

TI_GERICHTE 35.2013.57 vom 22. Januar 2014

TI Tribunale d'appello, 2014-01-22, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2013.57

FR: TI_GERICHTE 35.2013.57 du 22 janvier 2014

IT: TI_GERICHTE 35.2013.57 del 22 gennaio 2014

Regeste

L'assicuratore ha giustamente dichiarato estinto il proprio obbligo a prestazioni in quanto i disturbi presentati dall'A. non sono più in relazione di causalità naturale con l'evento del marzo 2008. Le due procedure non sono congiunte dinanzi al TCA. Diritto di essere sentito sanato

Erwägungen

E. 49

cpv. 2 della Legge sull'organizzazione giudiziaria (cfr. STF 8C_452/2011 del 12 marzo 2012; STF 8C_855/2010 dell'11 luglio 2011; STF 9C_211/2010 del 18 febbraio 2011; STF 9C_792/2007 del 7 novembre 2008; STF H 180/06 e H 183/06 del 21 dicembre 2007; STFA I 707/00 del 21 luglio 2003; STFA H 335/00 del 18 febbraio 2002; STFA H 212/00 del 4 febbraio 2002; STFA H 220/00 del 29 gennaio 2002; STFA U 347/98 del 10 ottobre 2001, pubblicata in R DAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA H 304/99 del 22 dicembre 2000; STFA I 623/98 del 26 ottobre 1999). 2.2. Secondo l'art. 51 Lpamm - disposizione applicabile in virtù del rinvio di cui all'art. 31 della Lptca -, quando siano proposti davanti alla stessa autorità più ricorsi il cui fondamento di fatto sia il medesimo, l'autorità può ordinare la congiunzione delle istruttorie, decidere i ricorsi con una sola decisione o sospendere una o più procedure in attesa della istruzione o della decisione delle altre. Nell'evenienza concreta, sebbene i ricorsi presentati dall'insorgente siano diretti contro due decisioni emesse dallo stesso assicuratore (CO 1), esse traggono origine da due distinti infortuni: il primo del 29 marzo 2008 (caduto dalla moto), mentre il secondo del 23 settembre 2012 (scivolato nella vasca da bagno). Nella decisione formale del 12 aprile 2013 CO 1, sulla base della valutazione medica del Dr. _____, ha dichiarato estinto il proprio obbligo a prestazioni a contare dal 12 aprile 2013, non essendo più i disturbi in relazione di causalità naturale con l'evento del mese di marzo 2008 (doc. 64). Per contro, nella decisione formale del 20 giugno 2013 l'amministrazione, sulla base della valutazione di un secondo specialista, il Dr. _____, ha assunto le prestazioni di legge sino al 26 aprile 2013 ritenendo raggiunto lo status quo ante vel (doc. 15, inc. 35.2013.58). I due ricorsi quindi si fondano sui due distinti infortuni, avvenuti rispettivamente nel 2008 e nel 2013, valutati da due differenti specialisti (Dr. _____ e Dr. _____no) e, come vedremo, non in relazione tra di loro dal profilo del nesso di causalità. Il TCA non ritiene quindi che le due procedure ricorsuali siano da congiungere in un unico procedimento giudiziario (cfr. STF C 203/06 e 292/06 del 29 agosto 2007; SVR 2005 AHV N. 15 p. 48; STFA C 23/04 e C 26/04 del 26 agosto 2005; STFA K 150/04 e K 151/04 del 4 agosto 2005; DTF 128 V 126; DTF 127 V 157; DTF 127 V 33; STFA K 52/00, K 53/00, 54/00 consid. 1 del 16 ottobre 2000; STFA K 139+142/97 consid. 1 del 29 settembre 1998; DTF 123 V 215 consid. 1). 2.3. Nel proprio ricorso l'insorgente ha lamentato una violazione del

