

TI_GERICHTE 35.2024.17 vom 31. Juli 2023

TI Tribunale d'appello, 2023-07-31, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2024.17_d20230731

FR: TI_GERICHTE 35.2024.17 du 31 juillet 2023

IT: TI_GERICHTE 35.2024.17 del 31 luglio 2023

Regeste

Infortunio alla tibia il 1° giugno 2019. Stabilizzazione al 31 luglio 2023: confermata.
Indennità giornaliera fino al 31 luglio 2023 (e non solamente fino al 19 marzo 2023). IMI confermata

Erwägungen

E. 20

luglio 2018 e riferimenti ivi menzionati; cfr. anche la STCA 25.2022.68 del 28 novembre 2022, consid. 2.3). L'Alta Corte ha inoltre stabilito che la questione del “sensibile miglioramento” di cui all'art. 19 cpv. 1 LAINF va valutata in funzione dell'entità del previsto aumento oppure del ripristino della capacità lavorativa, nella misura in cui quest'ultima è pregiudicata dalle sequele infortunistiche (DTF 134 V 109 consid. 4.3 e riferimenti; cfr. anche la STF 8C_301/2021 del 23 giugno 2021 consid. 3.2 e, a livello cantonale, tra le tante, la STCA 25.2022.68 del 28 novembre 2022, consid. 2.3). A tal proposito cfr. pure le recentissime STF 8C_782/2023 del 6 giugno 2024, consid. 3.2.1 e la STF 8C_459/2023 del 18 giugno 2024, consid. 4.3. È qui inoltre utile precisare che, secondo la giurisprudenza federale, occorre procedere a una valutazione prospettica della questione della stabilizzazione, ponendosi al momento in cui le prestazioni sono state interrotte (cfr. RAMI 2005 U 557 pag. 388; STF 8C_289/2018 del 15 marzo 2019 consid. 3.6.; STF 8C_651/2016 del 15 dicembre 2016 consid. 4.1, 8C_184/2017 del 13 luglio 2017 consid. 2.2, 8C_303/2017 del 5 settembre 2017 consid. 6.3.1; cfr., tra le tante, la STCA 35.2021.75 del 31 gennaio 2022, consid. 2.3.1 e rinvii giurisprudenziali ivi citati e la STCA 35.2022.87 del 30 gennaio 2023, consid. 2.4.1 e rinvii giurisprudenziali ivi citati). A tal proposito cfr. pure le recentissime STF 8C_782/2023 del 6 giugno 2024, consid. 3.2.1 e la STF 8C_459/2023 del 18 giugno 2024, consid. 4.3. 2.2.2. 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_458/2023 del 18 dicembre 2023 consid. 3.2.; 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. Nella concreta evenienza, l'assicuratore convenuto ha posto termine dal 1° agosto 2023 alla cura medica, ritenendo che dal 31 luglio 2023 le condizioni di salute infortunistiche fossero ormai stabilizzate ai sensi dell'art. 19 cpv. 1 LAINF. La decisione si fonda sugli esiti della valutazione fiduciaria del dr. med.

_____, specialista FMH in medicina interna. Dal canto suo la patrocinatrice dell'insorgente lamenta una prematura chiusura della pratica da parte della RI 1 e contesta la stabilizzazione dello stato di salute al 31 luglio 2023. 2.3.1. Dalle tavole processuali emerge che, in seguito all'infortunio del 1° giugno 2019, RI 1 è stata ricoverata d'urgenza presso l'Ospedale _____, ove è stata degente fino al 30 giugno 2019 e si è sottoposta il 1° giugno 2019 ad un intervento di riduzione e posa fissatore esterno Hoffmann III alla gamba sinistra rispettivamente il 7 giugno 2019 ad un intervento di riduzione e sintesi del malleolo peroneale con placca 1/3 tubulare e viti + 2 viti interframmentarie e riduzione con sindesi della tibia con placca e viti + 2 viti canulate (doc. 99, 100, 107, 230, 257 e 394 LAINF). In seguito, a causa della persistenza dei dolori e delle difficoltà funzionali alla caviglia sinistra, l'assicurata si è sottoposta il 17 luglio 2020 ad un intervento di ablazione materiale osteosintetico (AMO) parziale (doc. 240, 257 e 258 incarto LAINF) ed è stata oggetto di svariate indagini, effettuate per mezzo di apparecchiature diagnostiche e di

