

TI_GERICHTE 35.2024.67 vom 21. Oktober 2024

TI Tribunale d'appello, 2024-10-21, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2024.67

FR: TI_GERICHTE 35.2024.67 du 21 octobre 2024

IT: TI_GERICHTE 35.2024.67 del 21 ottobre 2024

Regeste

Discussa capacità lavorativa nell'abituale professione di un assicurato già inabile al 50% per cause extrainfortunistiche

Erwägungen

E. 25

aprile 2018), questa Corte rileva che decide la presente vertenza nella sua composizione ordinaria (pubblicata su FUCT N. 94 del 16 maggio 2024). Con scritto del 18 ottobre 2018 l'CO 1 ha infatti comunicato al TCA che, a partire da quella data, gli incarti affidati dall'assicuratore a un legale esterno all'istituto per le fasi della procedura giudiziaria non vengono gestiti, in seno alla Direzione, dalla giurista di lingua italiana figlia del Giudice Ivano Ranzanici (cfr. STF 8C_668/2021 del 18 febbraio 2022 consid. 2.1). nel merito 2.2. In concreto, è litigiosa la questione di sapere se l'CO 1 era legittimato a porre fine al versamento dell'indennità giornaliera a contare dal 1° aprile 2023, oppure no. 2.3. 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. 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). L'Alta Corte ha inoltre precisato che la questione del "sensibile miglioramento" di cui all'art. 19 cpv. 1 LAINF va di principio 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). 2.4. S econdo il già citato art. 16 LAINF, l'assicurato totalmente o parzialmente incapace di lavorare a seguito d'infortunio o di malattia professionale ha diritto all'indennità giornaliera. Giusta l'art. 6 LPGA, è considerata incapacità al lavoro qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno

alla salute fisica, mentale o psichica, di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo d'attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività. L'entità dell'incapacità lavorativa (e, quindi, il diritto all'indennità giornaliera ex art. 16 LAINF) deve essere valutata considerando le mansioni che l'assicurato è concretamente chiamato a compiere nell'esercizio della sua abituale professione. Nella RAMI 2004 U 529, p. 572 ss., il TFA ha precisato che la definizione d'incapacità al lavoro, così come quelle d'incapacità al guadagno e d'invalidità contenute nella LPGA, corrispondono alle definizioni e ai principi dell'assicurazione contro gli infortuni elaborati finora dalla giurisprudenza. La questione di sapere se l'assicurato sia o meno incapace di lavorare in misura giustificante il riconoscimento del diritto a prestazioni deve essere valutata sulla base dei fatti forniti dal medico. Spetta al medico fornire una precisa descrizione dello stato di salute dell'assicurato e 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. Determinante ai fini della graduazione dell'incapacità lavorativa non è comunque l'apprezzamento medico-teorico, bensì la diminuzione della capacità di lavoro che effettivamente risulta dall'impedimento (RAMI 1987 K 720 p. 106 consid. 