diritto di essere sentito da parte di CO 1 che non ha dato riscontro alcuno al colloquio personale chiesto dall'assicurato ed è rimata silente sulla domanda di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio (doc. I, pag. 9). Ai sensi dell'art. 29 cpv. 2 Cost. le parti hanno diritto d'essere sentite. Per costante giurisprudenza, dal diritto di essere sentito deve in particolare essere dedotto il diritto per l'interessato di esprimersi prima della resa di una decisione sfavorevole nei suoi confronti, quello di fornire prove circa i fatti suscettibili di influire sul provvedimento, quello di poter prendere visione dell'incarto, quello di partecipare all'assunzione delle prove, di prenderne conoscenza e di determinarsi al riguardo (DTF 127 V 431, 127 I 56, 126 V 130; cfr., riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 vCost., la cui giurisprudenza si applica anche alla nuova norma, DTF 126 I 16, 124 V 181 e 375 con riferimenti). Per giurisprudenza federale il diritto di essere sentito sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost. non implica il diritto di esprimersi oralmente bensì quello di prendere posizione per iscritto (Pratique VSI 2003 Nr. 97 p. 520; STFA 13 novembre 2002 [4P.195/2002]; Pratique VSI 1993 p. 42; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 2003, p. 450; DTF 127 V 494, 125 I 219, 122 II 469), eccezion fatta per i casi in cui una norma scritta prevede espressamente il diritto ad una audizione orale (Pra 2003 Nr. 97 p. 520). Secondo l'art. 42 LPGa le parti hanno diritto di essere sentite e le stesse non devono obbligatoriamente essere sentite prima di decisioni impugnabili mediante opposizione. Al più tardi durante la procedura di opposizione l'amministrazione deve dare la possibilità alla parte interessata di pronunciarsi sulle prove e sulla procedura in forma sufficiente (DTF 132 V 374 consid. 6). L'Alta Corte federale ha stabilito che una parte è tenuta a formulare una domanda per ottenere il diritto di consultare gli atti. Ciò presuppone che gli interessati vengano informati se nuovi atti decisivi, che essi non conoscono e nemmeno possono conoscere, sono versati agli atti (DTF 132 V 391 consid. 6.2). Nel caso in esame, il TCA rileva in primo luogo che RI 1 è stato sentito al proprio domicilio dall'ispettore sinistri in data 29 maggio 2008 (cfr. verbale sull'intervista, doc. 59) e successivamente ancora il 25 febbraio 2009 (cfr. rapporto dell'ispettore sinistri, doc. 62). Con decisione formale del 12 aprile 2013, l'assicuratore infortuni ha dichiarato estinto il proprio obbligo a prestazioni, non essendo i disturbi presentati dall'assicurato in relazione di causalità naturale con l'infortunio (doc. 64). A fronte di questa comunicazione, l'assicurato ha formulato opposizione alla decisione del 12 aprile 2013 chiedendo l'invio dell'intera documentazione e contestando cautelativamente le conclusioni mediche dell'amministrazione (doc. 65). Con lo scritto del 25 aprile 2013 egli ha quindi fatto domanda di assistenza giudiziaria (doc. 66). CO 1 – il 30 aprile 2013 – ha confermato la ricezione dell'opposizione cautelativa e trasmesso gli atti medici e amministrativi, sia dell'evento del 2008 che di quello del 2012 (doc. 67). Con scritto del 10 maggio 2013 il ricorrente ha poi trasmesso ulteriore documentazione medica (doc. 70). CO 1 il 12 agosto 2013 ha emesso la decisione su opposizione che ha confermato la decisione formale del 12 aprile 2012 e ha negato la domanda di assistenza giudiziaria, sulla base delle argomentazioni mediche ritenute sufficientemente motivate (doc. 73). Come indicato precedentemente, per giurisprudenza federale il diritto di essere sentito sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost. non implica il diritto di esprimersi oralmente. L'assicurato ha comunque avuto la possibilità di prendere visione dell'intero incarto dell'assicuratore infortuni e di esprimersi in merito innanzi al TCA, autorità giudiziaria che gode del pieno potere cognitivo. L'eventuale violazione del diritto di essere sentito è dunque stata sanata in ogni caso in questa sede (sulla sanatoria della violazione del diritto di essere sentito da parte dell'istanza di ricorso avente pieno potere cognitivo cfr., ad esempio, DTF 132 V 387, consid. 5, pag. 390; STF 9C_961/2009 del 17 gennaio 2011; STF 2C_471/2009 del 23

luglio 2010; STF 9C_617/2008 del 6 agosto 2009 consid. 3.2.3 e STF 9C_127/2007 del 12 febbraio 2008). Nel merito 2.4. Oggetto del contendere è la questione di sapere se CO 1 era legittimata, oppure no, a sospendere a partire dal 12 aprile 2013 il proprio obbligo a prestazioni in relazione all'infortunio del 29 marzo 2008 2.5. 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. Parimenti, il diritto alle cure cessa qualora dalla loro continuazione non sia da attendersi un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato (cfr. art. 19 cpv. 1 LAINF): nemmeno persistenti dolori bastano a conferire il diritto alla continuazione del trattamento se da questo non si può sperare un miglioramento sensibile dello stato di salute (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), Losanna 1992, p. 41ss.). L'Alta Corte ha inoltre precisato che la questione del "sensibile miglioramento" di cui all'art. 19 cpv. 1 LAINF va valutata in funzione dell'entità del previsto aumento oppure del ripristino della capacità lavorativa, nella misura in cui quest'ultima è pregiudicata dalle sequele infortunistiche (DTF 134 V 109 consid. 4.3 e riferimenti). 2.6. Presupposto essenziale per l'erogazione di prestazioni da parte dell'assicurazione contro gli infortuni è però l'esistenza di un nesso di causalità naturale fra l'evento e le sue conseguenze (danno alla salute, invalidità, morte). Questo presupposto è da considerarsi adempiuto qualora si possa ammettere che, senza l'evento infortunistico, il danno alla salute non si sarebbe potuto verificare o non si sarebbe verificato nello stesso modo. Non occorre, invece, che l'infortunio sia stato la sola o 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. È questione di fatto lo stabilire se tra evento infortunistico e danno alla salute esista un nesso di causalità naturale; su detta questione amministrazione e giudice si determinano secondo il principio della probabilità preponderante - insufficiente essendo l'esistenza di pura possibilità - applicabile generalmente nell'ambito dell'apprezzamento delle prove in materia di assicurazioni sociali (cfr. RDAT II-2001 N. 91 p. 378; SVR 2001 KV Nr. 50 p. 145; DTF 126 V 360 consid. 5b; DTF 125 V 195; STFA del 4 luglio 2003 nella causa M., U 133/02; STFA del 29 gennaio 2001 nella causa P., U 162/02; DTF 121 V 6; STFA del 28 novembre 2000 nella causa P. S., H 407/99; STFA del 22 agosto 2000 nella causa K. B., C 116/00; STFA del 23 dicembre 1999 in re A. F., C 341/98, consid. 3, p., 6; STFA 6 aprile 1994 nella causa E. P.; SZS 1993 p. 106 consid. 3a; RCC 1986 p. 202 consid. 2c, RCC 1984 p. 468 consid. 3b, RCC 1983 p. 250 consid. 2b; DTF 115 V 142 consid. 8b, DTF 113 V 323 consid. 2a, DTF 112 V 32 consid. 1c, DTF 111 V 188 consid. 2b; Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in Basler Juristische Mitteilungen (BJM) 1989, p. 31-32; G. Scartazzini, Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale, Basilea 1991, p. 63). Al riguardo essi si attendono, di regola, alle attestazioni mediche, quando non ricorrano elementi idonei a giustificare la disattenzione (cfr. DTF 119 V 31; DTF 118 V 110; DTF 118 V 53; DTF 115 V 134; DTF 114 V 156; DTF 114 V 164; DTF 113 V 46). Ne discende che ove l'esistenza di un nesso causalità tra infortunio e danno sia possibile ma non possa essere reputata probabile, il diritto a prestazioni derivato dall'infortunio assicurato dev'essere negato (DTF 129 V 181 consid. 3.1 e 406 consid. 4.3.1, DTF 117 V 360 consid.