immagine radiologica. Ella ha pure effettuato alcune visite mediche specialistiche (inclusa una “ second opinion ” in data 11 maggio 2021 alla Clinica _____: doc. 240 incarto LAINF) e si è anche sottoposta a svariate sedute di fisioterapia e ergoterapia, oltre ad una cura farmacologica antinfiammatoria e analgesica rispettivamente ad una terapia conservativa con un’infiltrazione diagnostico-terapeutica con cortisone dell’ articolazione tibio-tarsica sinistra eseguita il 14 giugno 2021 (doc. 257 incarto LAINF). Sempre a causa del persistere dei disturbi alla caviglia sinistra, RI 1 si è sottoposta il 14 febbraio 2022 ad un intervento di “ artrolisi anteriore aperta e resezione del conflitto misto cicatriziale e collo talo; artrolisi posteriore e resezione cicatriziale tibio tarsica triangolo Käger posteriore aperta; tenolisi flessori tibiale posteriore FDL e FHL; tenotomia con plastica muscolo tendinea di allungamento a Z tendine achilleo; ablazione materiale di osteosintesi di 2 viti alla tibia distale. ” ad opera del dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia (doc. 283 e 284 incarto LAINF). Sempre a causa della persistenza dei dolori e delle difficoltà funzionali alla caviglia sinistra, l’assicurata è stata visitata il 22 settembre 2022 dal PD dr. med. _____, specialista in chirurgia ortopedia e traumatologia (doc. 325 incarto LAINF) e l’11 novembre 2022 della dr.ssa _____, specialista FMH in neurologia, che - dopo avere eseguito un esame elettroencefalografico (di seguito. ENG) - ha posto la diagnosi di “ Neuropatia sensitiva del ramo distale del nervo surale sinistro ” (doc. 338 incarto LAINF). In data 18 gennaio 2023 RI 1 si è sottoposta ad un intervento di “ Neurolisi nervo surale e sutura termino laterale di un ramo collaterale ” ad opera del PD dr. med. _____ (doc. 343 e 359 incarto LAINF). In data 20 aprile 2023 il PD dr. med. _____ ha attestato quanto segue: “ (...) In virtù del quadro attuale si discute con la paziente del buon decorso ottenuto grazie all’intervento. Come confermato da lei stessa, infatti, vi è un progressivo miglioramento clinico che la sta portando progressi va pente ad un recupero, sia della sensibilità che di una camminata normale. La paziente infatti è molto soddisfatta e vede il miglioramento soggettivo continuo. Visto il miglioramento nel camminare, prevediamo per la paziente di continuare ancora con un ciclo di fisioterapia per poter massimizzare questo effetto. Rivedremo la paziente tra ulteriori 3 mesi per ulteriore decorso clinico. La paziente è soddisfatta dalle spiegazioni e d'accordo sul procedere. (...)” (doc. 381 incarto LAINF). Nella valutazione fiduciaria del 19 giugno 2023 (doc. 394 incarto LAINF) il dr. med. _____, che ha visitato personalmente l’assicurata in data 6 giugno 2023, dopo avere precisato che lo “ status quo ante non potrà più essere raggiunto ”, ha attestato quanto segue: “ (...) Come definito con la paziente a fine visita in considerazione dell’ultimo decorso favorevole postoperatorio ad oggi si definisce raggiunto lo stato finale ai sensi della LAINF a partire dal 31.07.2023 e dopo l’ultimo controllo previsto dall’operatore in data 13.07.2023. (...)” (doc. 394, pag. 7 incarto LAINF). In data 13 luglio 2023 il PD dr. med. _____ ha attestato quanto segue: “ (...) La paziente torna a 6 mesi dall’intervento. Riferisce una VAS passata da 9 a 2. I dolori che ha sono variabili e dipende dal giorno, comunque ha avuto solo rarissimi picchi con dolore a 3. Lamenta ancora la rigidità della caviglia, per cui le è già stato detto che purtroppo non vi è soluzione. (...). La paziente può considerarsi guarita e non sono previsti altri controlli nel mio ambulatorio. Rivedrò la paziente solo al bisogno. (...)” (doc. 399 incarto LAINF). In sede di opposizione (cfr. doc. 401 incarto LAINF) la patrocinatrice dell’insorgente ha versato agli atti il certificato medico del 4 luglio 2023 del medico di famiglia, dr. med. _____, specialista FMH in medicina interna generale (giusta il quale “ la paziente è abile nella sua precedente mansione lavorativa nella misura del 25% ”) e quello del 13 luglio 2023 del PD dr. med. _____ (giusta il quale “ la paziente è abile nella sua

precedente mansione lavorativa nella misura del 25% ”; cfr. doc. C e D allegati all’opposizione). Interpellato a tal proposito dall’amministrazione, nella “ valutazione atti ” del 22 marzo 2024 del medico fiduciario (doc. 415 incarto LAINF), il dr. med. _____

