, "... l'unico modo che vedo per il momento, se il paziente è d'accordo, è di presentarsi presso il Centro di terapia del dolore. Ho i miei dubbi che anche questo possa cambiare la sua situazione di dolori cronici. (...). Vista la situazione non prevedo un ulteriore controllo. Non credo neanche che possa beneficiare di una rimozione del materiale." (doc. 511 – il

corsivo è del redattore). Un'ulteriore visita di controllo da parte del dott. \_\_\_\_\_ ha avuto luogo nel settembre 2021. Dal relativo rapporto si apprende che la RMN del piede sinistro eseguita il 2 settembre 2021 aveva evidenziato la fusione a livello del tarso-matatarsale I e II, un buon posizionamento della placca e l'assenza di lesioni vascolo-nervose o legamentarie. Lo specialista ha quindi spiegato all'insorgente che, dal profilo radiografico, "... sia la radiografia sia la risonanza magnetica non mostrano alterazioni patologiche, le fusioni sono ben riuscite, al momento non abbiamo dal punto di vista radiologico una causa dei suoi dolori. Spieghiamo come l'ultimo passo che possiamo fare per escludere qualcosa è fare un intervento per la rimozione della placca, in considerazione comunque della fusione ossea ottenuta." (doc. 550). Chiamata a pronunciarsi in merito alla pretesa intervenuta stabilizzazione dello stato del piede sinistro a contare dal 6 aprile 2021 (con conseguente estinzione del diritto alle prestazioni di corta durata), questa Corte ritiene di poter fondare il proprio giudizio sul parere espresso al riguardo dal medico \_\_\_\_\_ dell'CO 1, al quale va dunque attribuito pieno valore probatorio. Al riguardo, occorre osservare come il parere del dott. \_\_\_\_\_ trovi sostanziale conferma nella restante documentazione medica specialistica, specificatamente nel rapporto di uscita della Clinica di \_\_\_\_\_ e nei referti del chirurgo ortopedico dott. \_\_\_\_\_. È vero che quest'ultimo ha evocato la possibilità di consultare il Centro per la terapia del dolore, rispettivamente di sottoporsi a un'intervento di asportazione del materiale di osteosintesi (AMO). È però altrettanto vero che lo stesso dott. \_\_\_\_\_ ha espresso grande scetticismo a proposito dei benefici ottenibili grazie a tali passi terapeutici (cfr. doc. 511). In questo contesto, non può neppure essere ignorato che, secondo la giurisprudenza, una futura AMO non giustifica il versamento di ulteriori prestazioni di corta durata (in particolare di ulteriori indennità giornaliere) (in questo senso, si vedano STFA del 30 luglio 1993 nella causa V. non pubblicata e STCA 35.2004.56 del 3 dicembre 2004; STCA 35.2014.51 del 20 ottobre 2014 consid. 2.4.4.; STCA 35.2015.119 del 9 agosto 2016 consid. 2.6; STCA 35.2017.110 del 15 gennaio 2018 consid. 2.6). Stante ciò, in applicazione dell'art. 19 cpv. 1 LAINF, l'assicuratore resistente era legittimato a porre fine alla corresponsione delle prestazioni di corta durata e pertanto, in tale misura, la decisione su opposizione impugnata deve essere confermata. A fronte della stabilizzazione delle condizioni del piede sinistro, il TCA può qui di seguito esaminare il diritto alle prestazioni di lunga durata, specificatamente quello a una rendita d'invalidità. 2.4. Diritto a una rendita d'invalidità a seguito dalla ricaduta dell'aprile 2018? 2.4.1. Secondo l'art. 18 cpv. 1 LAINF, l'assicurato invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 10 per cento a seguito d'infortunio ha diritto alla rendita di invalidità. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. Da parte sua, l'art. 16 LPGGA prevede che, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato invalido potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido. Nella RAMI 2004 U 529 p. 572 ss. , l'Alta Corte ha rilevato che anche l'art. 16 LPGGA non ha modificato le modalità per la fissazione del grado di invalidità dell'assicurato previsto dai previgenti art. 28 cpv. 2 LAI e art. 18 cpv. 2 seconda frase LAINF. Nella stessa pronunzia la nostra Corte federale ha quindi concluso che anche in ambito LAINF la giurisprudenza relativa ai concetti di incapacità lavorativa, incapacità al guadagno e invalidità continua a mantenere la sua validità anche in seguito all'introduzione della LPGGA. Due sono, dunque, di norma gli

elementi costitutivi dell'invalidità: 1. il danno alla salute fisica o psichica (fattore medico); 2. la diminuzione della capacità di guadagno (fattore economico). Tra il danno alla salute e l'incapacità di guadagno deve inoltre intercorrere un nesso causale (fattore causale).

Nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni deve esserci per giunta un nesso causale, naturale ed adeguato, tra il danno alla salute e l'infortunio. L'invalidità, concetto essenzialmente economico, si misura in base alla riduzione della capacità di guadagno e non secondo il grado di menomazione dello stato di salute. D'altro canto, poiché l'incapacità di guadagno importa unicamente nella misura in cui dipende da un danno alla salute, la determinazione dell'invalidità presuppone preliminarmente adeguati accertamenti medici che rilevino il danno in questione. Spetta al medico fornire una precisa descrizione dello stato di salute dell'assicurato e di tracciare un esatto quadro degli impedimenti che egli incontra nell'esplicare determinate funzioni. Il medico indicherà per prima cosa se l'assicurato può ancora svolgere la sua professione, precisando quali sono le controindicazioni in quell'attività e in altre analoghe. Egli valuterà finalmente il grado dell'incapacità lavorativa che gli impedimenti provocano sia nella professione attuale sia nelle altre relativamente confacenti (cfr., su questi aspetti, STF I 871/02 del 20 aprile 2004 e STF 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 LPGa). Il grado di invalidità corrisponde alla differenza, espressa in percentuale, tra il reddito ipotetico conseguibile senza invalidità e quello, non meno ipotetico, conseguibile da invalido. La giurisprudenza federale ha, più volte, confermato il principio che, nella determinazione dell'invalidità, non c'è la possibilità di fondarsi su una valutazione medico-teorica del danno alla salute dovuto all'infortunio e che occorre, sempre, basarsi sulle conseguenze economiche di tale danno. Ciò nondimeno, se il danno alla salute non è tale da imporre un cambiamento di professione, il giudizio sull'incapacità lavorativa non esprimerà valori superiori all'incapacità lavorativa indicata dal medico. Questo perché si suppone che esplicando tutto l'impegno professionale che la restante capacità lavorativa medico-teorica ancora permette di sviluppare, l'assicurato esprima una capacità di guadagno della medesima proporzione (cfr. RAMI 1993 U 168, p. 100; DTF 114 V 313 consid. 3b).

2.4.2. Preliminarmente, questa Corte ritiene necessario inquadrare dal profilo procedurale la fattispecie sub iudice. Dalle carte processuali si evince che il diritto alla rendita era già stato negato all'assicurato con la decisione su opposizione del 14 maggio 2014, confermata su ricorso dal TCA e dal TF (cfr. supra, consid. 1.2.). Il ricorrente fa ora valere che, rispetto alla situazione esistente al momento in cui è stata emanata la decisione su opposizione appena citata, lo stato dei suoi arti inferiori si sarebbe aggravato con conseguente modifica dell'esigibilità lavorativa stabilita al momento della chiusura del caso iniziale. In questo contesto, è utile rilevare che, nel caso di specie, non può trovare applicazione l'art. 17 cpv. 1 LPGa, ricordato che con la pregressa decisione su opposizione all'assicurato era stato negato il diritto alla prestazione. D'altro canto, va segnalato che, secondo la giurisprudenza, il rifiuto cresciuto in giudicato di riconoscere delle prestazioni da parte dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni, non esclude in ogni caso la successiva insorgenza di un diritto derivante dal medesimo evento assicurato. Una tale decisione è per contro subordinata a un successivo adeguamento alle mutate circostanze di fatto in relazione causale con l'infortunio. Questo principio, regolato nell'assicurazione per