4a e sentenze ivi citate). L'assicuratore contro gli infortuni è tenuto a corrispondere le proprie prestazioni fino a che le sequele dell'infortunio giocano un ruolo causale. Pertanto, la cessazione delle prestazioni entra in considerazione soltanto in due casi: - quando lo stato di salute dell'interessato è simile a quello che esisteva immediatamente prima dell'infortunio (status quo ante); - quando lo stato di salute dell'interessato è quello che, secondo l'evoluzione ordinaria, sarebbe prima o poi subentrato anche senza l'infortunio (status quo sine) (cfr. RAMI 1992 U 142, p. 75 s. consid. 4b; A. Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, p. 469; U. Meyer-Blaser, Die Zusammenarbeit von Richter und Arzt in der Sozialversicherung, in Bollettino dei medici svizzeri 71/1990, p. 1093). Secondo la giurisprudenza, qualora il nesso di causalità con l'infortunio sia dimostrato con un sufficiente grado di verosimiglianza, l'assicuratore è liberato dal proprio obbligo prestativo soltanto se l'infortunio non costituisce più la causa naturale ed adeguata del danno alla salute. Analogamente alla determinazione del nesso di causalità naturale che fonda il diritto alle prestazioni, l'estinzione del carattere causale dell'infortunio deve essere provata secondo l'abituale grado della verosimiglianza preponderante. La semplice possibilità che l'infortunio non giochi più un effetto causale non è sufficiente. Trattandosi della soppressione del diritto alle prestazioni, l'onere della prova incombe, non già all'assicurato, ma all'assicuratore (cfr. RAMI 2000 U 363, p. 46 consid. 2 e riferimenti ivi citati).

2.7. Il diritto alle prestazioni assicurative presuppone pure l'esistenza di un nesso di causalità adeguata tra l'evento dannoso e il danno alla salute. In caso di danno alla salute fisica, il nesso di causalità adeguata è generalmente ammesso, dal momento in cui è accertata la causalità naturale (cfr. DTF 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103). Per contro, la giurisprudenza ha elaborato più criteri per valutare l'adeguatezza del nesso di causalità tra un infortunio e dei disturbi psichici sviluppati successivamente dalla vittima. Essa ha dapprima classificato gli infortuni in tre categorie, a seconda della dinamica: gli infortuni insignificanti o leggeri (per esempio, una caduta o scivolata banale), gli infortuni di media gravità e gli infortuni gravi. Per procedere a tale classificazione, non si deve considerare il modo in cui l'infortunio è stato vissuto dall'interessato ma piuttosto l'evento traumatico in quanto tale da un punto di vista oggettivo. In presenza di un infortunio di media gravità, occorre prendere in considerazione un certo numero di criteri, di cui i più importanti sono: - le circostanze concomitanti particolarmente drammatiche o la particolare spettacolarità dell'infortunio; - la gravità o particolare caratteristica delle lesioni lamentate, segnatamente la loro idoneità, secondo l'esperienza, a determinare disturbi psichici; - la durata eccezionalmente lunga della cura medica; - i disturbi somatici persistenti; - la cura medica errata che aggrava notevolmente gli esiti dell'infortunio; - il decorso sfavorevole della cura e le complicazioni rilevanti intervenute; - il grado e la durata dell'incapacità lavorativa dovuta alle lesioni fisiche. Non in ogni caso è necessario che tutti i criteri appena menzionati siano presenti. La presenza di un unico criterio può bastare per ammettere l'adeguatezza del nesso di causalità quando l'infortunio va classificato fra quelli al limite della categoria degli eventi gravi. Per contro, in presenza di un infortunio che si situa al limite di quelli insignificanti o leggeri, le circostanze da considerare devono cumularsi oppure rivestire un'importanza particolare affinché si possa ammettere il carattere adeguato del nesso di causalità (DTF 115 V 140s., consid. 6c/aa e bb e 409s., consid. 5c/aa e bb, 117 V 384, consid. 4c; RAMI 2002 U 449, p. 53ss. consid. 4a).

2.8. Dalle carte processuali emerge che l'amministrazione ha fondato la decisione di negare il proprio obbligo a prestazioni a proposito del danno alla spalla destra e al plesso brachiale, sull'apprezza-mento medico del Dr. _____, spec. FMH in

