

TI_GERICHTE 35.2023.2 vom 4. April 2022

TI Tribunale d'appello, 2022-04-04, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2023.2

FR: TI_GERICHTE 35.2023.2 du 4 avril 2022

IT: TI_GERICHTE 35.2023.2 del 4 aprile 2022

Erwägungen

E. 1

ha provveduto ad inviarne copia al medico curante dell'assicurato, dr. _____, chiedendo una presa di posizione (cfr. doc. 265). Inoltre, con scritto del 14 febbraio 2022 denominato "istanza di diritto d'audizione", CO 1 ha comunicato all'assicurato le proprie decisioni a proposito del diritto alle prestazioni di breve durata (cura medica e indennità giornaliera) e all'indennità per menomazione dell'integrità (IMI), tramettendo copia del referto peritale del dr. _____ (cfr. doc. 266). L'assicurato, per il tramite del proprio legale, ha così avuto modo di prendere conoscenza delle valutazioni del dr. _____ e di esprimersi in merito già prima della decisione formale del 4 aprile 2022 e, successivamente, nella procedura di opposizione. A tal riguardo va ricordato che l'art. 42 LPGA prevede che "le parti hanno il diritto di essere sentite. Non devono obbligatoriamente essere sentite prima di decisioni impugnabili mediante opposizione". Il diritto di essere sentito deve dunque essere garantito soprattutto durante la procedura di opposizione. In ogni caso al più tardi durante la procedura di opposizione, l'amministrazione deve dare la possibilità alla parte interessata di pronunciarsi sulle prove e sulla procedura in forma sufficiente (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, consid. 4.2; DTF 132 V 368 consid. 6), ciò che, come visto, CO 1 ha fatto. CO 1 inoltre, dopo avere preso atto delle visite specialistiche effettuate dall'assicurato (dopo l'emanazione della decisione formale) presso il PD dr. _____ in data 1° giugno 2022 e 22 giugno 2022, ha trasmesso al suddetto specialista copia del referto peritale del dr. _____, chiedendogli delle precisazioni a proposito dell'intervento proposto (cfr. doc. 295). La risposta fornita dal PD dr. _____ in data 18 agosto 2022 (cfr. doc. 307) è poi stata prontamente sottoposta da CO 1 al dr. _____, il quale in data 8 novembre 2022 ha reso il suo complemento peritale (cfr. doc. 37 classatore n. 3). Ora, è vero che, nonostante le reiterate richieste in tal senso del legale dell'insorgente, CO 1 non ha provveduto a trasmettergli copia del complemento peritale del dr. _____ dell'8 novembre 2022. Tuttavia, nella decisione su opposizione l'assicuratore LAINF ha indicato che il dr. _____ ha, per l'essenziale, condiviso l'opinione del PD dr. _____ a proposito della prognosi sfavorevole dell'intervento (cfr. doc. A). L'avv. RA 1 ha quindi potuto, nonostante la manchevolezza compiuta dall'amministrazione, comprendere la portata della decisione su opposizione e motivare di conseguenza il ricorso. Al riguardo, va rilevato che nella fattispecie di cui alla DTF 132 V 368 - emanata a un momento in cui la procedura di opposizione era prevista anche in materia di assicurazione per l'invalidità - il Tribunale federale non ha ammesso l'esistenza di una violazione del diritto di essere sentito, sebbene l'Ufficio AI avesse emanato la propria decisione senza preliminarmente consentire alla persona assicurata di prendere posizione sulla perizia _____ da esso ordinata (cfr. il consid. 7 della succitata pronuncia federale). In queste condizioni, in ossequio ai dettami giurisprudenziali esposti in precedenza, il TCA ritiene che la CO 1 non ha violato il diritto di essere sentito