l'invalidità con l'istituto della nuova domanda, vale anche nell'ambito dell'assicurazione contro gli infortuni, potendo la persona assicurata far valere in ogni tempo una ricaduta o conseguenze tardive di un infortunio assicurato (cfr. art. 11 OAINF) e pretendere quindi nuovamente delle prestazioni dall'assicurazione contro gli infortuni (cfr. STF 8C\_382/2018 del 6 novembre 2018 consid. 2.2 e riferimento). 2.4.3. Nella concreta evenienza, è utile ricordare che, con sentenza 35.2014.56 del 21 maggio 2015, il TCA ha confermato la decisione su opposizione 14 maggio 2014 dell'CO 1. Con quel giudizio, è stato innanzitutto accertato che la questione concernente l'eziologia dei disturbi interessanti il rachide lombo-sacrale e le ginocchia era già stata oggetto di decisioni cresciute in giudicato (mediante le quali ne era stata negata la natura traumatica), di modo che l'assicuratore aveva a ragione valutato il diritto alle prestazioni di lunga durata facendo astrazione da quelle problematiche. Trattandosi della spalla destra, questa Corte ha negato che i relativi disturbi costituissero una conseguenza naturale dell'infortunio occorso nel mese di gennaio 2011, allorquando l'assicurato era stato coinvolto in un incidente della circolazione stradale. D'altro canto, in merito al diritto a una rendita d'invalidità, posto che già prima dell'evento traumatico del settembre 2011, in ragione soprattutto dei disturbi (extra-infortunistici) alle ginocchia e alla schiena, l'assicurato era stato giudicato completamente inabile nell'attività propriamente detta di parchettista ma in grado di svolgere, senza limitazioni di tempo e di rendimento, delle attività sostitutive da leggere a tutt'al più medio-pesanti in posizione prevalentemente seduta o con possibilità di alternare la posizione con regolarità, il TCA, facendo propria la valutazione dell'esigibilità lavorativa espressa dal dott. \_\_\_\_\_ a margine della visita \_\_\_\_\_ di chiusura del 28 ottobre 2013, ha ritenuto che non si poteva ammettere che il danno al piede sinistro avesse comportato un peggioramento della capacità di guadagno di RI 1, non essendo subentrata alcuna modifica della precedente capacità/esigibilità lavorativa. Donde il rifiuto di assegnargli una rendita d'invalidità (cfr. doc. 199). La pronuncia cantonale è stata confermata dalla Corte federale con la sentenza 8C\_454/2015 del 30 maggio 2016 (cfr. doc. 239). Questo Tribunale è chiamato ora a stabilire se, nel frattempo, le condizioni di salute infortunistiche dell'insorgente si sono modificate in una misura tale da incidere negativamente sull'esigibilità lavorativa definita a suo tempo. Al riguardo, deve essere immediatamente precisato che, contrariamente a quanto pretende il patrocinatore dell'assicurato, nella valutazione occorre prendere in considerazione unicamente lo stato del piede sinistro, interessato dalla ricaduta qui in discussione, e non altre parti del corpo, segnatamente le ginocchia, che sono già state oggetto di decisioni cresciute in giudicato. Dalle tavole processuali emerge che, a margine della degenza riabilitativa presso la Clinica di \_\_\_\_\_, i sanitari hanno evidenziato l'esistenza di un'importante amplificazione dei sintomi, le limitazioni fisiche denunciate dal ricorrente non potendo essere pienamente spiegate con lo stato oggettivabile, di modo che la valutazione dell'esigibilità lavorativa ha dovuto essere fatta su basi medico-teoriche. A loro avviso, quindi, l'assicurato è da ritenere completamente inabile nella sua precedente professione di parchettista ma in grado di esercitare a tempo pieno e con un rendimento completo attività da leggere a medio-pesanti, da svolgere in posizione alternata, evitando le posizioni inginocchiata e accovacciata di lunga durata, come pure l'utilizzo frequente di scale e/o di ponteggi (doc. 492, p. 3). In occasione della visita \_\_\_\_\_ del 12 marzo 2021, il dott. \_\_\_\_\_ si è così espresso in merito all'esigibilità lavorativa: "(...) La situazione attuale appare stazionaria e non modificata in modo apprezzabile dal punto di vista funzionale rispetto alla precedente visita \_\_\_\_\_. Si conferma quindi che l'assicurato appare, per i soli postumi infortunistici, abile in misura completa nell'attività