chirurgia e esperto in medicina infortunistica, nel rapporto del 18 agosto 2011 ha posto quale diagnosi per gli esiti dell'infortunio del 29 marzo 2008 " • trauma all'arto superiore destro associato a lussazione della spalla destra riposta, lesione Hill-sachs e sofferenza del plesso brachiale trattata conservativamente; • successivo sviluppo di cervicgia e cervico-brachialgie su ernia discale con iniziale lussazione nel neuroforame di C7 destro, ernia discale centrale a livello C3-C4 e apposizione ossea con ipertrofia legamentare tra C4 e C7; focalità erniaria meno marcata a livello di C7 (risonanza magnetica 24 agosto 2009) trattata con infiltrazione epidurale il 12 gennaio 2010 " (doc. 48). Per quanto riguarda la causalità il Dr. _____ ha rilevato che l'evento del 29 marzo 2008 ha causato " la lussazione del cingolo omero-scapolare destro con lesione capsulare anteriore nonché lesione di stiramento del plesso brachiale destro con irritazione di C8 ". L'infortunio ha pure provocato un " peggioramento direzionale di discopatie plurisegmentali al tratto cervicale con ernia discale C3-C4 nel frattempo parzialmente rientrata ed ernia discale C7 destra tuttora presente peggiorata a causa dell'infortunio . Secondo il Dr. _____ lo status quo ante rispettivamente quo sine non potrà mai essere raggiunto a causa del peggioramento direzionale dovuto all'infortunio (doc. 48). In merito alla capacità lavorativa residua il Dr. _____ ha escluso una ripresa nella precedente attività di cuoco-pizzaiolo, mentre in via teorica si può esigire – a suo dire – una ripresa in lavori adatti a distanza di 3-4 mesi dall'inizio di una terapia adeguata (psichiatrica e terapia del dolore) (doc. 48). L'assicurato è stato sottoposto anche ad una visita medica pluridisciplinare SAM (psichiatrica, reumatologica, neurologica) in ambito di assicurazione invalidità (cfr. perizia del 3 luglio 2012, doc. 56). Per quanto concerne l'aspetto reumatologico il Dr. _____, spec. FMH in medicina interna e malattie reumatiche, nel referto peritale dell'11 giugno 2012 aveva evidenziato che l'assicurato, vittima di un incidente della circolazione nel marzo 2008, si era procurato una lussazione anteriore della spalla, con conseguente lesione tipo Hill-Sacks e lesione parziale del sopraspinato. Il Dr. _____ ha quindi precisato che " le indagini eseguite non hanno evidenziato patologie tali da poter giustificare i suoi dolori/disturbi, in modo particolare nessuna lesione maggiore a carico della cuffia dei rotatori, nessuna lesione del plesso brachiale, nessuna grave artrosi discale a livello cervicale, nessuna ulteriore patologia osteo-articolare o muscolare " (doc. 56). Il Dr. _____ aveva sottolineato un'importante discrepanza tra i dati oggettivi e i disturbi lamentati dall'assicurato. " Si è ormai sviluppata una sindrome del dolore cronico con partecipazione però unicamente di spalla e braccio dx (sindrome spalla-braccio), dolori comunque non spiegabili dagli esami più volte ripetuti nel corso degli anni né a livello cervicale né tanto meno alla spalla ed al braccio dx". Il perito ha poi aggiunto che l'assenza di una risposta alle terapie " conferma l'assenza di una relazione tra le alterazioni della spalla descritte negli esami artro-MRI ed i dolori da lui soggettivamente riferiti " (doc. 56). Nello scritto del 22 giugno 2012 il Dr. _____ ha precisato quanto segue in merito al nesso di causalità: " (...) Come ben fai notare le lesioni descritte alla spalla dx sono riconducibili al citato infortunio. Queste lesioni non spiegano però a mio parere l'attuale quadro clinico. A conferma dell'assenza di una diretta relazione tra descritte lesioni e riferiti disturbi, vi è l'assoluta assenza di un'adeguata risposta alle corrette terapie già eseguite nel corso degli anni. Come ho ben descritto nella valutazione peritale, si è ormai instaurata una sindrome del dolore cronico, la quale non si lascia più influenzare da misure medicamentose e/o fisiatriche. Come ho risposto nelle domande finali, ritengo che i disturbi attualmente lamentati dall'assicurato alla spalla ed al braccio dx non possono più essere ricondotti alle lesioni subite in occasione del citato infortunio del 29.03.2008, motivo per il

quale il nesso di causalità è da considerare estinto. D'altro canto le descritte patologie degenerative alla colonna vertebrale non possono essere ricondotte al citato infortunio, devono essere invece considerate d'origine degenerativa" (doc. 56). Nel rapporto peritale del 3 luglio 2012 i periti del SAM, per quanto riguarda il nesso di causalità con l'evento del 29 marzo 2008, hanno concluso che i disturbi attualmente lamentati dall'assicurato alla spalla destra e al braccio destro non sono più in relazione di causa (causalità naturale) con l'infortunio del 29 marzo 2008. " È presente una sindrome spalla-braccio a ds. cronica non più influenzabile da misure medicamentose e/o fisiatriche e di conseguenza non abbisogna più di cure. I disturbi lamentati non sono più in relazione con le lesioni subite in occasione dell'infortunio del 29.3.2008 " (doc. 56). Il Dr. _____, dopo aver esaminato la perizia SAM del 3 luglio 2012, ha concluso concordando con i periti del SAM circa l'assenza di relazioni di causalità naturale con l'infortunio del 29 marzo 2008 e la chiusura del caso al più tardi al 18 agosto 2011 (doc. 58). In data 19 dicembre 2013 il TCA ha interpellato il Dr. _____ in merito al " peggioramento direzionale " al tratto cervicale descritto nel suo referto del 18 agosto 2011, ponendogli le seguenti domande: " (...) 1) In cosa consiste esattamente il peggioramento direzionale al tratto cervicale descritto nel suo referto ? 2) Per quale ragione nella sua successiva valutazione del 24 febbraio 2013 – riferendosi alla perizia del Dr. _____ dell' 11 giugno / 22 giugno 2012 – ha concordato con il perito SAM per l'assenza di relazioni di causalità naturale con l'infortunio del 29 marzo 2008 ?" (doc. Il Dr. _____ ha fornito – in data 30 dicembre 2013 - le seguenti risposte (doc. XVIII): " 1) Il peggioramento consiste in due manifestazioni: una a livello C3-C4, la seconda a livello C5-C6 rispettivamente caratterizzate da una protrusione discale centrale C3-C4 ed una lussazione del disco C5-C6 che scivola verso il basso andando a contatto con la radice di C7 destra in presenza di alterazioni degenerative corrispondenti all'età della persona in esame. Questi reperti erano confermati dal riscontro della risonanza magnetica del 24.8.2009 e, clinicamente in quel mentre, si era pure prospettata una lesione da stiramento del plesso brachiale superiore destro con sintomatologia a livello C7 fino a T1 destra. Il successivo esame di risonanza magnetica eseguito il 24.1.2011 documentò una remissione della protrusione discale C3-C4 mentre persisteva quella C5-C6 a contatto con la radice C7 a destra. Il peggioramento direzionale al tratto cervicale da me postulato nella perizia del 18.8.2011 era riferito principalmente alla protrusione discale C5-C6 a contatto con la radice di C7 destra non regredita dopo le varie terapie. (...) 2) Dopo la mia visita del 25.7.2011 (relazione 18.8.2011), sono stati eseguiti ulteriori esami medici rispettivamente il rapporto del 30.8.2011 del Dott. _____ menziona una probabile plessopatia irritativa consigliando il proseguimento della terapia medicamentosa e sempre lo specialista, nell'ulteriore rapporto del 30.11.2011 indica come "soggettivamente non vi è nessun miglioramento con le terapie finora proposte". Nel gennaio 2012 vi è il ricovero ospedaliero all'_____ ed il relativo rapporto d'uscita parla, fra gli altri, di sindrome cronica braccio/spalla destra per la quale la risonanza magnetica del plesso eseguita ha escluso segni di compressione o nevrite. La artro-risonanza magnetica della spalla destra ha evidenziato una piccola rottura parziale del sovraspinato nonché tendinopatia craniale del tendine del caput longus del bicipite e del tendine del sottoscapolare con alterazioni degenerative del labbro glenoidale. Una infiltrazione praticata alla spalla non produce il risultato sperato; una risonanza magnetica cervicale non ha documentato peggioramenti a questo livello; le prove elettrofisiologiche non ha documentato compressione del nervo ulnare. L'ortopedico ha escluso approcci artroscopici consigliando il proseguimento della ergoterapia. Dopo questo accertamento e relative conclusioni, la situazione sfocia nella

