

TI_GERICHTE 35.2013.58 vom 22. Januar 2014

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2013.58

FR: TI_GERICHTE 35.2013.58 du 22 janvier 2014

IT: TI_GERICHTE 35.2013.58 del 22 gennaio 2014

Regeste

L'amministrazione 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. 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 che RI 1 è stato sentito al proprio domicilio dall'ispettore sinistri in data 13 novembre 2012 (cfr. rapporto d'incontro, doc. 9) e successivamente ancora in data 12 aprile 2013 (cfr. rapporto d'incontro, doc. 13). Con decisione formale del 12 aprile 2013, l'assicuratore infortuni, sulla base della valutazione del Dr. _____, ha assunto le prestazioni di legge sino al 26 aprile 2013 essendo ripristinato lo stato di salute precedente all'infortunio (status quo ante vel sine) (doc. 15). Avverso tale decisione, l'assicurato, il 4 luglio 2013, ha formulato opposizione contestando le conclusioni dell'amministrazione e postulando il ripristino delle prestazioni assicurative (doc. 16). Con scritto dell'8 luglio 2013 egli ha poi prodotto nuovamente il rapporto operatorio del Dr. _____ (doc. 17). CO 1 il 13 agosto 2013 ha emesso la decisione su opposizione confermando la decisione formale del 20 giugno 2013 (doc. 20). 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 26 aprile 2013 il proprio obbligo a prestazioni in relazione all'infortunio del 23 settembre 2012. 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 attengono, 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. Occorre inoltre rilevare che il diritto a prestazioni assicurative presuppone pure l'esistenza di un nesso di causalità adeguata tra gli elementi summenzionati. Un evento è da ritenere causa adeguata di un determinato effetto quando secondo il corso ordinario delle cose e l'esperienza della vita il fatto assicurato è idoneo a provocare un effetto come quello che si è prodotto, sicché il suo verificarsi appaia in linea generale propiziato dall'evento in questione (DTF 129 V 181 consid. 3.2 e 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a, DTF 117 V 361 consid. 5a e 382 consid. 4a e sentenze ivi citate). Comunque, qualora sia carente il nesso di causalità naturale, l'assicuratore può rifiutare di erogare le prestazioni senza dover esaminare il requisito della causalità adeguata (cfr. DTF 117 V 361 consid. 5a e 382 consid. 4a; su queste questioni vedi pure: Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 51-53). La giurisprudenza ha inoltre stabilito che la causalità adeguata, quale fattore restrittivo della responsabilità dell'assicurazione contro gli infortuni allorché esiste un rapporto di causalità naturale, non gioca un ruolo in presenza di disturbi fisici consecutivi ad un infortunio, dal momento che l'assicurazione risponde anche per le complicazioni più singolari e gravi che solitamente non si presentano secondo l'esperienza medica (cfr. DTF 127 V 102 consid. 5 b/bb, 118 V 286 e 117 V 365 in fine; cfr., pure, U. Meyer-Blaser, Kausalitätsfragen aus dem Gebiet des Sozialversicherungsrechts, in SZS 2/1994, p. 104s. e M. Frésard, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], n. 39). 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, sulla base del rapporto medico dell'11 giugno 2013 del Dr. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica. Lo specialista, dopo aver riassunto gli atti, le dichiarazioni del paziente, lo stato locale e la radiologia ha posto la diagnosi in relazione all'evento del 23 settembre 2012 di " Rottura del tendine capolungo del bicipite spalla destra " (doc. 14). Il Dr. _____ ha indicato che l'assicurato soffre di una sindrome cervico-vertebrale spondilogenica cronica e di un sindrome spalla/braccio destro cronica generate il 29 marzo 2008 da una lussazione anteriore gleno-omeroale, con concomitante sofferenza del plesso brachiale inferiore, essenzialmente limitata al territorio ulnare (senza segni di denervazione all'esame EMG). Lo specialista ha quindi rilevato quanto segue: " (...) L'insieme degli esami clinici e paraclinici effettuati sull'arco degli anni, così come le approfondite valutazioni svolte anche in ambito universitario stazionario, non hanno permesso di circoscrivere una chiara origine strutturale consensuale agli intensi disturbi risentiti, rispettivamente segnalati dal signor RI 1. Facendo riferimento all'esito di test infiltrativi, è stata (ciò malgrado?) posta l'indicazione