2, U 27 p. 394 consid. 2b e giurisprudenza ivi citata; RJAM 1982 n. 482 p. 79 consid. 2). L'assicurato che rinuncia a utilizzare la sua residua capacità oppure che non mette in atto i provvedimenti da lui ragionevolmente esigibili per sfruttare al meglio la propria capacità lavorativa è, ciò nonostante, giudicato per l'attività che egli potrebbe esercitare dimostrando buona volontà. Carenze di volontà risultanti da un'anomalia caratteriale non sono prese in considerazione nell'ambito dell'assicurazione infortuni: possono essere, tutt'al più, considerate nell'ambito dell'assicurazione malattia se la loro causa è da ricercare in un'affezione patologica (DTF 101 V 145 consid. 2b; 111 V 239 consid. 1b e 2a; RAMI 1986 p. 56; 1987 p. 105 consid. 2; 1987 p. 393 consid. 2b; 1989 p. 106 consid. 1d; Ghélew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), Losanna 1992, p. 91). 2.5. Nella concreta evenienza, per quanto qui d'interesse, dalle carte processuali emerge che, nel luglio 2022, l'insorgente ha (nuovamente) consultato gli specialisti della chirurgia del piede della _____, in ragione della persistenza di dolori caricodipendenti, irradianti all'intero piede, e di disturbi della sensibilità. In quell'occasione, la dott.ssa _____, Capoclinica, ha rilevato che i disturbi in questione avevano una possibile genesi neurologica, evocando, quale diagnosi differenziale, una CRPS. Ella ha quindi consigliato un consulto reumatologico e uno di terapia del dolore, precisando di non poter offrire ulteriori terapie dal profilo ortopedico (doc. 207). La consultazione reumatologica ha avuto luogo il 19 ottobre 2022 presso il dott. _____, spec. FMH in reumatologia, il quale ha diagnosticato una CRPS di tipo I al piede destro su esiti di distorsione nel novembre 2019, iniziale immobilizzazione, intervento di sutura del legamento peroneo-astragalico, artroscopia della caviglia e riparazione del peroneo breve destro. Lo specialista ha osservato di non avere ulteriori proposte terapeutiche da offrire, fatta eccezione per l'esecuzione di un trattamento di chiropratica di tipo Network "... per cercare di riequilibrare meglio il paziente dal punto di vista neurovegetativo e muscolo-articolare." (doc. 209). In data 24 febbraio 2023, il ricorrente è stato sottoposto a una RMN della caviglia destra su richiesta dell'assicuratore resistente, la quale ha evidenziato uno stato dopo rottura dei legamenti fibulo-talare anteriore e fibulo-calcaneare con esiti cicatriziali." (doc. 215). Il 28 febbraio 2023, l'assicurato è stato visitato