perizia pluridisciplinare a cura del Servizio Accertamento Medico dell'Assicurazione Invalidità le cui conclusioni sono riassunte nel rapporto del 3.7.2012 con la diagnosi di sindrome spalla/braccio destra cronica su progressiva lussazione anteriore a seguito di trauma diretto nel marzo 2008, lesione Hill-Sachs della testa omerale, piccola lesione del sovraspinato, lesione probabilmente parziale del tendine del bicipite brachiale, possibile iniziale lesione del plesso brachiale destro senza alcun deficit funzionale accertato nella valutazione, tendenza alla cronicizzazione dei dolori; inoltre sindrome cervico-vertebrale spondilogenica cronica su discrete alterazioni degenerative plurisegmentali. Le diagnosi indicate, specie le ultime, confermano non esservi lesioni neuro radicolari C7 sicure essendo state decisamente escluse dagli esami strumentali (risonanza magnetica, esami elettrofisiologici sia dell'_____, sia del Dott. _____ neurologo).

Conseguentemente, tenuto conto delle innumerevoli terapie eseguite nel corso degli anni, l'assenza di chiari miglioramenti della sintomatologia soggettiva, l'assenza di sintomi radicolari (C7 destra, dimostrata con prove strumentali adeguate), una mancata, chiara e rapida progressione delle lesioni degenerative a livello del tratto cervicale, soggettività enorme dimostrativa, segni di Waddell positivi e reazioni algiche in parte inadeguate, la netta discrepanza fra dati oggettivi e disturbi soggettivi lamentati dall'assicurato e rilevati non solo dal Dott. _____ ma anche di tutti gli altri Colleghi che esaminarono il paziente nel corso dell'iter, ho convenuto con la presa di posizione del Dott. _____ relativa l'assenza di nesso di causalità naturale fra la sintomatologia soggettiva accusata e la non dimostrabilità di tale sintomatologia in sede radice di C7 mediante tutti gli esami strumentali e radio strumentali eseguiti.” (doc. XVIII). 2.9. CO 1 non ha riconosciuto la propria responsabilità relativamente a i disturbi localizzati alla spalla e al braccio destro , poiché fondandosi sulle valutazioni del proprio medico fiduciario Dr. _____ ha ritenuto che essi non fossero in relazione di causalità naturale con l'evento infortunistico del marzo 2008 (cfr. doc. 56, 58, 64, 73). Il ricorrente, dal canto suo, sostiene invece che tra i problemi al braccio e alla spalla destra e gli infortuni del 22 marzo 2008 e del 23 settembre 2012, vi sia un nesso causale (doc. I). Chiamato ora a pronunciarsi, tutto ben considerato, questo Tribunale ritiene che la questione di sapere se i disturbi lamentati dall'assicurato costituiscano una conseguenza naturale dell'infortunio del marzo 2008 (compresa quindi la questione relativa all'intervento di un peggioramento direzionale dello stato preesistente a livello della colonna cervicale, così come é stato sostenuto dal dott. Simoni nel suo referto del 18 agosto 2011 - cfr. doc. 48), possa rimanere insoluta, posto che i reperti oggettivati a livello della spalla, del plesso brachiale e del rachide cervicale non spiegano a sufficienza la sintomatologia lamentata dall'assicurato, la quale risulta di fatto priva di sostrato organico. Riguardo a quest'ultimo aspetto, il TCA giudica particolarmente significativa la valutazione che il reumatologo dott. Keller ha espresso nell'ambito degli accertamenti disposti dall'assicurazione per l'invalidità, in particolare laddove egli ha refertato l'esistenza di una “... importante discrepanza tra i dati oggettivi ed i disturbi da lui soggettivamente riferiti. Si é ormai sviluppata una sindrome del dolore cronico con partecipazione però unicamente di spalla e braccio sx (sindrome spalla-braccio), dolori comunque non spiegabili dagli esami più volte ripetuti nel corso degli anni né a livello cervicale né tanto meno alla spalla ed al braccio dx . (...). A mio parere i disturbi non sono neppure riconducibili alle descritte alterazioni degenerative alla colonna cervicale, tutto sommate blande e compatibili con la sua età. Ci troviamo perciò di fronte ad un quadro di cronici dolori con una componente fortemente funzionale-somatoforme, dolori non spiegabili dalle descritte patologie morfostrutturali a livello cervicale ed alla spalla dx. ” (allegato al doc. 56 - il corsivo é del