dell'assicurato, il quale ha potuto far valere ampiamente le proprie ragioni sia con l'opposizione, sia con l'impugnativa presentata a questo Tribunale, autorità di ricorso che gode di piena cognizione. In ogni caso va ricordato che una violazione del diritto di essere sentito è sanabile se l'interessato, come in concreto, riceve la possibilità di esprimersi dinanzi a un'autorità di ricorso che gode del pieno potere di esame sui fatti e sul diritto (DTF 135 I 279 consid. 2.6.1 pag. 285; 124 V 180 consid. 4a pag. 183). Nel caso di specie, il TCA dispone di un pieno potere di esame (cfr. anche sentenza 8C_923/2011 del 28 giugno 2012, consid. 2.3) e, in applicazione del principio inquisitorio, può assumere le prove che ritiene necessarie per il chiarimento della fattispecie (art. 61 lett. c LPGa). Non va poi dimenticato che il TF ha già avuto modo di stabilire che è possibile prescindere da un rinvio della causa all'amministrazione se una simile operazione si esaurirebbe in uno sterile esercizio procedurale e procrastinerebbe inutilmente il processo in contrasto con l'interesse - di pari rango del diritto di essere sentito - della parte ad essere giudicata celermente (DTF 132 V 387 consid. 5.1 pag. 390 con riferimenti, cfr. anche sentenza 9C_937/2011 del 9 luglio 2012, consid. 2.3). nel merito 2.2. In concreto, è litigiosa innanzitutto la questione di sapere se l'assicuratore resistente era legittimato a dichiarare estinto dal 10 dicembre 2021 (indennità giornaliera), rispettivamente dal 31 dicembre 2021 (cure mediche), il diritto alle prestazioni di corta durata dipendente dall'infortunio occorso in data 20 maggio 2019, oppure no. Nell'affermativa, questo Tribunale dovrà esaminare se è corretta l'entità dell'IMI riconosciuta all'assicurato. 2.3. Stabilizzazione dello stato di salute infortunistico a contare dal 10 dicembre 2021/31 dicembre 2021? 2.3.1. Giusta l'art. 10 LAINF, l'assicurato ha diritto alla cura appropriata dei postumi d'infortunio (cfr. DTF 109 V 43 consid. 2a; art. 54 LAINF) e, in applicazione dell'art. 16 LAINF, l'assicurato totalmente o parzialmente incapace di lavorare (cfr. art. 6 LPGa) a seguito d'infortunio, ha diritto all'indennità giornaliera. Il diritto all'indennità giornaliera nasce il terzo giorno successivo a quello dell'infortunio. Esso si estingue con il ripristino della piena capacità lavorativa, con l'assegnazione di una rendita o con la morte dell'assicurato. Il diritto alle cure cessa qualora dalla loro continuazione non sia da attendersi un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato (art. 19 cpv. 1 seconda frase LAINF), un miglioramento insignificante non basta. Non vi è un sensibile miglioramento delle condizioni di salute, se la misura terapeutica in questione è in grado soltanto di alleviare momentaneamente dei dolori causati da uno stato altrimenti stazionario. Né la possibilità remota di un risultato positivo dato dalla prosecuzione di un trattamento medico né un beneficio terapeutico minore prevedibile da nuovi provvedimenti – quali una cura termale – danno diritto a una sua attuazione (STF 8C_142/2017 del 7 settembre 2017 consid. 4). Non è parimenti sufficiente che la persona assicurata possa ancora eventualmente beneficiare di un trattamento fisioterapeutico (STF 8C_604/2021 del 25 gennaio 2022 consid. 9.2; 8C_736/2017 del 20 agosto 2018 consid. 4.1). La questione deve essere valutata in prospettiva (cfr. STF 8C_344/2021 del 7 dicembre 2021 consid. 7.2). L'Alta Corte ha inoltre precisato che la questione del “sensibile miglioramento” di cui all'art. 19 cpv. 1 LAINF va valutata segnatamente 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; STF 8C_44/2021 del 5 marzo 2021 consid. 5.2; 8C_301/2021 del 23 giugno 2021 consid. 3.2). Se un miglioramento non è più possibile, la cura termina e l'assicurato può pretendere una rendita d'invalidità (sempre che presenti un'incapacità di guadagno del 10% almeno). Una volta terminata la cura medica, delle misure terapeutiche possono essere assunte soltanto alle condizioni di cui all'art. 21 LAINF e soltanto se l'assicurato è stato posto al

beneficio di una rendita. Se ciò non è il caso, spetta all'assicurazione contro le malattie prendere a proprio carico il trattamento (cfr. STF 8C_50/2018 del 20 luglio 2018 e riferimenti ivi menzionati). 2.3.2. Nella concreta evenienza, va constatato che la decisione dell'Istituto assicuratore di porre fine alle prestazioni di corta durata a far tempo dal 10 dicembre 2021/31 dicembre 2021 (doc. 414 e doc. 430), trova il proprio fondamento nel referto peritale redatto, su incarico dell'amministrazione, da parte del dr. _____, spec. FMH in chirurgia, traumatologia e chirurgia ricostruttiva. In effetti, nel referto peritale del 17 gennaio 2022 il dr. _____, dopo avere studiato gli atti all'incarto e avere proceduto alla visita dell'assicurato, ha così risposto alle domande peritali: " (...)

E. 5

Giudizio globale (diagnosi, prognosi, stato preesistente, danni residui, limitazioni funzionali, proposte riabilitative, reintegrazione ecc.) Disturbi funzionali alla caviglia destra dopo iniziale importante distorsione dell'articolazione Chopart del 22 aprile 2017 trattata conservativamente. Nel 2017 è stata posta la diagnosi di piccola frattura del processo anteriore del calcagno destro con in seguito trattamento conservativo. Nuovo infortunio con distorsione della caviglia destra il 20 maggio 2019 senza nuove lesioni significative alla caviglia. È stata confermata la frattura al processo anteriore del calcagno destro che si presentava allora come pseudoartrosi dovuta all'infortunio del 22 aprile 2017. L'intervento del 4 marzo 2020 con artroscopia diagnostica della caviglia destra e plastica legamentare laterale e rifissazione del processo anteriore era un intervento dovuto all'infortunio del 22 aprile 2017. Dal punto di vista medico-assicurativo lo stato quo ante per l'infortunio del 20 maggio 2019 è stato raggiunto con la data di questo intervento. L'asportazione del materiale di osteosintesi il 16 marzo 2021 e la constatazione intraoperativa ha mostrato una buona stabilità. Attualmente dal punto di vista oggettivabile il paziente non ha più bisogno di terapie speciali e fisioterapia riabilitativa, nessuna diagnostica reumatologica.