fiduciarmente dal dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia. In quell'occasione, l'insorgente ha segnatamente dichiarato di "... nuotare almeno 2-3 volte alla settimana facendo circa 1 km in 30-40 minuti in genere, questo nella piscina di _____". Fa metà crawl e metà dorso. (...). Spiega di lavorare tutto il giorno e secondo l'attività eseguita alle 15.30-16.00 torna a casa per riposare. Il pomeriggio comincia ad avere fastidi e la sensazione come se un chiodo entrasse prima laterale e dopo anche plantare verso sotto il calcagno, il quale crea un dolore e gonfiore intorno alla caviglia, ragione per la quale fa una pausa nel tardo pomeriggio. Sente anche un'ipotesibilità sotto il metatarso-falangeale V a destra dopo aver lavorato tutto il giorno. Sente anche un dolore e ipotesibilità alla sera nella zona tra il metatarso falangeale II-III del piede destro". Il medico _____ ha quindi espresso le seguenti considerazioni: " (...) Riguardo le conseguenze della distorsione della caviglia destra del 2019 si nota una situazione stabile. Non siamo confrontati con un'instabilità della caviglia, che è stato valutato anche dalla Schulthess, che non vedono indicato nessun procedere terapeutico, essendo confrontati con una situazione stabile. Riguardo una possibile CRPS, si può postulare con la visita odierna di non essere in presenza di nessun segno o residuo di qualsiasi segno di una CRPS/algodistrofia. I dolori e i disturbi neurologici lungo la cicatrice (ramo superficiale del peroneo?) potevano essere una restante conseguenza della lesione parziale del nervo peroneale. Si ricorda che l'infiltrazione locale della parte sensoria di questo nervo non ha portato a nessun cambiamento, quindi anche un'eventuale neuropatia di questo nervo superficiale è stata oggettivamente esclusa. Personalmente non ho una chiara spiegazione per i forti dolori che l'assicurato lamenta toccando solo il malleolo esterno. Inspiegabili sono anche i dolori che sente nella parte plantare verso il calcagno, dove lui non ha avuto nessun infortunio, né un danno oggettivabile negli ultimi anni. Una patologia è stata esclusa con le radiografie e l'ultima risonanza magnetica, che non mostra nessuna patologia di origine infortunistica e nemmeno degenerativa, che può spiegare questa sensazione/comportamento. Resta possibile che questa problematica è legata ad un problema della colonna lombare, ma si ricorda che la degenerazione importante (stenosi canale spinale) era più a livello L3-L5 e non verso S1. La differenza nella forza eseguendo una contro resistenza nella dorso-estensione, non nella plantar-flessione, può essere spiegabile a causa della restante problematica del nervo peroneo, conseguenza dell'infortunio del 1982. Lo stesso si notava che il signor RI 1 era in grado di caricare anche sull'avampiede e senza problemi anche sul talo lungo lo studio ripetutamente. Riguardo le sole conseguenze infortunistiche, mi vedo costretto di esprimere una piena abilità lavorativa nel suo precedente lavoro senza limiti funzionali riguardo la problematica della vecchia lesione peroneo-astragalica, essendo stabile e guarita oggettivamente." (doc. 219) A seguito della comunicazione dell'CO 1 che lo dichiarava abile al lavoro in misura completa dal 1° aprile 2023 (doc. 222), l'insorgente ha prodotto una serie di fotografie del piede destro volte, secondo quanto da lui stesso dichiarato, a mettere in dubbio la fedeltà dei referti del dott. _____, autore dell'intervento dell' ottobre 2020 ("I rapporti medici del dr. _____ sono discutibili in quanto, ancora in clinica ci siamo incontrati in ascensore e già gli comunicavo che dall'operazione i dolori dalla pianta del piede all'estremità delle dita erano insopportabili, problema mai rientrato, come il susseguirsi delle visite ed i rapporti in netto disaccordo con la doc. fotografica (in allegato) che ho fatto, ritenendo plausibile da parte mia una eventuale complicazione futura"). L'assicurato non ha inoltre né smentito né precisato le indicazioni, contenute nel rapporto del dott. _____, inerenti l'attività lavorativa da lui svolta (cfr. doc. 229 e doc. 230). Al riguardo, con apprezzamento del 18