redattore) Ora, l'evoluzione più recente della giurisprudenza federale consiste nell'applicare la prassi relativa all'evoluzione psichica abnorme conseguente a infortunio nei casi in cui l'esistenza dei disturbi denunciati dalla persona assicurata è sì stata attestata da medici specialisti, ma non oggettivata mediante accertamenti strumentali e radiologici scientificamente riconosciuti. Secondo l'Alta Corte, in quei casi, l'assenza di postumi organici oggettivabili non esclude a priori l'esistenza di un nesso di causalità naturale con l'evento traumatico in questione (cfr. SVR 2012 UV n. 5 p. 17ss. consid. 5.1 e riferimenti ivi menzionati). L'esame della causalità naturale viene però momentaneamente sospeso, per procedere a un esame particolare dell'adeguatezza del nesso causale. Se da tale esame emerge non essere dato il necessario nesso di causalità adeguata, si può rinunciare a esperire ulteriori indagini sulla questione della causalità naturale tra l'infortunio e i disturbi lamentati (DTF 135 V 465 consid. 5.1). Nella concreta evenienza, ritenuto che i disturbi denunciati dall'assicurato non sono in correlazione con un danno alla salute oggettivabile, occorre dunque procedere all'esame dell'adeguatezza del nesso causale, alla luce della giurisprudenza sull'evoluzione psichica abnorme conseguente a infortunio (cfr. il consid. 2.7.).

2.10. Nel valutare l'adeguatezza del legame causale, occorre avantutto procedere alla classificazione dell'infortunio occorso all'assicurato nel marzo 2008. Nel caso concreto, l'assicurato, il 29 marzo 2008, si stava avviando verso casa con la motocicletta (scooter) del figlio ad una velocità di 5-10 km/h, quando nell'intento di evitare un bimbo che attraversava la strada ha frenato il mezzo che è scivolato sulla ruota posteriore. RI 1 è così caduto dalla propria motocicletta procurandosi una lussazione della spalla destra (cfr. verbale sull'intervista, doc. 59). Il ricorrente si è recato lo stesso giorno presso il pronto soccorso dell'Ospedale regionale di _____ (doc. 2) e in data 31 marzo 2008 presso il pronto soccorso dell'_____ di _____, il cui referto del 24 aprile 2008 riprende la diagnosi di "Stato dopo traumatizzazione spalla destra, con lussazione anteriore del 29 marzo 2008. Traumatizzazione plesso ascellare" (doc. 5). Alla luce della dinamica dell'incidente e del fatto che il ricorrente abbia riportato una lussazione della spalla, lesione Hill-sachs, sofferenza del plesso brachiale e successivo sviluppo di cervicalgia e cervico-brachialgia (doc. 48), l'infortunio occorso all'assicurato deve essere classificato fra gli infortuni di grado medio in senso stretto. A titolo di confronto, questo Tribunale ricorda che il TF ha ritenuto di grado medio (senza essere classificato al limite della categoria degli eventi gravi) l'infortunio occorso ad un assicurato che, mentre circolava con la propria motocicletta su una strada principale in condizioni di forte pioggia, entrò in collisione frontale ad una velocità di 60-70 km/h con un'autovettura che gli aveva tagliato la strada; la violenza della collisione fu tale che l'assicurato, in stato di elevata dispnea, fu intubato sul luogo dell'incidente ed elitrasmportato all'ospedale. In quell'occasione l'Alta Corte ha ammesso il criterio della particolare spettacolarità. Considerato però che l'infortunio non ha avuto conseguenze durature, la spettacolarità dell'incidente non è stata comunque ritenuta tanto particolare da essere, da sola, idonea a provocare disturbi psichici di rilevante durata ed intensità. L'infortunio è stato ritenuto di grado medio, senza essere classificato al limite della categoria degli eventi gravi (STF U 78/07 del 17 marzo 2008, consid. 5). Anche di grado medio e non al limite della categoria degli eventi gravi è stato considerato l'infortunio occorso ad un motociclista che stava utilizzando, ad una velocità di circa 50 km/h, la corsia riservata al trasporto pubblico per superare dalla parte sinistra una colonna di veicoli fermi, quando un'autovettura uscì improvvisamente dalla colonna, provocando il tamponamento da parte del centauro, il quale si procurò due fratture al femore destro. In questo caso il TFA non ha ritenuto soddisfatto il criterio della particolare spettacolarità dell'incidente (STFA U