descritta come da sottoposizione amministrativa del 16.02.2021. Si conferma pertanto l'esigibilità a suo tempo espressa." (doc. 500, p. 6 s.) Invitato dall'amministrazione a esprimersi sulle obiezioni sollevate nel frattempo dal rappresentante dell'assicurato, il medico \_\_\_\_\_ ha formulato le seguenti considerazioni: " (...) Per quanto riguarda l'esigibilità la lavoro, essa si è basata sui dati clinici di diretta acquisizione in occasione della visita \_\_\_\_\_ del 12.03.2021, corredati dalla valutazione EFL di \_\_\_\_\_ e confrontati con la visita \_\_\_\_\_ del 2013 del dr. med. \_\_\_\_\_. Il quadro clinico obiettivo dell'ultima visita \_\_\_\_\_ non è dal punto di vista funzionale difforme da quanto espresso dal dr. med. \_\_\_\_\_. Anche l'esigibilità al lavoro espressa dall'istituto di \_\_\_\_\_, ci indica che l'assicurato è abile in un lavoro da leggero a medio per una giornata intera e che non preveda una salita frequente di scale, posizioni inginocchiate e accovacciate di lunga durata o sforzi statici prolungati sul piede sinistro. Tale tipo di esigibilità è paragonabile a quanto stabilito dal dr. med. \_\_\_\_\_ in precedenza e confermato nelle mie precedenti visite \_\_\_\_\_ del 2017 e 2019 nonché in quell'ultima del 2021. È inoltre da ritenere che l'attività descritta nella sottoposizione amministrativa del 2021 sia del tutto in linea con una siffatta attività. Nel suo scritto l'avvocato RA 1 ritiene non più esigibile l'attività di posatore di pavimenti. Su questo punto chiarisco che anche il medico di \_\_\_\_\_ non l'ha ritenuta esigibile. Ciò era già stato valutato nel 2013 dal dr. med. \_\_\_\_\_ ed è stato poi successivamente confermato sia dalla posizione della clinica \_\_\_\_\_ che dalla posizione del medico \_\_\_\_\_, che ha chiuso il caso nel 2021. In merito agli ultimi interventi eseguiti, citati dall'avvocato RA 1, ritengo che essi non abbiano peggiorato in modo apprezzabile la funzionalità del piede e quindi l'esigibilità. Si tratta infatti di interventi di artrodesi metatarso-falangea all'alluce sinistro e osteotomia del colletto II, III e IV metatarsale e allungamento a Z del tendine estensore lungo dell'alluce sinistro del 2017. Tale intervento è teso a ridurre il dolore sul primo raggio e a correggere una deformità delle dita. I successivi interventi di ripresa dell'artrodesi e di AMO non modificano la situazione, anzi correggono un ritardo/mancata consolidazione della precedente artrodesi. Infine, l'artrodesi tarso-metatarsale II con placche e viti eseguita nel 2020 dal dr. med. \_\_\_\_\_, è tesa a ridurre i dolori senza modificare in modo apprezzabile la deambulazione. Essa infatti blocca l'articolazione tarso-metatarsale, sede di artrosi, in posizione funzionale e permette un adeguato appoggio del piede, riducendo o eliminando i dolori di carattere artrosico. (...). Infine, l'avv. RA 1 ritiene che il danno alla salute che oggi è presente al piede sinistro, si ripercuota sulla sua capacità a svolgere qualsiasi mansione, anche la più leggera. Su questo elemento rilevo che la lettera dell'avvocato RA 1 non porta alcun documento medico di nuova acquisizione a sostegno di questa ipotesi. Il decorso della cura di questo assicurato è stato seguito nel tempo e la capacità lavorativa è stata valutata dettagliatamente nel 2013 dal dr. med. \_\_\_\_\_. Essa stata poi rivalutata nel 2019 e nel 2021 in occasione della visita medico-\_\_\_\_\_, corredata peraltro da una valutazione esaustiva della clinica \_\_\_\_\_. Tutte queste valutazioni indicano una capacità lavorativa differente che è basata sulle valutazioni mediche. Non possiamo pertanto concordare con il parere dell'avvocato RA 1 in materia. (...)." (doc. 517) Tutto ben ponderato, il TCA non vede alcuna valida ragione per scostarsi dal motivato apprezzamento del medico fiduciario dell'CO 1, che risulta peraltro avvalorato dal parere degli specialisti della Clinica di riabilitazione di \_\_\_\_\_, secondo il quale, alla chiusura della ricaduta dell'aprile 2018, RI 1 ha riacquisito la medesima capacità lavorativa residua che esisteva in precedenza. Del resto, agli atti non figurano certificazioni specialistiche divergenti suscettibili di generare dei dubbi, nemmeno lievi, circa la

correttezza della valutazione del dott. \_\_\_\_\_, né in ultima analisi di supportare le censure sollevate con l'impugnativa. In questo ordine di idee, è utile segnalare che, in occasione della consultazione del 15 settembre 2021, il medico curante specialista ha riferito che "... sia la risonanza magnetica sia la radiografia non mostrano alterazioni patologiche, le fusioni sono ben riuscite, al momento non abbiamo dal punto di vista radiologico una causa dei suoi dolori." (doc. 550, p. 2). Ora, essendo l'esigibilità lavorativa rimasta nel frattempo immutata rispetto a quella definita in occasione della chiusura del caso iniziale ( dicembre 2013 ), occorre concludere che l'assicurato ha pure conservato la medesima capacità lucrativa. In queste condizioni, ci si può esimere dal disporre l'indagine economica richiesta dall'avv. RA 1. Da un lato, per stabilire se l'esigibilità lavorativa si è modificata occorre fare riferimento a quella definita dal dott. \_\_\_\_\_ a margine della chiusura del caso iniziale. Dall'altro, il fatto che la situazione del piede sinistro sarebbe peggiorata a tal punto da non più consentire l'esercizio a tempo pieno di attività semplici e leggere, costituisce una mera dichiarazione di parte non supportata da alcun parere specialistico. In conclusione, deve essere negato il diritto a una rendita d'invalidità. 2.5. 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. 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. 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

## **E. 21**

giugno 2019 si applica il diritto anteriore. In concreto, il ricorso è dell'8 novembre 2021 per cui si applica la nuova disposizione legale. Trattandosi di prestazioni LAINF, il legislatore non ha previsto di prelevare le spese (sul tema, cfr. STF 8C\_265/2021 del 21 luglio 2021 e STF 9C\_394/2021 del 3 gennaio 2022).

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