ottobre 2023, il dott. _____ ha rilevato segnatamente che nella documentazione fotografica prodotta "... non si nota un vero edema in quanto sono presenti delle pieghe nella parte tibiotalare ben visibili. Si vedono le vene e i tendini e l'assenza di edemi attorno alle dita, chiaro segno di non essere confrontati con una patologia importante. Faccio anche riferimento alle foto da me eseguite durante la mia visita del 28.02.2023 che sono assolutamente paragonabili a quelle portate dall'assicurato. In particolare, mi riferisco all'importante callo che si vede invariato ad entrambe le prime dita, chiaro segno che l'assicurato cammina scaricando pienamente. Le fotografie messeci a disposizione non cambiano la mia valutazione oggettivabile che è stata fatta in base agli interventi eseguiti, le radiografie, le risonanze e l'esame clinico che ha mostrato una chiara guarigione, cosa anche confermata nella visita. Si ricorda che l'assicurato ha eseguito diversi esercizi totalmente in autonomia mostrando una buona forza su entrambi i piedi." (doc. 241). Nel mese di febbraio 2024, l'assicurato ha privatamente consultato la dott.ssa _____, attiva presso il Centro _____. La specialista ha formulato la diagnosi d'instabilità rotatoria della caviglia laterale destra recidivante e di sindrome dolorosa nocicettiva. Per quanto concerne l'ulteriore procedere terapeutico, per stabilizzare l'articolazione è stata proposta una ricostruzione dei legamenti mediale e laterale e un'artroscopia della caviglia, intervento che il ricorrente ha però voluto posticipare a non prima dell'ottobre 2024. Per i dolori nocicettivi, ella ha ritenuto indicato indirizzare l'assicurato a uno specialista della terapia del dolore (cfr. doc. 267). A margine della conversazione telefonica del 27 marzo 2024 con un funzionario dell'CO 1, RI 1 ha precisato a proposito della sua volontà di posticipare l'intervento che "... dev'esserci stata un'incomprensione con il chirurgo per il ricovero. La sua intenzione è di prendere contatto in settembre/ottobre 2024 per organizzare l'intervento in gennaio 2025. Ci tiene infatti a precisare che, nonostante l'impresa sia una "sagl", lui è l'unico dipendente. Lavora nelle chiese e ha dei contratti da rispettare. Deve terminare i lavori entro fine anno e per questo non può permettersi di interrompere completamente l'attività. Rischia addirittura delle penali se non dovesse portare a termine i mandati ricevuti. Sta già pianificando il futuro e le prossime acquisizioni anche in previsione di questo intervento chirurgico. Conferma che i disturbi sono sempre presenti. Spesso si sveglia durante la notte a causa dei dolori e quando questi sono insopportabili esegue delle infiltrazioni." (doc. 275). Il 23 aprile 2024, l'insorgente è stato visitato dal dott. _____, spec. FMH in neurologia, su incarico dell'amministrazione. Il dott. _____ ha refertato, clinicamente, "un deficit sensitivo sul territorio del nervo peroneo superficiale e profondo a destra, la forza sembra abbastanza ben mantenuta almeno per quel che riguarda il muscolo tibiale anteriore" e, elettrofisiologicamente, l'assenza di un "potenziale di sommazione motorio e rispettivamente d'azione sensibile". Pertanto, a suo avviso, "... è presente una lesione sensitiva e motoria distale del nervo peroneo. Non è possibile datare con precisione la lesione ma si può ritenere che questa sia almeno in parte dovuta al trauma più recente del 02.11.2019 che, vista la sua localizzazione e il successivo intervento ortopedico eseguito, ha verosimilmente danneggiato le fibre distali motorie e sensitive del nervo peroneo destro. Risulta che il paziente aveva già avuto un pregresso danno sul territorio di questo nervo in seguito ad un intervento per osteocondroma prossimale al femore destro nel 1982 ma si era verificato un buon recupero ed effettivamente la forza della muscolatura prossimale alla caviglia è ben conservata per cui è verosimile che si sia verificato un ulteriore danno di questo nervo nel novembre 2019. Ai disturbi neurologici si sovrappongono anche dolori non di tipo neuropatico ma dovuti alla problematica ortopedica locale. In una situazione complessa e ormai cronica da tempo è