115/05 del 14 settembre 2005, consid. 2.4.). Del medesimo livello di gravità (medio e non al limite della categoria degli eventi gravi) è stato ritenuto l'infornio occorso ad un'assicurata la cui moto si scontrò con un camion, si incastrò sotto il paraurti anteriore dell'automezzo e fu spinta, con l'assicurata ancora in sella, per oltre nove metri. L'assicurata si procurò una lussazione all'anca, una frattura del bacino, un'abrasione alla gamba sinistra e varie contusioni. Anche in questo caso il criterio della particolare spettacolarità dell'incidente non è stato ritenuto idoneo a provocare, da solo, i disturbi psichici lamentati dall'assicurata (STFA U 88/01 del 24 dicembre 2002, consid. 3.3.2.). Infine, il TF ha giudicato della stessa rilevanza (grado medio e non al limite della categoria degli eventi gravi) l'infornio occorso ad un assicurato che si era procurato una frattura trasversale al femore dopo essersi scontrato, a bordo della propria motocicletta, con un'autovettura. Anche in questo caso l'Alta Corte non ha ritenuto una particolare spettacolarità dell'incidente (STF 8C_949/2008 del 4 maggio 2009, consid. 4.1. e 4.2.1.). Ritenuto come l'evento oggetto della presenta fattispecie vada classificato quale infornio di grado medio, per potere ammettere l'adeguatezza occorre che siano realizzati tre dei criteri citati in precedenza (SVR 2010 UV n. 25 pag. 100 [8C_897/2009] consid. 4.5). Ciò che, tuttavia, non si verifica in concreto. In primo luogo si osserva che le circostanze nelle quali si è verificato l'infornio del 29 marzo 2008 non possono dirsi particolarmente drammatiche o spettacolari (cfr. giurisprudenza citata in precedenza, STF 8C_579/2011 del 5 dicembre 2011, c. 3.5.; STF 8C_949/2008 del 4 maggio 2009, consid. 4.1. e 4.2.1.; STFA U 115/05 del 14 settembre 2005, consid. 2.4.). Nessun elemento all'inserto consente inoltre di ravvisare gli estremi per ammettere la presenza di una cura medica errata e notevolmente aggravante gli esiti dell'infornio. Anche il criterio del decorso sfavorevole della cura e le complicazioni rilevanti intervenute non é soddisfatto. In merito è utile sottolineare che dalla cura medica e dai notevoli disturbi non si può dedurre un decorso sfavorevole e/o delle complicazioni rilevanti. Sono inoltre necessarie delle circostanze particolari che hanno pregiudicato la guarigione. L'assunzione di molti medicinali e l'esecuzione di diverse terapie non basta per ammettere questo criterio. Lo stesso vale per il fatto che, nonostante regolari terapie, l'assicurato lamenta ancora disturbi e non ha raggiunto una (completa) capacità lavorativa (cfr. STF 8C_80/2009 del 5 giugno 2009 consid. 6.5 e riferimenti). Per il resto, anche la rilevanza del grado e della durata dell'incapacità lavorativa dovuta alle lesioni fisiche dell'infornio dev'essere negata, ritenuto che il Dr. _____, per le sole conseguenze infornistiche, ha dichiarato – in data 18 agosto 2011 – che l'assicurato può riprendere l'attività lavorativa in mansioni adeguate dopo 3-4 mesi dall'inizio di una terapia adeguata (cfr. U 194/03 del 14 giugno 2004, c. 4.3.) . In tali condizioni, non mette conto di esaminare oltre se l'ulteriore criterio suscettibile di eventualmente entrare in linea di considerazione, ossia quello della persistenza dei dolori somatici sarebbe realizzato, ritenuto che, alla luce di quanto precede, la sua presenza non basterebbe comunque, da sola, per ammettere l'esistenza del necessario nesso di causalità adeguata (cfr. pure RSAS 2001 pag. 431, U 187/95). In esito a quanto precede, si deve concludere che i disturbi denunciati dal ricorrente dopo l'11 aprile 2013, non costituivano più una conseguenza adeguata dell'evento infornistico del 29 marzo 2008. Se ne deduce quindi che l'assicuratore resistente era legittimato a porre fine alle proprie prestazioni a contare dal 12 aprile 2013.

2.11. Con la decisione impugnata Helsana Inforniti SA ha respinto la domanda di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio inoltrata dall'assicurato nel mese di aprile 2013 (doc. 73). 2.11.1. L'art. 37 cpv. 1 LPGA, prevede che la parte può farsi rappresentare, se non deve agire personalmente (cfr. ad esempio a: sottoporsi ad una perizia medica, DTF

132 V 443), o farsi patrocinare nella misura in cui l'urgenza di un'inchiesta non lo escluda. Il capoverso 4 recita che, se le circostanze lo esigono, il richiedente può beneficiare di patrocinio gratuito (cfr. DTF 132 V 200). Già prima dell'entrata in vigore della LPGA, la giurisprudenza (vedi per l'assicurazione contro gli infortuni DTF 117 V 408 precisata con la DTF 125 V 32) aveva riconosciuto, senza imporre alcun limite temporale, il diritto al gratuito patrocinio nell'ambito della procedura amministrativa in materia di assicurazioni sociali, a condizione che fossero rispettati gli stessi presupposti applicabili nella procedura giudiziaria, ovvero il richiedente deve trovarsi nel bisogno, il patrocinio deve essere necessario o perlomeno indicato e le sue conclusioni non sembrano dover avere esito sfavorevole (cfr. DTF 125 V 202 consid. 4a e 372 consid. 5b, ambedue con riferimenti). Il TFA aveva peraltro sottolineato che le condizioni per la concessione del gratuito patrocinio dovevano essere valutate con rigore (cfr. SVR 2000 KV Nr. 2, consid. 4c, p. 6, in fine). Secondo dottrina e giurisprudenza, il fatto che, rispetto all'art. 61 lett. f LPGA, l'art. 37 cpv. 4 LPGA utilizzi la formulazione "se le circostanze lo esigono", anziché quella "se le circostanze lo giustificano", significa che il legislatore ha inteso riprendere la giurisprudenza secondo la quale, quando il gratuito patrocinio viene richiesto nella procedura amministrativa, le relative condizioni devono essere esaminate in maniera rigorosa (cfr., ad esempio, STF I 127/2007 del 7 gennaio 2008, consid. 4.3 e U. Kieser, ATSG-Kommentar, Schulthess 2003, ad art. 37, n. 20, p. 400; cfr., d'altronde, FF 1999 3965). Per il resto, quali presupposti del gratuito patrocinio valgono l'indigenza del richiedente, la necessità del patrocinio e la probabilità di esito favorevole (cfr. FF 1999 3965). La concretizzazione delle singole condizioni ha luogo in analogia con i corrispondenti criteri applicabili nella procedura giudiziaria (cfr. Kieser, op. cit., ad art. 37, n. 21, p. 400-401).