- dopo avere ribadito la stabilizzazione dello stato di salute dell’assicurata al 31 luglio 2023

- ha confermato di essere d’accordo con i colleghi ovvero che l’abilità raggiunta dalla paziente nell’attività abituale è del 25% di un normale pensum di circa 8 ore al giorno. Nella medesima occasione ha pure rilevato che “ In attività adeguate ergonomicamente di tipo prettamente sedentario senza necessità di regolari spostamenti e solo per lesione postinfortunistica si è in presenza di una esigibilità subtotale (80%) di un normale pensum lavorativo di circa 8 ore al giorno considerando lentezza negli spostamenti ed algie residue. ”, puntualizzando che: “ Nella mia valutazione peritale LAINF del 06.06.2023 non avevo preso posizione per attività leggere ed adeguate (pt. 8.2) essendo stata considerata una ripresa totale anamnesticamente nella sua attività usuale purtroppo basandomi sui dati fornitomi dalla paziente in visita e non corretti nelle %. ” Davanti al TCA la rappresentante dell’insorgente ha nuovamente versato agli atti i citati certificati medici del 4 luglio e del 13 luglio 2023 dei medici curanti della sua assistita (doc. C, D, G e H) e il rapporto del 3 ottobre 2023 del medico SMR dell’UAI (doc. I). 2.3.2. Nel caso di specie, questo Tribunale rileva, innanzitutto, che tra l’infortunio (avvenuto in data 1° giugno 2019) e il momento a partire dal quale lo stato di salute è stato considerato stabilizzato (dal 19 marzo 2023) sono trascorsi quasi 4 anni, durante i quali l’Istituto assicuratore ha pagato le prestazioni. Ciò premesso, alla luce degli elementi convergenti che emergono dalla documentazione medica riassunta al consid. 2.3.1 (cfr., in particolare, i doc. 394, 399 e 415 incarto LAINF), questa Corte condivide la conclusione dell’Istituto assicuratore secondo cui, al più tardi in data 31 luglio 2023, lo stato di salute infortunistico era stabilizzato ai sensi dell’art. 19 cpv. 1 LAINF e della relativa giurisprudenza. La circostanza che, successivamente al 31 luglio 2023, l’insorgente necessitasse ancora - se del caso - di misure conservative (in particolare, di fisioterapia e/o farmaci anti-infiammatori o analgesici) volte a evitare un aggravamento dei disturbi denunciati (dolori e/o limitazioni funzionali) è irrilevante (a tal proposito cfr. la recentissima STF 8C_459/2023 del 18 giugno 2024, consid. 4.3; in particolare, per quanto concerne la fisioterapia, cfr. inoltre la STCA 35.2022.68 del 28 novembre 2022, consid. 2.6 e i numerosi rinvii giurisprudenza federali e cantonali ivi menzionati). Decisivo ai fini del giudizio è soltanto che, secondo il parere unanime del medico curante specialista (cfr. il certificato medico del 13 luglio 2023 del PD dr. med. _____: “ (...) Lamenta ancora la rigidità della caviglia, per cui le è già stato detto che purtroppo non vi è soluzione. (...). La paziente può considerarsi guarita e non sono previsti altri controlli nel mio ambulatorio. ”: cfr. doc. 399 incarto LAINF) e di quello fiduciario della CO 1, a quel momento lo stato dell’arto inferiore sinistro non poteva più essere sensibilmente migliorato grazie ad ulteriori terapie. Del resto, ciò risulta parimenti confermato anche nel rapporto del 3 ottobre 2023 del medico SMR dell’UAI, in cui alla domanda “ È prevedibile una variazione della capacità lavorativa/mansioni consuete con l’adozione di provvedimenti sanitari/terapia? ” ha risposto “ no ” (doc. I, pag. 3). In esito a tutto quanto precede, il TCA ritiene dunque dimostrato, perlomeno con il grado della verosimiglianza preponderante abitualmente applicato nel settore delle assicurazioni sociali (DTF 138 V 218 consid. 6 pag. 221 con riferimenti), che al più tardi al 31 luglio 2023, non vi erano più provvedimenti terapeutici suscettibili con probabilità preponderante di migliorare notevolmente lo stato di salute infortunistico dell’insorgente e che, pertanto, il suo stato di salute infortunistico era ormai stabilizzato ai sensi dell’art. 19 cpv. 1 LAINF.

