

BGer 8C_601/2022 vom 31. März 2023

Bundesgericht, 2023-03-31, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_8C_601_2022

FR: TF 8C_601/2022 du 31 mars 2023

IT: TF 8C_601/2022 del 31 marzo 2023

Erwägungen

E. 1.1

Il ricorso in materia di diritto pubblico può essere presentato per violazione del diritto, conformemente a quanto stabilito dagli art. 95 e 96 LTF . Pur applicando il diritto d'ufficio (art. 106 cpv. 1 LTF), il Tribunale federale esamina solamente le censure sollevate nell'atto di ricorso nella misura in cui le carenze giuridiche non risultano palesi (DTF 145 V 57 consid. 4.2); esso non è quindi tenuto a vagliare, come lo farebbe un'autorità di prima istanza, tutte le questioni giuridiche che si pongono se queste non sono presentate in sede federale (DTF 134 II 244 consid. 2.1). L'accertamento dei fatti operato dal tribunale inferiore può, invece, essere censurato unicamente se avvenuto in modo manifestamente inesatto, ovvero arbitrario (DTF 143 IV 241 consid. 2.3.1), oppure in violazione del diritto ai sensi dell' art. 95 LTF e se l'eliminazione del vizio può essere determinante per l'esito del procedimento (art. 97 cpv. 1 LTF).

E. 1.2

Se il ricorso è presentato contro una decisione d'assegnazione o rifiuto di prestazioni pecuniarie dell'assicurazione militare o dell'assicurazione contro gli infortuni, può essere censurato qualsiasi accertamento inesatto o incompleto dei fatti giuridicamente rilevanti (art. 97 cpv. 2 LTF). In tal caso, il Tribunale federale non è vincolato dall'accertamento dei fatti operato dall'autorità inferiore (art. 105 cpv. 3 LTF). Se, come nella presente fattispecie, la controversia attiene all'assegnazione o al rifiuto sia di prestazioni in natura (assunzione dei costi per cure mediche) che di prestazioni pecuniarie (indennità giornaliera), il Tribunale federale esamina con pieno potere di cognizione i fatti comuni ad entrambe le prestazioni (sentenza 8C_584/2009 del 2 luglio 2010 consid. 4). Per contro, i fatti che si rivelano pertinenti unicamente per il diritto alle prestazioni in natura possono essere riesaminati unicamente nella stretta ottica degli art. 97 cpv. 1 e 105 cpv. 2 LTF (sentenze 8C_97/2021 dell'11 giugno 2021 consid. 2.2; 8C_416/2019 del 15 luglio 2020 consid. 2 e riferimenti).

E. 2

Giusta l' art. 99 cpv. 1 LTF , possono essere adottati nuovi fatti e nuovi mezzi di prova soltanto se ne dà motivo la decisione dell'autorità inferiore, ciò che incombe al ricorrente provare (sull'applicazione di questa disposizione nelle procedure rette dagli art. 97 cpv. 2 e 105 cpv. 2 LTF cfr. DTF 135 V 194). Per nuovi fatti o mezzi di prova si intendono

nova in senso improprio, ossia quelli che nella procedura pendente si sarebbero già dovuti addurre, senza che sia stato il caso. I

nova in senso proprio, ossia quelli che sono emersi soltanto nel momento in cui dinanzi all'autorità precedente non era più possibile addurre nuovi fatti o mezzi di prova, in concreto successivamente all'emanazione del giudizio cantonale, sono per contro irrilevanti

dinanzi al Tribunale federale (DTF 143 V 19 consid. 1.2; 140 V 543 consid. 3.2.2.2).

Il ricorrente ha prodotto con il suo ricorso diversi documenti. Il rapporto del medico di famiglia del ricorrente datato 5 ottobre 2022 è posteriore alla decisione avversata, sicché trattasi di un nuovo fatto, rispettivamente di una nuova prova (vera

nova ; DTF 143 V 19 consid. 1.2 con rif.), inammissibile dinanzi al Tribunale federale. Invece, con riferimento alla corrispondenza intercorsa dal 3 novembre 2021 al 22 marzo 2022 tra il ricorrente e la C._____ Assicurazioni SA, il ricorrente non spiega le ragioni per le quali egli non abbia potuto produrla agli atti nel corso della procedura cantonale. Ne consegue che la documentazione succitata non può essere presa in considerazione.

E. 3

Oggetto del contendere è sapere se la sentenza cantonale, che ha confermato la decisione dell'INSAI con la quale è stata negata l'assunzione dei costi medici relativi all'intervento chirurgico del 21 luglio 2021, come pure l'erogazione di indennità giornaliera, sia lesiva del diritto federale.