2.11.2. Nella presente fattispecie CO 1 ha negato all'assicurato il diritto all'assistenza giudiziaria in sede amministrativa, in quanto ha ritenuto non vi fossero argomenti medici sufficienti per discostarsi dalla decisione impugnata (doc. 73). In pratica, Helsana Infortuni SA ha escluso il gratuito patrocinio ritenendo l'opposizione alla decisione formale priva di possibilità di esito favorevole. Il TCA rileva, tuttavia, che la domanda di gratuito patrocinio in sede amministrativa può essere respinta già solo per il fatto che l'assicurato, come verrà esposto qui di seguito, non può essere considerato indigente. In data 10 dicembre 2013 il legale ha comunicato al TCA che la situazione finanziaria della convivente del figlio dell'assicurato – Teresa Barbuti – è notevolmente migliorata (entrata mensile di fr. 5'433.85 netti). In considerazione di questo cambiamento egli ha rinunciato alla domanda di gratuito patrocinio per la presente procedura mantenendola per la sede amministrativa (doc. XVI, inc.35.2013.58). Per determinare l'indigenza, requisito posto alla base della concessione del gratuito patrocinio, va considerato l'insieme della situazione finanziaria del richiedente al momento in cui la relativa domanda è stata presentata. Di conseguenza, affinché possano essere ritenuti i suoi cespiti d'entrata bisogna che essi esistano a quel momento e, per quanto riguarda in particolare il patrimonio, occorre di regola che il richiedente possa disporne realmente già al momento in cui deposita la richiesta di gratuito patrocinio e non soltanto una volta che il processo è terminato (cfr. ad art. 117, pag. 465, Commentario al CPC Svizzero, B. Cocchi, F. Trezzini, G.A. Bernasconi e giurisprudenza citata). La questione in ogni caso non si pone, in quanto, come vedremo, anche considerando un'entrata di Teresa Barbuti di soli fr. 800.-- lordi (fr. 743.55 netti) il requisito dell'indigenza non è comunque dato. Per valutare se un assicurato si trova in uno stato di bisogno, secondo la giurisprudenza, si tiene conto di un fabbisogno minimo che si situa al di sopra del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo (cfr. SVR 1998 IV

Nr. 13 p. 48 consid. 7b, p. 48 consid. 7c). Al minimo esecutivo va, infatti, aggiunto un supplemento al massimo del 15-25% (cfr. STFA U 102/04 del 20 settembre 2004). Nella fattispecie, dalle carte processuali risulta che il ricorrente è coniugato con Elena Dimova e padre di tre figli, di cui uno solo vive in casa (Djorge del 1984). Egli dispone, quali entrate, della rendita INSAI di fr. 1'609.50, dello stipendio del figlio di fr. 3'560.65 netti e della convivente del figlio, Teresa Barbuti, di fr. 743.55 netti (cfr. doc. XVI). Il reddito della famiglia dell'assicurato ammonta dunque a fr. 5'913.70. Per quanto riguarda il calcolo del fabbisogno, all'assicurato deve essere applicato l'importo base mensile per coniugi pari a fr. 1'700.--, stabiliti per il calcolo del minimo esistenziale LEF dalla Camera di esecuzione e fallimento, quale Autorità di vigilanza cantonale e in vigore dal 1° settembre 2009, tuttora in uso. Questi importi comprendono già le spese di sostentamento, abbigliamento, biancheria, igiene, cultura, salute, oneri dome-stici, quali elettricità, illuminazione, gas (cfr. Tabella per il calcolo del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo; cfr., pure, Lignes directrices pour le calcul du minimum d'existence en matière de poursuite selon l'art. 93 LP du 24.11.2000, in BLSchK 2001, p. 19). Al minimo esecutivo va aggiunto un supplemento al massimo del 15-25%, secondo la giurisprudenza citata. In casu, aggiungendo all'importo di base di fr. 1'700.-- il supplemento del 15-25% e computando gli interessi annui dei debiti ipotecari (fr. 8'695.-- annui, 724.60 mensili) e i premi dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie dell'assicurato di fr. 343.75, della moglie di fr. 363.25, del figlio di fr. 342.--, di Teresa Barbuti di fr. 365.35, si giunge ad un importo di fr. 4'263.95. Non possono invece essere ritenute le spese per l'auto (rate del leasing e RC auto). A tale proposito va rilevato che è principio giurisprudenziale e dottrinale indiscusso che le spese fisse e correnti connesse all'uso di un'automobile rientrano nel minimo di esistenza del debitore solo se il veicolo viene dichiarato impignorabile in virtù dell'art. 92 n. 3 LEF, ossia se gli è necessario per l'esercizio della sua professione (DTF 117 III 22, 104 III 73, 97 III 52; Guidicelli/Piccirilli, Il pignoramento di redditi ex art. 93 LEF nella pratica ticinese, Lugano 2002, n. 171 ss), ciò che non corrisponde al caso in esame. Disponendo dunque di un'eccedenza, il requisito dell'indigenza non è dato. Non dovendo di conseguenza essere esaminati gli altri requisiti, l'istanza di assistenza giudiziaria dev'essere respinta. 2.12. Il ricorrente ha inizialmente chiesto di essere messo al beneficio dell'assistenza giudiziaria con il gratuito patrocinio anche per la presente procedura. Successivamente – con scritto del 10 dicembre 2013 – ha limitato la sua domanda all'esonero dalle spese di procedura (cfr. XVI, inc. 35.2013.58). Visto tuttavia il principio di gratuità della procedura in ambito LAINF, la domanda risulta priva d'oggetto.

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