E. 6

I disturbi soggettivi evocati possono essere obiettivati? I disturbi soggettivi possono essere solo parzialmente obiettivati. C'è un'estensione incosciente dei sintomi.

E. 7

Nesso di causalità:

E. 7.1

L'infortunio (evento) del 20 maggio 2019 costituisce una causa dei disturbi alla salute constatati? L'infortunio del 20 maggio 2019 costituisce una minima causa dei disturbi alla salute constatati. I due interventi chirurgici sono dovuti all'infortunio del 22 aprile 2017 dove era già stata diagnosticata la frattura del processo anteriore con strappo del legamento biforcuto. L'infortunio del 20 maggio 2019 non ha causato un peggioramento direzionale. L'infortunio del 20 maggio 2019 costituisce solamente una minima causa parziale dei disturbi alla salute constatati. La maggior parte dei disturbi è dovuta all'infortunio del 22 aprile 2017. L'infortunio del 20 maggio 2019 non costituisce una causa preponderante della situazione attuale. L'infortunio del 20 maggio 2019 ha causato solamente una sintomatologia passeggera che è stata sommata alle patologie preesistenti dovute all'infortunio del 22 aprile 2017. (...).

E. 7.5

Risulta sanato lo stato di salute preesistente aggravato dall'infortunio? Se sì, in quale data è stato/sarà verosimilmente raggiunto lo status quo ante? Per l'infortunio del 20 maggio 2019 lo stato quo ante è stato raggiunto con l'entrata all'Ospedale per il primo intervento alla caviglia destra il 4 marzo 2020. Se la risposta alla domanda 7.5 è negativa:

E. 7.6

I disturbi alla salute preesistenti, aggravati col grado della verosimiglianza preponderante dall'infortunio, sarebbero subentrati presto o tardi e nella misura in cui oggi si presentano, anche senza l'intervento dell'infortunio? Se sì, in quale data è stato/sarà verosimilmente raggiunto lo status quo sine? I disturbi alla caviglia destra sarebbero subentrati presto o tardi anche senza l'infortunio del 20 maggio 2019. (...).

E. 9

Il signor RI 1 abbisogna di ulteriori provvedimenti medici/profilattici per preservare lo stato di salute attuale? Se sì indichi il genere e la quantità degli stessi, nonché l'intervallo che si impone. Attualmente il paziente non ha più bisogno di terapie per la caviglia destra che potrebbero migliorare il suo stato soggettivo. Il caso può essere definito.

E. 10

Abilità lavorativa:

E. 10.1

Valutazione della capacità lavorativa del signor RI 1 nell'attività professionale quale gerente di ristorante in considerazione del suo grado di occupazione del 100%? Grado durata e prognosi? d) in base a causa infortunio, quale? e) in base a causa malattia, quale? f) complessivamente? Il paziente, come proprietario/gerente di un ristorante può lavorare in misura quasi completa. La diminuzione del rendimento a causa di una certa lentezza e stanchezza è minore del 10%. Sia per l'infortunio del 22.04.2017, sia per quello del 20.05.2019 il paziente è abile al lavoro in misura quasi completa, nel corso di un'intera giornata, come gerente/proprietario di un ristorante. A causa dei disturbi soggettivi (non completamente oggettivabili) il paziente potrebbe essere un po' rallentato nell'esecuzione dei suoi lavori, soprattutto come cameriere e barista. Il rendimento è però più del 90%. (...)." (Doc. 264) A fronte della decisione dell'Istituto assicuratore di porre termine alle prestazioni di corta durata dal 10 dicembre/31 dicembre 2021, il legale dell'assicurato ha trasmesso un referto del 1° giugno 2022 indirizzato al medico curante, dr. _____, dal PD dr. _____, specialista in chirurgia del piede dell'Ospedale _____ di _____, del seguente tenore: " (...). Beurteilung / Procedere: Bei postoperativ anhaltenden Beschwerden und durchgeführtem CT besprechen wir die Möglichkeit des Subtalgelenks als ursächlich für die Schmerzen. Zur weiteren Diagnostik werden wir ein SPECT-CT durchführen. Anschliessend werden wir den Patienten erneut in unserer Sprechstunde sehen, um über das Ergebnis zu sprechen. Des Weiteren haben wir mit dem Patienten die mögliche operative Therapie mittels Subtalar-Arthrodesse besprochen." (Doc. 282) Con successivo referto del 22 giugno 2022 il PD dr. _____ ha rilevato che: " (...) Beurteilung und Behandlungsvorschlag: Der Patient leidet glaubhaft weiterhin an posttraumatischen Schmerzen nach schwerer Distorsion des rechten Sprunggelenkes und Mittelfusses vor 3 Jahren. Indem sich das OSG stabilisiert, resp. beruhigt hat, persistierende Schmerzen im Bereich des Chopart-Gelenkes mit massiven Schmerzen bei Supination. Als morphologisches Substrat finden wir im heutigen SPECT einen massiven uptake im Bereich eines kleinen Ausrissfragmentes am Processus anterior calcanei. Bei glaubhaftem