E. 4.1

Per mezzo di una censura di natura formale, il ricorrente fa anzitutto valere la violazione del suo diritto di essere sentito (art. 29 cpv. 2 Cost.) nella misura in cui il Tribunale cantonale delle assicurazioni non ha ordinato l'assunzione di una perizia pluridisciplinare e ha rifiutato di sentire personalmente il ricorrente. Trattandosi di una garanzia costituzionale formale, la cui violazione implica di regola l'annullamento della decisione impugnata a prescindere dalle possibilità di successo nel merito, tale censura va esaminata in via preliminare (DTF 132 V 387 consid. 5.1).

E. 4.2

Laddove è invocata la violazione di diritti fondamentali, il Tribunale federale esamina soltanto le censure che rispettano l'esigenza di motivazione accresciuta, ovvero che espongono in maniera chiara e dettagliata, confrontandosi puntualmente con i considerandi del giudizio impugnato, in quale misura sarebbero violati i suoi diritti fondamentali (art. 106 cpv. 2 LTF ; DTF 147 I 73 consid. 2.1; 142 V 577 consid. 3.2). Tale principio implica che il ricorrente non può, come nel caso in questione, limitarsi in poche righe a fare recriminazioni, citare varie disposizioni legali o costituzionali o semplicemente invocare impropriamente l'arbitrio o violazioni di diritto (cfr. sentenza 8C_203/2021 del 20 luglio 2021 consid. 2.1).

Nel caso concreto, la breve critica appellatoria presente nel ricorso chiaramente non soddisfa le esigenze di motivazione accresciute di cui sopra. Il ricorrente, infatti, non si confronta minimamente con i considerandi della sentenza avversata e non spiega in quale misura e per quali ragioni la Corte cantonale avrebbe violato il diritto fondamentale in questione. La censura si rileva pertanto irricevibile. La mancata assunzione di una perizia giudiziaria pluridisciplinare, come si vedrà (consid. 6.5), non è tuttavia priva di pertinenza e verrà valutata nell'ambito del diritto materiale contestato.

Ad ogni buon conto, si rileva che, anche nell'ipotesi in cui la censura fosse ritenuta ricevibile, nel corso della procedura cantonale il ricorrente non ha chiesto esplicitamente e in maniera chiara alla Corte cantonale l'indizione di un pubblico dibattimento per esprimere il proprio punto di vista sulla controversia (DTF 136 I 279 consid. 1; sentenza 8C_273/2013 del 20 dicembre 2013 consid. 1.2), bensì ha postulato - nell'ambito di una

richiesta di prove (cfr. sentenza 8C_723/2016 del 30 marzo 2017 consid. 3.2) - unicamente "di essere sentito", ovvero il suo interrogatorio. Trattasi quindi di un aspetto che afferisce all'apprezzamento delle prove operato dalla Corte cantonale (sull'apprezzamento anticipato delle prove cfr. DTF 141 I 60 consid. 3.3). La richiesta di un pubblico dibattimento in sede cantonale dinanzi al Tribunale federale è tardiva e non potrebbe comunque trovare accoglimento.

E. 5

Il ricorrente rimprovera alla Corte cantonale di aver accertato erroneamente i fatti e di aver violato l'art. 21 della legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF; RS 832.20) in quanto non ha ritenuto adempite le condizioni per accordare le prestazioni sanitarie a fronte della ricaduta notificata, inclusa l'operazione chirurgica svolta il 21 luglio 2021, e ha negato così anche il suo diritto alle indennità giornaliere.