Stante ciò, l'assicuratore LAINF convenuto era dunque legittimo a porre fine alle prestazioni di cura medica da quella data e, la decisione su opposizione impugnata, per questo aspetto, deve dunque essere confermata.

2.4. Nella concreta evenienza, l'assicuratore convenuto ha posto termine dal 20 marzo 2023 alle indennità giornaliere, ritenendo che dal 19 marzo 2023 RI 1 avesse riacquisito la piena capacità lavorativa nell'attività abituale. La decisione si fonda sugli esiti della valutazione fiduciaria del dr. med. _____, specialista FMH in medicina interna. Dal canto suo la patrocinatrice dell'insorgente contesta il ripristino della piena capacità lavorativa della sua assistita nell'attività abituale, considerato che, a partire dal 20 marzo 2023, aveva ripreso il lavoro solamente in misura del 25%, conformemente a quanto stabilito dai propri medici curanti e alla modifica del contratto di lavoro, in vigore dal 21 maggio 2021, che aveva previsto una diminuzione del pensum lavorativo al 25% a causa del danno alla salute infortunistico.

2.4.1. Dalle tavole processuali emerge che, in seguito all'infortunio del 1° giugno 2019, RI 1 è stata inabile al lavoro per svariati periodi e con percentuali differenti (100% e/o 50%) dal 1° giugno 2019 fino al 19 marzo 2023 e che, a far tempo dal 21 maggio 2021 (trascorsi 720 giorni di assenza per inabilità lavorativa) il rapporto di lavoro (con un pensum lavorativo del 50% secondo contratto) è rimasto in vigore unicamente per la parte corrispondente alla capacità lavorativa del 25%. A partire dal 20 marzo 2023, l'assicurata è poi tornata ad essere abile al lavoro nell'attività abituale nella misura del 25% (cfr. consid. 1.1). In data 2 maggio 2024 (doc. IX) la CO 1 ha comunicato al TCA quanto segue: "(...) La convenuta prende atto che dalle buste paghe prodotte, si evincono effettivamente che il numero usuale di ore mensili lavorate prima dell'evento in questione non corrisponde ad una percentuale lavorativa del 50%, quanto piuttosto in quella maggiore dell'80-85%. (...). Ai sensi dell'art. 7 let. a OAVS i compensi per le ore straordinarie fanno parte del salario e devono essere inclusi nel calcolo del salario assicurato. La disposizione dell'articolo 22 cpv. 3 e 4 OAINF prevede inoltre che il guadagno assicurato sia proporzionalmente più elevato per i dipendenti che hanno acquisito un diritto al salario più elevato entro un anno prima dell'infortunio. (...). Considerando tutto ciò, la convenuta, dopo la crescita in giudicato della decisione litigiosa, oltre a valutare la questione della rendita, esaminerà separatamente se il guadagno assicurato e quindi le indennità giornaliere devono essere ricalcolate retroattivamente per il periodo dall'evento fino allo stato finale. (...) la parte convenuta si riconferma nella propria decisione su opposizione e chiede nuovamente la reiezione del ricorso del 22 febbraio 2024. (...)". A tal proposito in data 17 luglio 2024 il TCA ha comunicato alla CO 1 che: " al fine di evadere la causa citata a margine, ci occorrono delle precisazioni. Dal punto " 2. Considerazioni " della decisione del 21 giugno 2023 emerge quanto segue: " Considerato che, secondo il parere del Dr. _____, dalla continuazione della cura medica non c'è più da attendersi un sensibile miglioramento dello stato di salute, lo stato attuale può quindi essere considerato stabilizzato e il diritto alle prestazioni sanitarie e all'eventuale indennità giornaliera viene a cadere dal 31.07.2023 ." mentre dal dispositivo (punto "3 . Decisione (ai sensi delle considerazioni) ") si evince quanto segue: "1 . Le prestazioni per il trattamento medico sono riconosciute fino al 31.07.2023, compreso. 2. Le prestazioni per indennità giornaliera sono state riconosciute fino al 19.03.2023, compreso. " Nella decisione su opposizione del 23 gennaio 2024, qui impugnata, avete indicato che: " si constata che lo stato di salute dell'assicurata si è stabilizzato al più tardi a far tempo dal 31 luglio 2023, come deciso con la decisione del 21 giugno 2023. Perciò, la cessazione alle prestazioni non è soggetta a critica e l'opposizione va respinta ." In data 2 maggio 2024 avete comunicato al TCA che: " la convenuta, dopo la crescita in giudicato della decisione