difficile formulare proposte terapeutiche oltre ai trattamenti antalgici già in corso.” (doc. 282). Con riferimento alle conclusioni a cui è pervenuto il dott. _____, il PD dott. _____, spec. in neurologia, ha sostenuto che per la diagnosi di sindrome algica neuropatica di origine infortunistica fanno difetto, non soltanto un legame anatomico con l’accesso artroscopico laterale e non frontale dell’8 ottobre 2020, ma pure un dolore urente a riposo, rispettivamente notturno, nonché un’allodinia, invero completamente assente, oppure un segno di Tinel evocabile. Tutto ciò tenuto anche conto dell’attività sportiva svolta in piscina, la quale non è compatibile con un’eventuale sindrome algica neuropatica invalidante, così come dell’attuale assenza di una medicazione antineuropatica. Per quanto concerne i disturbi denunciati dall’assicurato dopo la (fallita) esplorazione elettrofisiologica del nervo peroneo – egli ha accusato dolori in tutto il corpo essendo, a suo dire, “il nervo sollecitato una ramificazione che va a collegarsi su tutto il corpo”, e in particolare delle cefalee -, secondo il dott. _____, essi non appaiono plausibili, senza alcuna riconoscibile relazione neuroanatomica o con l’evento traumatico. Inoltre, i disturbi alla testa, valutati quali cefalee tensive, risultano documentati già antecedentemente all’evento infortunistico in discussione. In conclusione, il neurologo fiduciario dell’CO 1 non ha ritenuto esservi, secondo il criterio della verosimiglianza preponderante, una rilevante sindrome algica neuropatica in nesso di causalità con la distorsione della caviglia del 2 novembre 2019. Inoltre, dal suo punto di vista, il ricorrente non lamenta alcuna limitazione della precedente capacità lavorativa (cfr. doc. 292). Dal profilo ortopedico, il PD dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia, ha osservato che il referto della dott.ssa _____ non contiene “... nuovi fatti che potrebbero cambiare la valutazione del collega dott. med. _____. L’assicurato è abile al lavoro come prima dell’infortunio perché ha procrastinato l’intervento. Si tratta di un indizio che ci permette di affermare che i disturbi non sono così importanti come fatto valere.” (doc. 294). 2.6. 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, neppure 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). 2.7. Nella concreta evenienza, va innanzitutto osservato che, con la decisione formale del 3 novembre 2023, poi confermata con quella su opposizione del 20 giugno 2024, l'istituto assicuratore convenuto ha posto termine al versamento dell'indennità giornaliera dal 1° aprile 2023, ritenuto che da quella data l'insorgente avrebbe ritrovato la capacità lavorativa che esisteva prima dell'evento assicurato (cfr. doc. 244 e doc. 296). D'altro canto, con i provvedimenti appena citati, l'CO 1 non si è formalmente pronunciato a proposito dell'eziologia dei disturbi denunciati dall'assicurato (doc. 296, p. 6: "L'assicurato è pregato di annunciare una ricaduta al momento in cui si sottoporrà all'intervento operatorio."). Chiamato ora a pronunciarsi a proposito della pretesa estinzione del diritto all'indennità giornaliera, il TCA constata che, al momento in cui è accaduto l'infortunio, l'assicurato aveva volontariamente ridotto il proprio pensum lavorativo al 50% (cfr. doc. 1 e doc. 31, p. 1: "Figuro occupato con un grado del 50% per mia scelta, in particolare relazionato ai miei disturbi di salute che mi permettono limitatamente l'esecuzione prolungata di lavori fisici. (...). Sono stato operato alla schiena due anni fa a _____ e da quel momento ho disturbi che mi costringono a serie limitazioni nel riprendere le mie attività."). L'esistenza, o meno, di un'inabilità lavorativa indennizzabile deve pertanto essere valutata per rapporto a quel grado di occupazione (50%) (cfr. STFA U 419/00 del 28 ottobre 2022 consid. 3.3, riguardante un'assicurata che presentava una capacità lavorativa dell'80% e che, prima di rimanere vittima dell'infortunio, era stata pure occupata nella misura dell'80%; in questo senso si vedano anche DTF 135 V 287 consid. 4 e STF 8C_530/2007 del 10 giugno 2008 consid. 5.2.3). A margine della visita _____ del 28 febbraio 2023, il ricorrente ha affermato di "lavorare tutto il giorno e secondo l'attività eseguita alle 15.30-16.00 torna a casa per riposare" (doc. 219, p. 8). Inoltre, in occasione della conversazione telefonica del 27 marzo 2024, egli ha precisato che "..., nonostante l'impresa sia una "sagl", lui è l'unico dipendente. Lavora nelle chiese e ha dei contratti da rispettare. Deve terminare dei lavori entro fine anno e per questo non può permettersi di interrompere completamente l'attività .