E. 5.1.1

Le condizioni del diritto alle prestazioni sanitarie e al rimborso delle spese variano a dipendenza se la persona interessata è posta o meno al beneficio di una rendita di invalidità (DTF 116 V 41 consid. 3b). Giusta l' art. 10 cpv. 1 LAINF , l'assicurato ha diritto alla cura appropriata dei postumi dell'infortunio. Di principio, il diritto alle cure mediche, e di riflesso anche alle indennità giornaliere, sussiste soltanto se le prestazioni sanitarie possano apportare un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato (art. 19 cpv. 1 LAINF e contrario, prima frase). Tale diritto cessa con la nascita del diritto alla rendita (art. 19 cpv. 1 seconda frase LAINF). Determinata la rendita, è tuttavia possibile che si renda nuovamente necessaria per l'assicurato una cura medica. In tal caso, le prestazioni sanitarie e il rimborso delle spese (art. 10-13 LAINF) sono accordate esclusivamente se sono adempite le condizioni di cui all' art. 21 cpv. 1 LAINF , ovvero in caso di malattia professionale (lett. a), di ricaduta o di postumi tardivi purché la capacità di guadagno possa essere migliorata sensibilmente con le cure mediche o queste ne possano impedire una notevole diminuzione (lett. b), se la persona abbisogna durevolmente di trattamento e cure per mantenere la capacità residua di guadagno (lett. c) oppure, in caso d'incapacità di guadagno, se le cure mediche possano migliorare sensibilmente il suo stato di salute o impedire un notevole peggioramento (lett. d). Le circostanze succitate, determinanti per giustificare la prestazione di una cura medica da parte dell'assicuratore dopo l'assegnazione della rendita, sono esaurientemente definite (cfr. Messaggio per una legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni del 18 agosto 1976, FF 1976 155, pag. 209). L'art. 21 cpv. 3 seconda frase LAINF prevede inoltre che, se il beneficiario della rendita subisce durante questo periodo una perdita di guadagno, egli ha diritto all'indennità giornaliera calcolata in base all'ultimo guadagno realizzato prima della nuova cura medica. Pertanto, se da una parte non v'è d'attendersi un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato ai sensi dell' art. 19 cpv. 1 LAINF e, d'altra parte, non sono adempite le condizioni dell' art. 21 cpv. 1 LAINF , spetta all'assicurazione contro le malattie intervenire prendendosi a carico il trattamento medico (DTF 140 V 130 consid. 2.2).

E. 5.1.2

Si è in presenza di una ricaduta quando un danno alla salute, che si presumeva guarito, si riacutizza, di modo che esso necessita di una cura medica e causa un'incapacità lavorativa (ulteriore). Si parla invece di postumi tardivi quando un danno alla salute apparentemente guarito produce, nel corso di un periodo di tempo prolungato, delle modificazioni organiche

o psichiche comportanti sovente uno stato patologico differente. In entrambi i casi, l'obbligo dell'assicuratore è dato soltanto se sussiste un rapporto di causalità naturale ed adeguata tra i nuovi disturbi e l'infortunio (DTF 144 V 245 consid. 6.1; 118 V 293 consid. 2c). L'art. 11 dell'ordinanza sull'assicurazione contro gli infortuni (OAINF; RS 832.202) precisa inoltre che le prestazioni assicurative sono accordate anche in caso di ricadute o conseguenze tardive; i beneficiari di rendite di invalidità devono tuttavia soddisfare le condizioni previste all'art. 21 della legge. Tali condizioni, come si è visto, impongono che le cure mediche in oggetto possano migliorare sensibilmente la capacità di guadagno dell'assicurato o impedirne una notevole diminuzione (art. 21 cpv. 1 lett. b LAINF). Trattasi di una questione di fatto che, se negata, preclude all'assicurato il diritto alle prestazioni sanitarie e al rimborso delle spese.

E. 5.2

Nel caso concreto, le ipotesi di cui all'art. 21 cpv. 1 lett. a, c e d LAINF non sono di principio pertinenti, posto che la vertenza fa seguito a una ricaduta notificata dal ricorrente, il quale non è totalmente invalido (lett. d) o d'acchito bisognoso di durevoli trattamenti medici (lett. c). L'ipotesi dell'art. 21 cpv. 1 lett. d LAINF, infatti, concerne soltanto i beneficiari di rendite che sono totalmente invalidi (DTF 140 V 130 consid. 2; sentenza 8C_332/2012 del 18 aprile 2013 consid. 1). Per questo motivo, il caso va valutato principalmente sotto il profilo dell' art. 21 cpv. 1 lett. b LAINF .