Leidensdruck gehe ich davon aus, dass die konservativen Massnahmen ausgeschöpft sind und sich eine aktive Massnahme aufdrängt. Dafür schlage ich die Resektion des Fragmentes vor, verbunden mit einer plastischen Rekonstruktion des Ligamentum bifurcatum mittels eines Plantarissehnen-Graft. Alternativ wäre auch eine Triple-Arthrodesse möglich, ich denke aber, dass dies eine zu aggressive Massnahme wäre. Ich habe die Situation mit dem Patienten eingehend besprochen. Offensichtlich will sich Herr RI 1 im Juli 2022 noch in der _____ in _____ zu einer Zweitmeinung vorstellen. Er wird sich anschliessend wieder mit uns in Verbindung setzen zur Planung der weiteren Massnahmen, resp. der Operation.” (Doc. 289) In data 25 luglio 2022 l’assicurato si è sottoposto ad una visita presso il dott. _____ dell’Istituto ortopedico _____ di _____, il quale ha redatto il seguente referto: " riferisce infortunio sul lavoro del 20.05.2019 con frattura apofisi anteriore del calcagno e lesione legamentosa caviglia destra trattata chirurgicamente in altra sede di sintesi con due viti successivamente rimosse. Instabilità legamentosa esterna, frammento a livello dell’apofisi anteriore del calcagno, dolore e deficit funzionale. Si discute dettagliatamente il caso con il paziente. Si discutono i diversi tipi di trattamento tra cui quello chirurgico: vantaggi, svantaggi, rischi, benefici e possibili complicanze. Il paziente riferisce di aver ben compreso la patologia di cui è affetto e l’intervento chirurgico propostogli ed accetta di essere sottoposto ad intervento chirurgico. Si consiglia intervento chirurgico di ricostruzione capsulo-legamentosa esterna asportazione frammento apofisi anteriore calcagno Porterà RMN della caviglia destra al ricovero. Il paziente si riserva di decidere se eseguire l’intervento. Si pone in lista d’attesa per intervento chirurgico.” (Doc. 301) In data 11 luglio 2022 l’Istituto assicuratore, preso atto dei referti specialistici prodotti dal legale dell’interessato, ha ritenuto opportuno interpellare lo stesso PD dr. _____ chiedendogli di precisare se, tenuto conto del fatto che secondo il dr. _____ la situazione dell’assicurato non è più suscettibile di miglioramento sensibile, l’intervento prospettato rivesta carattere palliativo o curativo e, in quest’ultimo caso, “di descrivere nel dettaglio il miglioramento sensibile atteso dal medesimo” (doc. 295). Con risposta del 18 agosto 2022, il PD dr. _____ ha precisato: " In Beanwortung Ihrer Anfrage vom 18.05.2022 kann ich auf mein Schreiben vom 22.06.2022 verweisen. Hier habe ich festgehalten, dass der Patient weiterhin Schmerzen hat, die glaubhaft von der erlittenen Verletzung herrühren. Dies hat sich auch im SPECT-CT vom 20.06.2022 bestätigt, wo sich eine Aktivierung im Bereiche der Abrissfraktur des Ligamentum bifurcatum bestätigt. Distorsionsverletzungen des Chopart-Gelenkes sind erfahrungsgemäss schwierig zu behandeln und hinsichtlich der Prognose weit ungünstiger als OSG-Distorsionen. Sind primär Domäne einer konservativen Behandlung. Dies haben wir im vorliegenden Fall auch durchgeführt. Sollten die Beschwerden persistieren, kann durch eine Rekonstruktion des Ligamentum bifurcatum mit einer Plantarissehne oder sonstigem Transplantat eine Besserung erwartet werden, ggf. auch von der Triple-Arthrodesse. Dies habe ich in meinem Schreiben auch festgehalten. Insgesamt ist erfahrungsgemäss von einer eher ungünstigen Prognose auszugehen, wenn es zu einem chronischen Schmerzsyndrom kommt, wie im vorliegenden Fall. Nichts desto trotz würde ich, sollten die Beschwerden persistieren, ein operatives Vorgehen vorschlagen, da doch zumindest mit einer teilweisen Verbesserung der Schmerzsituation wie auch der Belasbarkeit gerechnet werden darf.” (Doc. 307) Prima di procedere all’emanazione della decisione su opposizione impugnata, l’amministrazione ha nuovamente interpellato il perito, dr. _____, al fine di stabilire se gli argomenti del PD dr. _____ fossero in grado di modificare le conclusioni peritali, con riferimento in particolar modo alla questione della stabilizzazione dello stato di salute e all’esigibilità