Rischia addirittura delle penali se non dovesse portare a termine i mandati ricevuti. (...). Spesso si sveglia durante la notte a causa dei dolori e quando questi sono insopportabili esegue delle infiltrazioni” (doc. 275 – il corsivo è del redattore). Le affermazioni riportate dal medico fiduciario, rispettivamente dal funzionario assicurativo, non sono mai state smentite né dall’assicurato né dalla sua patrocinatrice (cfr. doc. I). Anzi, con l’atto di opposizione del 19 novembre 2023, RI 1 ha dichiarato: “ Io lavoro ed è la cosa più importante ” (doc. 254 – il corsivo è del redattore). Alla luce di quanto precede, questo Tribunale deve concludere che il parere dei dottori _____ e _____, i quali hanno dichiarato l’assicurato abile al lavoro come prima dell’infortunio (quindi nella misura del 50%) (cfr. doc. 219 e doc. 294), trova piena conferma nei fatti. Il TCA non ignora che il medico curante del ricorrente, dott. _____, spec. FMH in medicina interna generale, ha continuato ad attestare, senza peraltro fornire motivazioni di sorta, un’inabilità lavorativa del 50%. Al riguardo, non è però chiaro se l’attestata incapacità del 50% è rapportata a un tasso di occupazione del 100% oppure a uno del 50%. Nella prima ipotesi, l’inabilità non sarebbe in realtà indennizzabile nella misura in cui, come precedentemente indicato, già prima di rimanere vittima dell’infortunio assicurato, l’insorgente aveva volontariamente ridotto il proprio pensum al 50%. Nella seconda delle ipotesi, la valutazione del dott. _____ contrasterebbe con il motivato parere dei medici fiduciari dell’assicuratore e, soprattutto, con la circostanza che, per sua stessa ammissione, il ricorrente riesce concretamente a svolgere la propria professione nella misura di, almeno, il 50%. In conclusione, occorre ritenere accertato, perlomeno con il grado di verosimiglianza richiesto dalla giurisprudenza federale, che dal 1° aprile 2023 l’insorgente ha ritrovato una capacità lavorativa del 50% nella sua abituale professione, di modo che, tenuto conto che il grado d’occupazione precedente all’infortunio era pure del 50%, l’amministrazione era legittimata a dichiarare estinto il diritto all’indennità giornaliera da quella data. Data l’assenza di un’incapacità lavorativa a far tempo dal 1° aprile 2023, non è necessario che il TCA si interroghi a proposito dell’esistenza, o meno, di un danno economico (provocato dall’inabilità lavorativa), il quale costituirebbe pure un presupposto del diritto all’indennità giornaliera ai sensi dell’art. 16 cpv. 1 LAINF (cfr. DTF 134 V 392 consid. 5.3; 130 V 35 consid. 3.3; si vedano pure la STF 8C_748/2023 del 6 giugno 2024 consid. 3.1.3 e la STF 9C_131/2020 del 5 febbraio 2021 consid. 3.2, emanata in materia di assicurazione facoltativa d’indennità giornaliera secondo gli artt. 67 ss. LAMal). A titolo abbondanziale, questa Corte rileva che l’amministrazione ha dichiarato che, qualora decidesse effettivamente di sottoporsi all’operazione proposta dalla dott.ssa _____ a margine della visita del febbraio 2024, concretamente un intervento di stabilizzazione dell’articolazione della caviglia, il ricorrente potrebbe annunciare una ricaduta ai sensi dell’art. 11 OAINF (cfr. doc. 296, p. 6: “L’assicurato è pregato di annunciare una ricaduta al momento in cui si sottoporrà all’intervento operatorio”). Ciò appare di principio ammissibile considerato che l’CO 1 non ha posto termine al diritto alle prestazioni per estinta causalità (su questo aspetto, si veda la STFA U 144/04 del 28 febbraio 2005 consid. 3.3; STCA 35.2018.75 del 3 luglio 2019 consid. 2.5, confermata dal TF con la pronuncia 8C_561/2019 dell’11 maggio 2020). 2.8. In conclusione, sulla scorta di tutto quanto precede, deve essere confermata la decisione su opposizione impugnata mediante la quale l’assicuratore convenuto ha posto termine al versamento dell’indennità giornaliera a far tempo dal 1° aprile 2023. 2.9. 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. 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 p. 107).

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