E. 6.1

La Corte cantonale non ha ritenuto dimostrato, con sufficiente grado di verosimiglianza, che l'intervento chirurgico del 21 luglio 2021 abbia migliorato sensibilmente la capacità di guadagno del ricorrente, né che grazie ad esso ne sia stato evitato un peggioramento, sicché difettavano i presupposti di cui all' art. 21 cpv. 1 LAINF . In particolare, la stessa ha constatato che la capacità lucrativa del ricorrente era peggiorata a causa degli effetti dell'operazione, passando da un grado di abilità lavorativa del 70%, corrispondente a quella relativa alla rendita d'invalidità in vigore, a quello del 25%. Ciò a fronte dei dolori diffusi, insorti dopo l'intervento, nella zona lombare e del bacino (dopo qualche ora di lavoro in posizione seduta) nonché da quelli provocati dalla spasticità dei muscoli flessori. A mente dei giudici ticinesi, il fatto che grazie all'operazione chirurgica egli non avvertirebbe più il dolore lancinante e continuo nella zona lombare e neppure quello della spasticità data dai muscoli estensori non è decisivo per la valutazione del diritto del ricorrente. Determinante sarebbe invece che l'intervento medico sia volto a migliorare oppure a mantenere la capacità di guadagno del ricorrente, ciò che non sarebbe stato dimostrato nel caso concreto. A tale riguardo, la Corte cantonale ha condiviso gli avvisi degli specialisti interni all'INSAI secondo i quali l'operazione prospettata non era indicata. Agli atti non figurerebbero neppure degli avvisi specialistici divergenti, suscettibili di generare dubbi, neppure lievi, in relazione alla fondatezza del parere dell'amministrazione. I medici privatamente consultati dall'assicurato si sarebbero soprattutto impegnati a dimostrare l'esistenza di una causalità naturale (indiretta) tra l'infortunio del 1989 e le alterazioni degenerative lombari, aspetto che, in assenza dei presupposti di cui all' art. 21 cpv. 1 lett. b LAINF , il Tribunale cantonale delle assicurazioni non ha ritenuto opportuno tematizzare poiché irrilevante. Nell'ambito di un apprezzamento anticipato delle prove, i giudici cantonali hanno quindi rinunciato ad ordinare l'esperimento di una perizia pluridisciplinare.

E. 6.2

Il ricorrente rimprovera alla Corte cantonale di aver accertato in modo errato i fatti che concernono il suo decorso medico nonché la sua capacità di guadagno ai sensi dell' art. 21 LAINF . Con riferimento ai dolori lamentati nel periodo antecedente all'operazione, il ricorrente rileva che a partire dal 2015 il suo stato di salute si è marcatamente deteriorato. In questo contesto, nel maggio 2021 i medici del Centro B._____ avrebbero infatti rilevato un evidente peggioramento della scoliosi rispetto alla situazione constatata nell'ambito della ricaduta del 2017, con il rischio della possibile fusione di tre o quattro vertebre in posizione ricurva. Posto davanti a questo scenario, egli ha quindi ritenuto opportuno sottoporsi all'operazione chirurgica in oggetto al fine di fissare tra loro le vertebre da L4-T12 e contrastare così i dolori invalidanti che lamentava da tempo. Inoltre, il ricorrente osserva che i medici curanti avrebbero prospettato un intervento chirurgico implicante la fissazione di sei vertebre lombari e toraciche (operazione effettuata nel 2021) già nel 1990. Anche nell'ambito della ricaduta del 2017, i medici del Centro B._____ avrebbero ritenuto che le vertebre da L4 a T11 dovevano essere fissate meccanicamente per ovviare ai dolori e che il problema diagnosticato fosse la conseguenza diretta dell'infortunio. Egli lamenta infine che, contrariamente a quanto ritenuto dalla Corte cantonale, la sua capacità di guadagno a seguito dell'operazione non è diminuita, bensì aumentata in quanto, se confrontata all'incapacità lavorativa del 100% sussistente nel periodo preoperatorio - durante il quale beneficiava delle indennità giornaliere e di altre cure mediche -, la sua capacità di guadagno ha raggiunto un grado del 25%. Ne consegue che i giudici cantonali avrebbero dovuto ritenere adempite le condizioni dell' art. 21 cpv. 1 lett. b LAINF .

E. 6.3.1

Il presupposto dell'esistenza di un nesso di causalità naturale tra l'evento infortunistico e il danno alla salute (art. 6 cpv. 1 LAINF) è da considerarsi adempiuto qualora sia lecito ammettere che, senza l'evento infortunistico, il danno alla salute non si sarebbe potuto verificare del tutto o comunque non nel modo in cui si è prodotto. Non occorre, invece, che l'infortunio sia stato la sola e immediata causa del danno alla salute; è sufficiente che l'evento, se del caso unitamente ad altri fattori, abbia comunque provocato un danno all'integrità corporale o psichica dell'assicurato, vale a dire che l'evento appaia come una condizione

sine qua non del danno (DTF 142 V 435 consid. 1; 129 V 177 consid. 3.1). L'esistenza o meno di un nesso di causalità naturale è una questione di fatto che l'amministrazione - oppure il tribunale nella procedura di ricorso - deve accertare, con il grado della verosimiglianza preponderante, nell'ambito del suo apprezzamento delle prove. La mera possibilità di un nesso tra l'infortunio e il danno alla salute o il fatto che i dolori sono sorti dopo l'infortunio non è sufficiente per riconoscere il diritto alle prestazioni (DTF 142 V 435 consid. 1; per l'irrelevanza del principio

post hoc, ergo propter hoc : DTF 119 V 335 consid. 2b/bb).