dell'intervento proposto. Il dr. _____, con complemento peritale dell'8 novembre 2022, si è così espresso: " (...) Conclusioni Il sottoscritto ha esaminato il paziente il 26.11.2021 e dichiarava che l'intensità dei disturbi non poteva essere obiettivamente valutata in base ai dati a disposizione. Ha trovato un processo anteriore del calcagno destro completamente consolidato e, secondo la documentazione, nessuna instabilità intraoperatoria e nessuna instabilità alla cavaglia all'esame odierno. Non ha trovato segni di risparmio della gamba destra. Ha parlato di un'estensione incosciente dei sintomi. Sulla base di questo, ha grandi dubbi che un nuovo intervento potrebbe migliorare la neuropatia cronica che il paziente presenta. Condivide l'opinione del Prof. _____ che la prognosi è piuttosto sfavorevole (vedi lett. Prof. _____ del 18.08.2022). Nessuno dei due medici, né il Prof. _____, né il dr. _____ vedono un miglioramento significativo (non solamente parziale) con un nuovo intervento. Accanto a questo giudizio puramente medico c'è il giudizio puramente medico assicurologico. Secondo la legge LAINF un intervento che non porta un sensibile miglioramento dello stato di salute non è esigibile. Questo significa che ulteriori cure palliative sono a carico dell'assicurazione malattia. Per quel che concerne la causalità e la menomazione di integrità non c'è modificazione." (Doc. 37 classatore numero 3). Unitamente al ricorso, il patrocinatore ha prodotto un ulteriore rapporto del PD dr. _____ del 14 dicembre 2022, del seguente tenore: " Auf Ihre Fragen hinsichtlich obgenannten Versicherer habe ich bereits einem Schreiben vom 18.08.2022 geantwortet. Leider muss ich Ihnen mitteilen, dass sich die Situation nicht verbessert hat, im Gegenteil, die Beschwerden haben für den Patienten in dem Masse zugenommen haben, dass ein operatives Verfahren notwendig wird. Ich bitte Sie um Kenntnisnahme. Wie mir Herr RI 1 mitgeteilt hat, soll die CO 1 die Bezahlung einer Operation ablehnen. Dies ist mir unklar und als medizinischer Sicht auch nicht vertretbar. Die Beschwerden sind glaubhaft auf dieses Problem zurückzuführen und wie ich in einem letzten Schreiben mitgeteilt habe, dies ist nach einer derartigen Verletzung des Chopart-Gelenkes nicht ungewöhnlich. Ich danke Ihnen für die Kenntnisnahme und bitte Sie ggf. um Stellungnahme." (Doc. 326) In corso di causa, l'insorgente ha comunicato al TCA di avere consultato anche la dr.ssa _____, specialista in chirurgia del piede presso la _____, la quale, con messaggio di posta elettronica del 22 febbraio 2023, ha così risposto alla richiesta di precisazioni dell'avv. RA 1 (cfr. doc. CC) a proposito dello scopo e dei risultati che mira ad ottenere il prospettato intervento di artrodesi articolazione calcaneo-cuboidale al piede destro (cfr. doc. BB): " L'intervento mira a migliorare la Sua situazione attuale riducendo i dolori. Io mi aspetto che questo intervento porti benefici alla Sua attuale condizione, ma, come spesso accade in medicina, non posso sapere in che misura Lei migliorerà visto che ha comunque già un'artrosi dell'articolazione calcaneo-cuboidale. Più di così non posso dirle. Purtroppo la medicina non è sempre prevedibile come vorremmo." (Doc. DD) 2.3.3. Per costante giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale mentre invece nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (cfr. RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STF 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. 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. STF I 811/03 del 31 gennaio 2005, consid. 5 in fine; STF I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV Nr. 10 p. 35 consid. 4b).

2.3.4. Nella presente fattispecie, attentamente vagliato l'insieme della documentazione a sua disposizione, questa Corte ritiene di poter fare propria la valutazione peritale, motivata ed esauriente, fornita dal dr. _____ a proposito della stabilizzazione delle condizioni di salute infortunistiche dell'insorgente a contare dal mese di dicembre 2021. Il TCA non ignora che, secondo gli specialisti consultati dall'assicurato, le opzioni terapeutiche non sarebbero, invece, esaurite : sia il PD dr. _____, che la dr.ssa _____, hanno infatti consigliato di procedere con un intervento chirurgico di artrodesi, visto il peggioramento dei dolori. Ora, al di là della questione a sapere se un tale intervento sia in grado, o meno, di apportare un effettivo miglioramento (posto che il dr. _____ ha inizialmente affermato che in casi come quello dell'assicurato la prognosi risulti piuttosto sfavorevole, mentre in seguito ha parlato di un "parziale miglioramento", cfr. doc. 307, mentre la dr.ssa _____ ha genericamente indicato di aspettarsi che questo intervento porti dei "benefici alla Sua attuale condizione, ma, come spesso accade in medicina, non posso sapere in che misura