litigiosa, oltre a valutare la questione della rendita, esaminerà separatamente se il guadagno assicurato e quindi le indennità giornaliere devono essere ricalcolate retroattivamente per il periodo dall'evento fino allo stato finale. (...) la parte convenuta si riconferma nella propria decisione su opposizione e chiede nuovamente la reiezione del ricorso del 22 febbraio 2024 .” Con la presente vi chiediamo di prendere posizione entro il 26 luglio 2024 in merito a quanto rilevato sopra, in particolare ritenuto che - qualora il Tribunale dovesse confermare la stabilizzazione dello stato di salute al 31 luglio 2023 - la decisione del 21 giugno 2023 - confermata integralmente con la decisione su opposizione qui avversata - ha dichiarato estinto il diritto della ricorrente alla cura medica dal 1° agosto 2023 mentre quello all'indennità giornaliera a fare tempo dal 20 marzo 2023.” (doc. XV). In data 8 agosto 2024 (doc. XVIII) la CO 1 ha comunicato al TCA quanto segue: " (...) in riferimento allo scritto del 17 luglio 2024 con cui ci ha chiesto di prendere posizione in merito alla questione perché la stabilizza-zione dello stato di salute (31 luglio 2023) e la cessazione delle prestazioni delle indennità giornaliere (20 marzo 2023) e delle cure mediche (1° agosto 2023) non coincidono, tempestivamente ci permettiamo di osservare quanto segue: 1.) Innanzitutto, va evidenziato che nel caso litigioso, la parte convenuta ha fornito le prestazioni per l'indennità giornaliera fino al 19 marzo 2023 (cfr. decisione su opposizione, ad A Fatti 10.). (...). 2.) Le indennità giornaliere non sono state concesse oltre il 19 marzo 2023 poiché inizialmente la parte convenuta credeva che l'ultimo certificato d'inabilità del Dr. _____ era quello del 20 aprile 2023 dove quest'ultimo dichiarava l'assicurata inabile al lavoro al 100% fino al 19 marzo 2023. Dopo tale data alla parte convenuta risultava quindi che l'assicurata non era più stata dichiarata inabile al lavoro. Tre mesi dopo, nella visita ambulatoriale del 13 luglio 2023, il Dr. _____ aveva, infine, stabilito che l'assicurata era definitivamente guarita (cfr. decisione su opposizione Considerazioni ad 2.f), doc. 382, doc. 395, doc. 399). 3.) Solo con il ricorso, l'assicurata ha presentato il certificato medico del Dr. med. _____ del 4 luglio 2023 (cfr. Doc. C) ed il certificato medico del Dr. med. _____ del 13.07.2023 (cfr. Doc. D). 4.) Dai due certificati medici si evince che i due medici a luglio 2023 hanno certificato che l'assicurata era inabile nella sua precedente mansione lavorativa nella misura del 25%. 5.) Nella valutazione aggiuntiva del 22 marzo 2024, il Dr. _____ ha precisato di essere d'accordo con il Dr. _____ ed il Dr. _____ che l'abilità raggiunta dalla ricorrente è del 25% di un normale pensum lavorativo (cfr. doc. 415 e risposta al ricorso B Premessa IV). 6.a) Ora, va qui ribadito che la questione dell'incapacità al lavoro viene stabilita in relazione all'attività abituale (cfr. art. 6 LPGA) e che il riferimento per determinare il grado dell'incapacità lavorativa è il pensum lavorativo immediatamente precedente all'infortunio (cfr. DFE 135 V 287 del 25.07.2099, consid. 4.3). 6.b) In concreto, l'assicurata prima dell'evento in questione è stata attiva in _____ con attività al 50%. A partire dal 21 maggio 2021, l'attività è stata ridotta ad un pensum del 25% (dopo raggiungimento di 720 giorni di assenza secondo l'art. 44 del ROC). 6.c) Di conseguenza la questione dell'incapacità al lavoro deve essere stabilita in relazione ad un'attività al 50%. 7.) Considerando tutto ciò ed in particolare che tra il 20 marzo 2023 e la data della stabilizzazione (31 luglio 2023) l'assicurata risulta essere stata abile al lavoro soltanto al 25%, la parte convenuta, con la presente, dichiara che dopo la crescita in giudicato della decisione litigiosa, oltre a valutare la questione della rendita e la questione se il guadagno assicurato e quindi le indennità giornaliere devono essere ricalcolate retroattivamente per il periodo dall'evento fino allo stato finale, dovrà quindi riconoscere delle indennità giornaliere retroattivamente per il periodo sopra indicato .” (n.d.r.: il corsivo è della redattrice) 2.4.2. Chiamato ora a