E. 6.3.2

Nell'ambito del libero apprezzamento delle prove è in linea di principio consentito che l'assicuratore e il giudice delle assicurazioni sociali fondino la loro decisione esclusivamente su basi di giudizio interne dell'istituto assicuratore. Per la giurisprudenza del Tribunale federale, nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione dei pareri medici interni dell'assicurazione, occorrerà tuttavia sottoporre l'assicurato a una perizia medica esterna (DTF 135 V 465 consid. 4.4). Ad ogni buon conto,

il giudice deve esaminare obiettivamente tutti i documenti agli atti, qualunque sia la loro fonte, al fine di pronunciare un valido giudizio sul diritto del ricorrente. Il fatto che, sulla base dell'esperienza della vita, i referti dei medici curanti devono essere considerati con la necessaria prudenza a causa del particolare legame di fiducia che unisce medico e paziente (cfr. DTF 125 V 351 consid. 3b/cc), non esime inoltre il giudice dal valutare correttamente le prove, ciò che impone anche una valutazione dei rapporti medici presentati dall'assicurato in corso di procedura. Il tribunale dovrà quindi verificare se questi referti mettano in dubbio, anche minimamente, l'affidabilità e la rilevanza delle conclusioni dei medici interni all'assicurazione (DTF 135 V 465 consid. 4.5-4.6; sentenza 8C_418/2022 del 1° marzo 2023 consid. 3.1.2). Per quanto riguarda il valore probatorio di un rapporto medico, determinante è che il rapporto analizzi nel dettaglio le questioni controverse e contestate, che sia basato su esami completi e tenga conto anche dei disturbi espressi dalla persona esaminata, che la valutazione della situazione medica sia chiara e, infine, che le conclusioni dell'esperto siano debitamente motivate. Decisivo per il valore probante non è l'origine del mezzo di prova e neppure la sua designazione quale rapporto o perizia, bensì il suo contenuto (DTF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c e riferimenti).

E. 6.4.1

Ai fini del presente giudizio, va anzitutto rilevato che nel 2017 l'INSAI ha effettivamente riconosciuto una ricaduta che, analogamente a quella in oggetto, era principalmente determinata da un importante aumento della spasticità spinale a livello lombare con concomitante sintomatologia algica invalidizzante con sindrome radicolare irritativa e nell'ambito della quale il ricorrente si era già sottoposto all'infiltrazione delle faccette articolari L1-L3. I medici del Centro B. _____ delle sedi di D. _____ e E. _____ avevano diagnosticato un'artrosi nei segmenti confinanti dorsali T12-L2, nel senso di una osteocondrosi e spondiloartrosi, a fronte della quale avevano prospettato all'insorgente di sottoporsi a un intervento chirurgico spinale nel caso in cui l'effetto dell'infiltrazione alle faccette articolari non fosse di lunga durata e non garantisse un effetto a lungo termine. Con rapporto del 23 ottobre 2017 il Dr. med. F. _____ (dell'ambulatorio ticinese del Centro B. _____) ha infatti constatato una discopatia del tratto lombare prossimale con scivolamento dorsale L1-L2 su L3 rilevando che "[i]n entrambi i livelli i dischi mostrano fenomeni di tipo degenerativo, sporgono circonferenzialmente con maggior impegno in sede postero-laterale e intra-foraminale sinistra. [...] Basandosi sull'evidenziazione di un importante degenerazione dei dischi e degli importanti segni di osteocondrosi nei segmenti esaminati si postula una importante spondiloartrosi che può senza dubbio attivare l'importante spasticità lamentata dal paziente.". Stabilizzata la situazione, il ricorrente è stato dichiarato in grado di riprendere l'esercizio della sua professione in misura del 70% a contare dal 26 agosto 2019 e, pertanto, abile nella misura della rendita d'invalidità in vigore.