Lei migliorerà visto che ha comunque già un'artrosi dell'articolazione calcaneo-cuboidale", cfr. doc. DD), resta il fatto che, in ogni caso, non è stato dimostrato che lo stesso possa ancora apportare un notevole miglioramento dello stato di salute e della capacità lavorativa dell'assicurato. Al riguardo, va qui evidenziato che avendo l'assicurato già ritrovato, senza l'artrodesi in questione, una capacità lavorativa superiore al 90% nella propria professione, secondo quanto valutato dal dr. _____ in sede peritale, è evidente che un ulteriore intervento potrebbe al più ridurre i dolori, come auspicato dalla dr.ssa _____ – fermo restando l'estensione incosciente dei sintomi rilevata nella valutazione peritale del dr. _____ - ma non avrebbe in ogni caso un'influenza significativa in termini di capacità lavorativa. Nello stesso senso, del resto, si è pure espressa l'Alta Corte in un caso analogo, oggetto della STF 8C_93/2022 del 19 ottobre 2022. Anche in quel caso - concernente un assicurato, muratore, il quale aveva subito, dopo una caduta, la frattura del calcagno ed era stato operato due volte, e nel quale l'assicuratore infortuni aveva riconosciuto le prestazioni di corta durata per due anni, dopodiché aveva assegnato una rendita di invalidità del 21% (discapito economico nello svolgimento di altre attività, non essendo più esigibile la propria) e un'IMI del 5% - l'Alta Corte, confermando il giudizio dei primi giudici (i quali avevano considerato corretto l'agire dell'amministrazione), aveva ritenuto che l'intervento di artrodesi al quale l'assicurato si era sottoposto dopo la chiusura del caso non fosse in grado di rimettere in discussione la stabilizzazione dello stato di salute, con le seguenti argomentazioni: " Le recourant reproche tout d'abord à la juridiction cantonale d'avoir considéré que son état de santé était stabilisé à la date de la décision de la CNA alors qu'il n'aurait pas cessé d'évoluer au gré des nombreuses interventions chirurgicales subies. 4.2. Les premiers juges ont constaté qu'il ne ressortait pas des rapports médicaux versés au dossier que postérieurement au 1er octobre 2018, il y avait lieu d'attendre de la poursuite du traitement une sensible amélioration de l'état de santé et de la capacité de travail du recourant (cf. art. 19 al. 1 LAA). Le fait qu'une nouvelle intervention chirurgicale (arthrodèse sous-talienne) ait été pratiquée en juin 2020 ne permettait pas de conclure à un état de santé non stabilisé, dès lors qu'il n'était pas établi que cette intervention était propre à améliorer notablement l'état de santé et la capacité de travail du recourant. Il en allait de même avec la révision de cicatrice du pied gauche pratiquée en mai 2021. Au demeurant, ces deux dernières interventions avaient été pratiquées postérieurement au prononcé de la décision sur opposition; or le juge des assurances sociales appréciait la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse était rendue (ATF 121 V 362 consid. 1b). En outre, le fait que le recourant s'était vu prescrire de la physiothérapie et une infiltration postérieurement à la décision attaquée ne remettait pas en question la stabilisation de l'état de santé, dès lors que selon la jurisprudence, la prescription d'antalgiques et de séances de physiothérapie était compatible avec un état stabilisé (arrêt U 316/03 du 26 mars 2004 consid. 3.3). 4.3. Le recourant ne discute pas cette motivation, laquelle n'est au demeurant pas critiquable. Il ressort en effet des pièces du dossier qu'avant le médecin d'arrondissement de la CNA, les médecins de la CRR avaient indiqué que l'on pouvait s'attendre à une stabilisation sous l'angle médical trois à quatre mois après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse (soit en février-mars 2018). Quant au docteur D. _____, qui avait réalisé l'opération précitée en novembre 2017, il avait exposé dans ses rapports des 11 et 22 janvier 2019 qu'au moment où la CNA avait rendu sa décision initiale en novembre 2018, l'état de santé était relativement stable. Lors d'une consultation en janvier 2019, il avait été constaté une amélioration d'un point de vue fonctionnel, en ce sens que le patient s'était présenté pour la