pronunciarsi, il TCA rileva innanzitutto che, già in sede di opposizione, la patrocinatrice della ricorrente aveva rilevato quanto segue: " (...) Dal profilo economico, si fa presente come il contratto lavorativo ancora in essere preveda una percentuale lavorativa del 50%, ma come le ore straordinarie eseguite costantemente nel corso degli anni portino a considerare una percentuale lavorativa effettiva senza ombra di dubbio ben superiore (90%-100%). Il tutto è desumibile dai conteggi paga mensili da cui si evince il numero delle ore straordinarie effettuate negli anni precedenti l'infortunio (una media degli ultimi 14 mesi ammonta a 22.37 ore straordinarie in più rispetto all'usuale tempo di lavoro) ed il pagamento mensile delle stesse. L'Ufficio AI è giunto per questo alla conclusione che l'attività espletata dall'assicurata prevedesse una concreta percentuale lavorativa dell'85% e non del 50%. Per meglio definire le ore lavorative effettuate in media, si allegano a titolo esemplificativo le buste paga relative all'anno precedente l'infortunio (fino a giugno 2019, Doc. A) che comprovano una percentuale lavorativa effettiva del 100% negli ultimi 14 mesi, contrariamente a quanto previsto originariamente nel contratto di lavoro del 2014. Questo contratto, infatti, prevedeva la possibilità di conteggiare le ore espletate in più come normale orario di lavoro e de facto si è quindi modificato in relazione al pensusm lavorativo. Orbene, i medici considerano tutti che la signora RI 1 sia abile al lavoro nella misura del 25% (di recente, detta percentuale è stata pure riconfermata dal Dr. med. _____ in data 04.07.2023, Doc. B e dal Dr. med. _____ in data 13.07.2023, Doc. C). Anche il vostro medico fiduciario ha ritenuto corretta un'abilità lavorativa totale in un pensusm lavorativo del 25%. Pur tuttavia va rilevato il fatto che il pensusm lavorativo sia stato ridotto dall'_____ proprio in funzione dell'inabilità lavorativa prolungata (vedasi Doc. D: scritto del 27.04.2021 dell'_____) e come la percentuale di abilità lavorativa del 25% debba essere considerata sull'arco dell'intera giornata lavorativa e non sul pensusm attuale ridotto a seguito dell'inabilità lavorativa. L'asserzione del Dr. med. _____ secondo cui l'assicurata avrebbe ripreso l'attività lavorativa al 100% è del tutto infondata ed errata, posto che essendo stato ridotto il pensusm lavorativo per ragioni mediche ed essendo la sua attuale inabilità lavorativa commisurata nel 25%, la nostra mandante non sta espletando alcuna attività professionale. Alla luce di tutto quanto sopra considerato ed argomentato, contestiamo integralmente la vostra decisione del 21.06.2023, posto che errata in fatto ed in diritto. Non è corretta la valutazione dello stato finale ai sensi della LAINF, posto che dopo l'ultimo controllo medico è emerso che il grado di abilità lavorativa è unicamente del 25% (di un'attività al 100%). Si contestano dunque recisamente l'asserzione del Dr. med. _____ che l'assicurata ha riacquisito un'abilità lavorativa totale dal 19.03.2023, così come le conclusioni in merito al riconoscimento delle cure sino al 31.07.2023, delle indennità giornaliere fino al 19.03.2023 e dell'IMI, posto che la considerazione dello stato di salute finale è errato e non tiene conto dell'effettiva abilità lavorativa valutata dai medici nel 25%." In simili circostanze questa Corte ritiene che, anziché confermare con la decisione avversata la sospensione delle indennità giornaliere a far tempo dal 20 marzo 2023, la CO 1 avrebbe dovuto quantomeno interpellare il medico fiduciario per prendere posizione sulle contestazioni sollevate in quella sede dalla rappresentante dell'insorgente e procedere con una valutazione aggiuntiva. Ciò che è peraltro rettammente avvenuto davanti al TCA, prima dell'inoltro della risposta da parte della CO 1, con la valutazione aggiuntiva del 22 marzo 2024 del dr. med. _____ (cfr. doc. 415). In questo contesto, giova qui infatti sottolineare che in una sentenza 9C_675/2009 del 28 maggio 2010 consid. 8.3, la Corte federale ha ricordato che l'accertamento dei fatti incombe in primo luogo all'amministrazione in forza dell'obbligo derivante dall'art. 43 LPGA, e ha rilevato: " 8.3 Ad