E. 6.4.2

Nel contesto della ricaduta qui in esame, il medico curante del ricorrente ha notificato un netto peggioramento della sintomatologia algica, coinvolgente sia la regione lombare sia quella dell'anca destra con estensione verso la gamba, a fronte della quale egli ha emesso una certificazione di inabilità lavorativa completa. Il Dr. med. G. _____, primario presso il Centro B. _____, ha diagnosticato una generale situazione degenerativa data in particolare dall'avanzata osteocondrosi con effetto

vacuum e dalla scogliosi lombare degenerativa tendente a destra. Ciò posto, egli ha quindi consigliato di eseguire nuovamente delle infiltrazioni delle faccette articolari L1-L4 prima di procedere all'intervento chirurgico di spondilodesi già prospettato nel 2017, sebbene tali infiltrazioni non abbiano in precedenza portato a stabili effetti benefici. Con rapporto del 9 giugno 2021, preso atto degli esiti della nuova infiltrazione delle faccette effettuata il 25 maggio 2021 e della ricomparsa dei dolori, il Dr. med. G. _____ ha quindi posto l'indicazione per un intervento chirurgico.

Il Dr. med. H. _____, attivo presso il Centro di competenza in medicina assicurativa dell'INSAI, ha tuttavia ritenuto, senza procedere a una visita del ricorrente, che una terapia conservativa con infiltrazioni sarebbe stata sufficiente per migliorare la sintomatologia algica e che l'auspicata operazione non era quindi indicata. Con scritto del 17 giugno 2021 l'amministrazione ha quindi negato il proprio benessere all'assunzione dei costi. Malgrado ciò, in data 21 luglio 2021 il ricorrente si è sottoposto all'operazione chirurgica. Nel rapporto di uscita del Centro B. _____ del 17 agosto 2021, i medici del Centro B. _____ hanno indicato che, a fronte della recrudescenza dei disturbi e di un paziente fortemente limitato, l'operazione in oggetto si rivelava indicata. Preso atto della documentazione nel frattempo acquisita, il Dr. med. H. _____ ha però ribadito che l'intervento non era indicato e che non era stato dimostrato, con il grado della verosimiglianza preponderante, un evidente peggioramento dei dolori intervenuto prima dell'operazione ciò a fronte dello

status quo ante con grave paraspasticità e dolori lombosacrali. Di parere contrario, invece, si sono espressi in replica i medici del Centro B. _____ sostenendo che fosse in realtà documentata la preesistenza di spasticità e dolori clinicamente rilevanti per il ricorrente, i quali sono chiaramente migliorati dopo l'operazione. A loro avviso, la degenerazione relativa all'osteocondrosi L1-L4 immediatamente adiacente alla stabilizzazione D10/11 in pazienti che vivono prevalentemente seduti doveva essere considerata una conseguenza secondaria della paraplegia e, pertanto, in nesso causale con il noto infortunio.

Ciononostante, con decisione del 3 novembre 2021, l'INSAI ha rifiutato l'assunzione dei costi dell'operazione chirurgica in oggetto precisando che "i disturbi all'origine dell'inabilità lavorativa attuale non sono da considerarsi in relazione, almeno probabile, con i postumi dell'infortunio". Durante la procedura di opposizione i medici fiduciari dell'INSAI hanno commentato criticamente le argomentazioni dei medici del Centro B. _____ relative all'assenza di un peggioramento della paraparesi prima dell'intervento e alla causalità infortunistica in funzione della localizzazione osteocondrosica nei segmenti lombari, precisando che un aumento della spasticità non poteva in nessun modo essere spiegato dai segmenti L1-L4. Gli stessi non hanno inoltre ritenuto comprovata la prospettiva di un miglioramento funzionale, rispettivamente di un aggravamento ai sensi dell' art. 21 LAINF , rilevando in particolare un peggioramento delle capacità motorie del ricorrente a seguito dell'intervento. Il Dr. med. F. _____ ha tuttavia attestato che la sintomatologia algica invalidante del ricorrente è nettamente migliorata con l'intervento chirurgico ma che, a fronte del cambiamento della biomeccanica legata alla stabilizzazione della colonna toraco-lombare con la comparsa di spasticità in flessione, il ricorrente ha perso una parte della sua autonomia di movimento. Sulla base dei pareri dei suoi fiduciari, l'INSAI ha respinto l'opposizione del ricorrente ribadendo che, nell'ottica dell' art. 21 cpv. 1 LAINF , non sussisteva l'evidenza di un chiaro peggioramento dal lato neurologico della paraparesi e della sintomatologia dolorosa.