première fois sans moyen auxiliaire, bien qu'il semblât toujours handicapé par les douleurs. A la question de savoir si une dégradation de l'état de santé - ensuite de l'accident du 9 août 2016 - avait été constatée, en particulier avant le prononcé de la décision du 27 novembre 2018, le docteur D. _____ avait répondu que les symptômes étaient restés stables depuis la première consultation et que l'état de santé ne s'était pas dégradé depuis le prononcé de la CNA. Interrogé par le conseil du recourant au sujet de futures interventions chirurgicales, le docteur D. _____ avait encore indiqué qu'une arthrodèse sous-talienne et calcanéocuboïdienne pouvait éventuellement être envisagée et que la question devait être rediscutée, mais qu'il était fortement improbable qu'une nouvelle chirurgie améliore la situation. Une telle intervention paraissait impropre à se répercuter sur la capacité résiduelle de travail et dans ce genre de situation, chez des travailleurs de force, les résultats étaient systématiquement décevants. 4.4. Vu ce qui précède, il n'est pas établi que la poursuite du traitement médical, en particulier les nouvelles interventions chirurgicales pratiquées en juin 2020 et mai 2021, aient été propres à améliorer sensiblement l'état de santé et la capacité de travail du recourant." Analogamente alla giurisprudenza appena illustrata, anche nel caso di specie non è dimostrato che l'intervento di artrodesi possa migliorare sensibilmente lo stato di salute e la capacità lavorativa già praticamente completa dell'assicurato. Del resto, lo stesso medico curante dell'assicurato, dr. _____, con referto del 14 aprile 2022, riferendosi alle difficoltà di deambulazione dell'assicurato, ha espressamente indicato che non vi sono opzioni terapeutiche finalizzate ad un ripristino del passo normale" (cfr. doc. D). In esito a tutto quanto precede, questo Tribunale ritiene dunque accertato, perlomeno con il criterio della verosimiglianza preponderante, caratteristico del settore della sicurezza sociale, che al momento in cui l'istituto assicuratore ha chiuso il caso (10 dicembre/31 dicembre 2021), lo stato di salute infortunistico dell'assicurato era ormai stabilizzato ai sensi dell'art. 19 cpv. 1 LAINF. Stante ciò, l'amministrazione era pertanto legittimata a dichiarare estinto il diritto alle prestazioni di corta durata nei tempi stabiliti dal perito e a valutare le prestazioni di lunga durata (in caso il diritto all'IMI). Da sottolineare, inoltre, come l'assicuratore LAINF abbia corrisposto le prestazioni di corta durata per un lungo periodo (oltre due anni e mezzo) prima di sospenderle e passare alla valutazione di quelle di lunga durata. Infine, questo Tribunale non ha motivo per distanziarsi dall'apprezzamento del dr. _____ neppure con riferimento alla diversa valutazione della capacità lavorativa fornita dal dr. _____ nel referto del 14 aprile 2022 (cfr. doc. D). A tale riguardo, questo Tribunale evidenzia che, visto che la perizia del dr. _____ è stata realizzata nel rispetto dei dettami di cui all'art. 44 LPGGA, non bastano unicamente dei lievi dubbi per poter rimettere in discussione la fondatezza della valutazione peritale, ma occorrono, al contrario, degli elementi concreti, in caso non dati. Il dr. _____ si è infatti limitato ad indicare che l'esigibilità lavorativa è "ridotta e quantificabile in una forchetta fra il 30% e il 50%" a causa della difficoltà di deambulazione con un passo non armonioso e della zoppia, nonché per la sintomatologia dolorosa (cfr. doc. D). Ora, questi elementi, già analizzati e presi in debita considerazione dal dr. _____, non rappresentano degli argomenti concreti atti a mettere in dubbio le conclusioni peritali. Da ultimo, a proposito delle contestazioni del legale dell'insorgente a proposito del fatto che l'assicuratore infortuni avrebbe, a torto, omesso di sottoporre l'interessato ad una visita psichiatrica, questo Tribunale non può che concordare con le considerazioni espresse dall'Istituto assicuratore a proposito della loro inconsistenza. Dagli atti all'incanto, infatti, non risulta che l'assicurato sia mai stato, né sia attualmente, in cura psichiatrica. Alla luce di questi elementi, non occorre quindi dilungarsi oltre

sull'argomento. In mancanza di una patologia psichiatrica attestata da uno specialista in materia, risulta del tutto superfluo sia l'allestimento di una perizia psichiatrica, sia una disamina del nesso di causalità adeguata tra (non dimostrati) disturbi psichici e infortunio, come invece preteso dal legale dell'insorgente (cfr. doc. I). A fronte di una situazione giudicata sufficientemente chiarita, il TCA rinuncia all'assunzione di ulteriori prove (in particolare, ad esperire una perizia pluridisciplinare come preteso dal patrocinatore dell'insorgente). In proposito, va ricordato che, per costante giurisprudenza, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato (valutazione anticipata delle prove), si rinuncerà ad assumere altre prove (cfr. STF 9C_632/2012 del 10 gennaio 2013; STF 9C_231/2012 del 24 agosto 2012), senza che ciò costituisca una lesione del diritto di essere sentito sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata).

2.4. Entità dell'indennità per menomazione dell'integrità 2.4.1. Secondo l'art. 24 cpv. 1 LAINF, l'assicurato ha diritto a un'equa indennità se, in seguito all'infortunio, accusa una menomazione importante e durevole all'integrità fisica o mentale. Tale indennità è assegnata in forma di prestazione in capitale. Essa non deve superare l'ammontare massimo del guadagno annuo assicurato all'epoca dell'infortunio ed è scalata secondo la gravità delle menomazioni. Il Consiglio federale emana disposizioni particolareggiate sul calcolo dell'indennità (art. 25 cpv. 1 e 2 LAINF).

2.4.2. L'art. 36 cpv. 1 OAINF definisce i presupposti per la concessione dell'indennità giusta l'art. 24 LAINF: una menomazione dell'integrità è considerata durevole se verosimilmente sussisterà tutta la vita almeno con identica gravità e importante se l'integrità fisica o mentale è alterata in modo evidente o grave. In questa valutazione dovrà essere fatta astrazione dalla capacità di guadagno ed anche dalle circostanze personali dell'assicurato: secondo la giurisprudenza, infatti, la gravità della menomazione si stima soltanto in funzione di accertamenti medici senza ritenere, all'opposto delle indennità per torto morale secondo il diritto privato, le eventuali particolarità dell'assicurato (cfr. RAMI 2000 U 362, p. 42-43; DTF 113 V 218 consid. 4; RAMI 1987 U 31, p. 438). La parte della riparazione del torto morale contemplata dagli artt. 24ss. LAINF è, dunque, soltanto parziale: gli aspetti soggettivi del danno (segnatamente il pretium doloris e il pregiudizio estetico) ne sono esclusi (cfr. Ghélew/Ramelet/Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents, Losanna 1992, p. 121).