ogni modo si ricorda alla ricorrente che l'accertamento dei fatti incombeva in primo luogo a lei stessa in forza dell'obbligo derivante dall'art. 43 LPGGA, secondo il quale l'assicuratore esamina le domande, intraprende d'ufficio i necessari accertamenti e raccoglie le informazioni di cui ha bisogno (cfr. per analogia la sentenza 8C_122/2008 del 10 marzo 2008 consid. 3). Anche per questa ragione essa non può ora rimproverare alla Corte cantonale un accertamento asseritamente lacunoso per non avere approfondito un aspetto - per altro insufficientemente sostanziato in sede cantonale come pure in sede federale, non potendosi dal solo doppio ruolo assunto da F._____ inferire un serio indizio di manifesto abuso di diritto - che avrebbe potuto e dovuto essere da lei acclarato. Come già avuto modo di affermare in altro ambito, l'amministrazione non può infatti rimandare gli approfondimenti necessari all'accertamento dei fatti determinanti alla procedura di opposizione e tanto meno a quella giudiziaria di ricorso senza in questo modo contravvenire allo scopo perseguito dalle relative disposizioni che è quello di sgravare in definitiva i tribunali (cfr. DTF 132 V 368 consid. 5 pag. 374; sul tema cfr. pure RAMI 1999 n. U 342 pag. 410 [U 51/98])." (cfr. pure la STCA 35.2018.129 del 28 marzo 2019, consid. 2.12 e la STCA 35.2022.36 del 26 settembre 2022, consid. 2.10.1). Sulla scorta delle considerazioni che precedono - ritenuto pure che anche la CO 1 ha riconosciuto in data 8 agosto 2024 (doc. XVIII) che le indennità giornaliere devono essere versate anche tra il 20 marzo 2023 e la data della stabilizzazione (31 luglio 2023) e dal momento che su tale aspetto l'istituto assicuratore resistente si è determinato con la decisione qui impugnata (che, come visto al consid. 2.1, delimita l'oggetto della lite) - essa deve essere riformata nel senso che per l'infortunio del 1° giugno 2019 il diritto all'indennità giornaliera - a fronte di una stabilizzazione dello stato di salute infortunistico al 31 luglio 2023 (cfr. consid. 2.3.2) - è estinto dal 1° agosto 2023. Il TCA prende pure atto sin d'ora che la CO 1 ha dichiarato in data 8 agosto 2024 (doc. XVIII) che, dopo la crescita in giudicato della decisione litigiosa, valuterà - oltre alla questione della rendita - anche quella riguardante il guadagno assicurato e quindi se le indennità giornaliere devono essere ricalcolate retroattivamente per il periodo dall'evento del 1° giugno 2019 fino allo stato finale (e, quindi, fino al 31 luglio 2023; cfr. pure lo scritto del 2 maggio 2024 della CO 1 di cui al doc. IX: "La convenuta prende atto che dalle buste paghe prodotte, si evincono effettivamente che il numero usuale di ore mensili lavorate prima dell'evento in questione non corrisponde ad una percentuale lavorativa del 50%, quanto piuttosto in quella maggiore dell'80-85%. (...). Ai sensi dell'art. 7 let. a OAVS i compensi per le ore straordinarie fanno parte del salario e devono essere inclusi nel calcolo del salario assicurato. La disposizione dell'articolo 22 cpv. 3 e 4 OAINF prevede inoltre che il guadagno assicurato sia proporzionalmente più elevato per i dipendenti che hanno acquisito un diritto al salario più elevato entro un anno prima dell'infortunio. (...). Considerando tutto ciò, la convenuta, dopo la crescita in giudicato della decisione litigiosa, oltre a valutare la questione della rendita, esaminerà separatamente se il guadagno assicurato e quindi le indennità giornaliere devono essere ricalcolate retroattivamente per il periodo dall'evento fino allo stato finale. ").