E. 6.4.3

Pure nella procedura cantonale di ricorso si sono susseguiti avvisi medici contrastanti. In particolare, il Dr. med. F. _____ ha fatto valere che la patologia riguardante la colonna vertebrale, inquadrata nella diagnosi d'artropatia di Charcot, costituiva una conseguenza naturale dell'infortunio occorso nel gennaio 1989 e che l'intervento chirurgico del 2021 fosse assolutamente indicato, precisando che "[d]ie Operation ist u.E. absolut indiziert und musste letztes Jahr erfolgen, um die Lebensqualität des Patienten zu verbessern und weitere Spätfolgen zu vermeiden. Die Operation wurde am 20.07.2021 durchgeführt nachdem die Indikation schon im 2017 bestand [...]". La valutazione del Dr. med. F. _____ è stata inoltre condivisa dal Dr. med. I. _____ (Centro B. _____) con rapporto dell'11 maggio 2022. Il Dr. med. G. _____ ha poi affermato che, in base allo stato attuale della letteratura medica, è difficile dimostrare in modo concludente e con solida evidenza che le osteocondrosi L1-L4 rappresentano delle degenerazioni del segmento adiacente dopo stabilizzazione D10/11, oppure un'incipiente artropatia di Charcot e, pertanto, ammettere l'esistenza di un nesso causale indiretto con l'infortunio. A suo avviso, l'amministrazione avrebbe dovuto disporre di una perizia indipendente da parte di un chirurgo della colonna vertebrale con esperienza nella patologia in oggetto. Per contro, il Dr. med. J. _____ dell'INSAI, dopo aver rimarcato un importante peggioramento della qualità di vita e dell'autonomia del ricorrente a causa dell'operazione, ha affermato che, trattandosi di una colonna vertebrale già gravemente traumatizzata, un nuovo intervento con rimozione del materiale di spondilodesi non era atto a eliminare il rischio di un ulteriore sviluppo degenerativo (osteocondrosi) e che l'operazione non era quindi indicata. I fiduciari dell'istituto assicuratore non hanno quindi ritenuto opportuno ordinare una perizia esterna indipendente.

E. 6.5

Alla luce della documentazione medica succitata, dove i rapporti dei medici curanti del Centro B. _____ si oppongono agli avvisi interni dell'INSAI, appare chiaro che la Corte cantonale avrebbe dovuto riconoscere la sussistenza di evidenti dubbi sull'affidabilità e sulla concluzione dei pareri interni dell'assicurazione e, di riflesso, sottoporre il ricorrente a una perizia medica esterna ai sensi della giurisprudenza federale (cfr. consid. 6.3.2 sopra). Infatti, i pareri medici versati agli atti dal ricorrente mettono chiaramente in dubbio l'opinione dei fiduciari, sia per quanto attiene al negato nesso di causalità tra la ricaduta e l'infortunio sia con riferimento alla necessità dell'intervento chirurgico in parola e alla prognosi dei dolori lamentati dal ricorrente nella fase preoperatoria. Se da un lato l'INSAI è dell'avviso che i dolori alla base della ricaduta non fossero causali con l'infortunio e che l'operazione non fosse indicata, d'altro lato i medici curanti del ricorrente, a fronte di esami approfonditi e in piena conoscenza dell'anamnesi, sostengono la stretta necessità dell'intervento chirurgico al fine di ovviare ai persistenti dolori invalidanti ed evitare ulteriori conseguenze tardive, ammettendo altresì un nesso di causalità tra la ricaduta e l'infortunio del 1989. Inoltre, il fatto che l'intervento chirurgico fosse già stato prospettato e preso in considerazione nell'ambito della ricaduta del 2017, per la quale l'INSAI aveva erogato prestazioni assicurative, rappresenta un importante elemento che mette concretamente in dubbio le conclusioni mediche dell'istituto assicurativo.

Invero, con riferimento ai presupposti dell' art. 21 cpv. 1 lett. b LAINF , la questione di sapere se l'operazione in oggetto avesse potuto migliorare sensibilmente la capacità di guadagno o impedirne una notevole diminuzione non è stata di fatto chiarita dal Tribunale

cantonale delle assicurazioni. La circostanza per cui nessuno dei medici abbia prodotto un preciso rapporto afferente a questo aspetto, deputato quindi a delucidare i prospettati effetti dell'operazione sulla capacità lavorativa del ricorrente, nonché le probabili conseguenze nel caso in cui non si fosse compiuta l'operazione, non può

per se significare il mancato adempimento dei presupposti disposti dall'articolo succitato. Inoltre, benché non tematizzato dalla Corte cantonale, il nesso di causalità naturale tra i dolori oggetto della ricaduta e l'infortunio, ampiamente contestato dall'opponente, riveste una cardinale importanza per la valutazione del diritto alle prestazioni assicurative del ricorrente (consid. 6.3.1 sopra). Infatti, anche laddove fossero adempiuti i presupposti per il diritto alle prestazioni sanitarie ai sensi dell' art. 21 LAINF , occorre nondimeno che sussista un nesso di causalità naturale ed adeguata tra i disturbi e l'infortunio. Non potendo prescindere da tale accertamento, si sarebbe dovuta ordinare una perizia medica esterna per chiarire anche questo aspetto. L'accertamento dei fatti operato dalla Corte cantonale è pertanto inconcludente.