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

considerazione in modo adeguato un peggioramento prevedibile della menomazione dell'integrità. È possibile effettuare revisioni solo in casi eccezionali, ovvero se il peggioramento è importante e non era prevedibile (art. 36 cpv. 4 OAINF). Peggioramenti non prevedibili non possono, naturalmente, essere anticipatamente considerati. Nel caso in cui un pregiudizio alla salute si sviluppi nel quadro della prognosi originaria, la revisione dell'indennità per menomazione è, di principio, esclusa. Per contro, l'indennità dev'essere di nuovo valutata, quando il danno è peggiorato in una misura maggiore rispetto a quanto pronosticato (cfr. RAMI 1991 U 132, p. 308ss. consid. 4b e dottrina ivi menzionata). 2.4.4. L'INSAI ha allestito una serie di tabelle, dalla griglia molto più serrata, che integrano quella dell'ordinanza. Semplici direttive di natura amministrativa, esse non hanno valore di legge e non vincolano il giudice (cfr. STFA I 102/00 del 22 agosto 2000; DTF 125 V 377 consid. 1c; STFA del 7 dicembre 1988 nella causa P.; RAMI 1989 U 71, p. 221ss.). Tuttavia, nella misura in cui esprimono unicamente valori indicativi, miranti a garantire la parità di trattamento di tutti gli assicurati, esse sono compatibili con l'annesso 3 all'OAINF (RAMI 1987 U 21, p. 329; DTF 113 V 219, consid. 2b; DTF 116 V 157, consid. 3a). 2.4.5. Nella concreta evenienza, basandosi sulla valutazione peritale del dr. _____ del 26 novembre 2021, l'Istituto assicuratore, con la decisione del 4 aprile 2022, poi confermata con la decisione su opposizione qui impugnata (doc. A), ha riconosciuto all'assicurato il diritto ad un'IMI del 5%. Al riguardo, il dr. _____ si è così espresso: "(...)"

E. 11

Valutazione della menomazione d'integrità riconducibile esclusivamente all'evento del 20.05.2019 secondo gli estratti medici _____ e fermo restando il rischio di prevedibili aggravamenti futuri. A causa dei disturbi soggettivi, unicamente parzialmente oggettivabili, il paziente ha una menomazione di integrità del 5%, incluso un peggioramento nei prossimi 10 anni. È probabile che il paziente a causa di una progressione dell'artrosi all'articolazione Chopart (parte mediale: talo-navicolare) e non laterale (calcaneo-cuboidale) la menomazione ammonti al 5% secondo la tabella 5.2 della SUVA: "artrosi parziale di modica entità". La menomazione di integrità può essere divisa tra i due infortuni (2017 e 2019). Gli esiti dell'infortunio del 2017 comportano una menomazione dell'integrità di 4/5 (cioè 4%) e la menomazione dovuta agli esiti dell'infortunio del 2019 ammonta ad 1/5 (cioè 1%)." (Doc. 264) Chiamato ora a pronunciarsi, il TCA ritiene che non sussista alcun motivo che gli permetta di scostarsi da quanto deciso dall'assicuratore infortuni, sulla base della valutazione peritale del dr. _____. In effetti, a fronte di una questione squisitamente medica, tenuto conto che, secondo la giurisprudenza federale, l'indennità per menomazione dell'integrità si valuta sulla base di constatazioni mediche, ciò che significa che l'ammontare dell'IMI non dipende dalle circostanze particolari del caso concreto, bensì da un apprezzamento medico-teorico della menomazione fisica o psichica, a prescindere da fattori soggettivi (DTF 115 V 147 consid. 1, 113 V 121 consid. 4b e riferimenti ivi menzionati; RAMI 2000 U 362, p. 43; cfr., pure, STCA 35.2001.71 del 12 dicembre 2001, confermata dal TFA con pronuncia U 14/02 del 28 giugno 2002; cfr., altresì, Th. Frei, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, Tesi Friburgo 1998, p. 40 s.), questo Tribunale ritiene di poter validamente fondare il proprio giudizio sulla valutazione peritale enunciata dal dr. _____, specialista che vanta un'ampia esperienza in materia di medicina assicurativa e infortunistica. Il dr. _____ ha infatti in maniera esaustiva e ben motivata esposto le ragioni del proprio apprezzamento, motivo per il quale, vista anche l'assenza di documentazione medico-specialistica di senso contrario, non vi è ragione per

distanziarsene. In conclusione, la decisione su opposizione impugnata merita tutela anche nella misura in cui all'insorgente è stata assegnata un'IMI del 5%. 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. In concreto, trattandosi di una controversia relativa a prestazioni LAINF, il legislatore non ha previsto di prelevare le spese. Sul tema cfr. anche STF 9C_369/2022 del 19 settembre 2022; STF 9C_368/2021 del 2 giugno 2022; SVR 2022 KV Nr. 18 (STF 9C_13/2022 del 16 febbraio 2022); STF 9C_394/2021 del 3 gennaio 2022; STF 8C_265/2021 del 21 luglio 2021 (al riguardo cfr. Ares Bernasconi, *Actualités du TF*, 8C_265/2021 du 21 juillet 2021 - frais judiciaires pour les tribunaux cantonaux des assurances selon la révision de la LPGA du 21 juin 2019, in: SZS/RSAS 2/2022 p. 107).

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