2.5. Diritto ad un'indennità per menomazione dell'integrità? 2.5.1. 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). 2.5.2. 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. 24 seg. LAINF è, dunque, soltanto parziale: gli aspetti soggettivi del danno (segnatamente il pretium doloris e il pregiudizio estetico) ne sono esclusi (cfr. GHÈLEW/RAMELET/RITTER, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents, Losanna 1992, p. 121).

2.5.3. 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).

2.5.4. 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. STF I 102/00 del 22 agosto 2000; DTF 125 V 377 consid. 1c; STF 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).

2.5.5. Nella concreta evenienza, con decisione formale del 21 giugno 2023 (doc. 396 incarto LAINF), confermata su opposizione il 23 gennaio 2024 (doc. 406 incarto LAINF e doc. A), la CO 1 ha riconosciuto all'assicurata il diritto ad un'IMI del 20%. Tale decisione risulta fondata sulle risultanze della valutazione medica del dr. med. _____.

Nella valutazione fiduciaria del 19 giugno 2023 (doc. 394 incarto LAINF) il dr. med. _____, che ha visitato personalmente l'assicurata in data 6 giugno 2023, ha indicato

un'IMI del " 20% Unicamente per i soli postumi infortunistici, già considerando gli eventuali peggioramenti futuri e secondo pubblicazione medica SUVA, per artrosi tibiotarsica grave come da tabella 5.2 " (doc. 394, pag. 9 incarto LAINF). Con il ricorso, la patrocinatrice dell'insorgente si è limitata a contestare - invero in maniera alquanto generica - l'IMI del 20% assegnata (cfr. doc. I, pag. 4 e 5). Nella " valutazione atti " del 22 marzo 2024 del medico fiduciario (doc. 415 incarto LAINF), il dr. med. _____, alla domanda " Conferma la Sua valutazione dell'IMI? " ha risposto " Si ". Chiamato ora a pronunciarsi, 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 pronunzia U 14/02 del 28 giugno 2002; cfr., altresì, FREI, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, Tesi Friburgo 1998, p. 40s.), il TCA ritiene di poter fare propria la valutazione enunciata dal medico fiduciario, e ciò vista anche l'assenza di pareri specialistici divergenti. In conclusione, la decisione su opposizione del 23 gennaio 2024 - nella misura in cui alla ricorrente è stata riconosciuta un'IMI del 20% - merita dunque di essere confermata.

2.6. Alla luce di quanto precedentemente esposto (cfr., in particolare, i considerandi 2.3.2, 2.4.2 e 2.5.5), questo Tribunale rinuncia all'assunzione di ulteriori prove (in particolare, al richiamo dell'incarto AI richiesto dalla patrocinatrice della ricorrente: cfr. doc. I, pag. 5; in questo contesto giova qui ricordare che, per costante giurisprudenza, l'assicurazione contro gli infortuni non è vincolata alla valutazione dell'invalidità dell'assicurazione per l'invalidità e viceversa: cfr., tra le tante, la STCA 32.2019.63 del 27 aprile 2020 consid. 2.9 e la STCA 35.2021.75 del 31 gennaio 2022 consid. 2.4.3 e i numerosi rinvii giurisprudenziali ivi citati e la STCA 35.2022.64 del 20 marzo 2023, consid. 2.4.4). Va qui pure 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). L'incarto LAINF è stato versato agli atti con la risposta di causa.

2.7. Visto l'esito del ricorso, la CO 1 verserà all'insorgente, patrocinata da un avvocato, fr. 1'500 (IVA inclusa) a titolo d'indennità per ripetibili.

2.8. 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. 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; 35.2021.58 del 18 ottobre 2021 consid. 2.12). 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 pag. 107).

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