E. 6.6

Quanto al presupposto legale di cui all' art. 21 cpv. 1 lett. b LAINF (consid. 5.1 sopra), va poi precisato che, contrariamente a quanto ritenuto dalla Corte cantonale e dall'opponente, la possibilità di migliorare sensibilmente attraverso le cure mediche la capacità di guadagno del ricorrente, rispettivamente di impedirne una notevole diminuzione, dev'essere valutata sulla base della capacità di guadagno sussistente al momento della ricaduta e non con riferimento alla rendita riconosciuta. Tale disposizione si basa, infatti, sulla logica deputata al mantenimento o al sensibile recupero della capacità residua di guadagno per mezzo di prestazioni sanitarie temporanee nel caso in cui la ricaduta o i postumi tardivi comportino (potenzialmente) un sensibile peggioramento della capacità di guadagno residua, ciò in alternativa ad un'eventuale adattamento della rendita. A differenza dei casi di cui all'art. 21 cpv. 1 lett. c-d LAINF (cfr. DTF 144 V 418 consid. 3.3.1-3.3.2), l'ipotesi della lett. b non è infatti finalizzata a garantire prestazioni sanitarie durevoli e, di principio, non impone uno stato di salute stazionario dell'assicurato. Pertanto, laddove la ricaduta non comporti un'ulteriore incapacità lavorativa, le cure mediche saranno accordate soltanto se le stesse possano, sulla base di accertamenti medici, impedire un notevole peggioramento della capacità di guadagno dell'assicurato. Di riflesso, laddove la ricaduta impedisca di esercitare la residua capacità lavorativa preesistente, le prestazioni saranno accordate unicamente se queste possano sensibilmente migliorare la capacità di guadagno sussistente al momento della ricaduta. Del resto, anche le indennità giornaliere erogate in caso di perdita di guadagno durante la ricaduta vengono calcolate in base all'ultimo guadagno realizzato prima della nuova cura medica (art. 21 cpv. 3 LAINF). Va inoltre indicato che, analogamente a quanto avviene nell'ambito della valutazione del sensibile miglioramento della salute dell'assicurato ai sensi dell' art. 19 cpv. 1 LAINF (cfr. sentenze 8C_142/2017 del 7 settembre 2017 consid. 4; 8C_849/2011 del 29 maggio 2012 consid. 3.2), non è determinante la valutazione retrospettiva dei fatti, bensì la loro prognosi prospettiva ovvero, con riferimento al caso concreto, le circostanze e le valutazioni mediche esistenti prima della prestazione assicurativa contestata. Ciò posto, la Corte cantonale ha quindi violato il diritto federale laddove, da una parte ha valutato la possibilità di miglioramento della capacità di guadagno del ricorrente, rispettivamente del suo peggioramento, sulla base della capacità di guadagno che fonda la rendita d'invalidità in vigore anziché di quella esistente al momento della ricaduta e, dall'altra, ha svolto principalmente una valutazione retrospettiva

dei fatti fondata sulle circostanze mediche risultanti dopo l'intervento chirurgico.

E. 6.7

Visto quanto precede, su questo punto il ricorso merita accoglimento. La causa va quindi rinviata all'INSAI affinché proceda ad ordinare una perizia esterna indipendente, svolta da un medico specializzato in ambito di paraplegia, deputata a stabilire se i dolori oggetto della ricaduta fossero in nesso causale con l'infortunio del 1989 nonché a determinare, in maniera prospettiva, se l'intervento chirurgico del 21 luglio 2021 avrebbe potuto sensibilmente migliorare la capacità di guadagno del ricorrente oppure impedirne un notevole peggioramento. Non compete infatti al Tribunale federale procedere a eventuali assunzioni di prove e rivalutare praticamente dall'inizio il caso. L'opponente dovrà quindi provvedere a istruire tale aspetto e statuire nuovamente.

E. 7

Le spese giudiziarie seguono la soccombenza e devono essere poste a carico dell'assicuratore opponente (art. 66 cpv. 1 LTF). La causa va inoltre rinviata alla Corte cantonale affinché renda una nuova decisione in merito alle spese ripetibili della procedura cantonale (art. 68 cpv. 5 LTF).

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