a una spondilodisi intercorporale ventrale C5/C6 e C6/C7, in presenza di un restringimento osseo C5/C6 e di una stenosi foraminale C6/C7. Il tendine capolungo del bicipite, rottosi completamente in occasione dell'evento del 23.9.2012, risultava già essere alterato in precedenza (vedi per esempio relazione dr. _____ dell'11.6.2012 nell'ambito del rapporto peritale SAM del 3.7.2012). Nello spazio di un mese la rottura del tendine capolungo del bicipite a destra viene valutata da 4 specialisti diversi, tutti consenzienti nel porre la stessa diagnosi e nel considerare l'assenza di misure terapeutiche specifiche ivi-connesse. La sezione del tendine capolungo del bicipite (tenodesi) rappresenta peraltro un gesto terapeutico usuale in numerosi interventi e soprattutto di spalle degenerative: l'evento del 23.9.2012 ha quindi condotto a una situazione che sarebbe in tutti i casi volontariamente stata instaurata a scopo terapeutico in caso di un intervento operatorio. Il quadro clinico oggettivamente riscontrato attualmente alla spalla destra del signor RI 1 non si differenzia sostanzialmente da quello descritto dal dr. _____ nel consulto peritale reumatologico dell'11.6.2012, con limitazione funzionale verso l'orizzontale e importante restrizione della rotazione. Come ragionevolmente attendibile dalla lesione riscontrata e in accordo con le considerazioni espresse sopra, si può quindi considerare che l'evento del 23.9.2012 non abbia condotto a nessun sostanziale cambiamento del quadro funzionale oggettivabile. Dal punto di vista terapeutico, al momento della visita il signor RI 1 gestiva i suoi disturbi facendo ricorso a dell'Algifor 400 mg 2 volte al giorno e talvolta a del Dafalgan 1 grammo piuttosto la sera/notte, per migliorare la qualità del riposo, facendo fatica a girarsi o mantenere determinate posizioni coricate. Per quanto attiene all'evento del 29.3.2008, gli aspetti di pertinenza medico-assicurativa hanno fatto oggetto di una valutazione specifica nell'ambito della perizia pluri-disciplinare del 3.7.2012. In considerazione della natura della lesione riportata, l'evento infortunistico del 23.9.2012 è suscettibile di aver condotto a un peggioramento tutt'al più temporaneo del quadro preesistente, con status quo ante vel sine già ripristinato in occasione della visita con riferimento al quadro clinico effettivamente oggettivabile. Nesso di causalità praticamente escluso, rispettivamente tutt'al più possibile tra l'evento infortunistico del 23.9.2012 e la spondilodisi ventrale intercorporale C5/C6, rispettivamente C6/C7 prevista per l'inizio del mese di maggio 2012 in presenza di restringimenti ossei C5/C6 e di una stenosi foraminale C6/C7." (doc. 14) 2.9. CO 1 non ha riconosciuto la propria responsabilità relativamente a i disturbi alla spalla destra, poiché fondandosi sulle conclusioni del Dr. _____ ha ritenuto raggiunto lo status quo ante vel sine, ovvero che lo stato di salute di RI 1 riscontrato dal Dr. _____ è equivalente a quanto ritenuto dal Dr. _____ in data 11 giugno 2012 (doc. 14, 15). Il ricorrente, dal canto suo, sostiene invece che tra i problemi alla schiena, 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). In tale contesto va ricordato che, 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; STFA dell'8 luglio 2003 nella causa B., U 259/02, 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. 33ss. e RAMI 1999 U 356, p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della

loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. In una sentenza 8C_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve, a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. 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 160ss, 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). E' 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. STFA I 811/03 del 31 gennaio 2005, consid. 5 in fine; STFA I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV n. 10 pag. 35 consid. 4b).

2.10. Nella fattispecie in esame, questo Tribunale, chiamato a pronunciarsi su una questione di carattere medico, attentamente vagliata la documentazione medica presente all'inserto - vista anche l'assenza di pareri specialistici divergenti - non ha valide ragioni per scostarsi dall'apprezzamento del Dr. _____ (cfr. doc. 14), secondo cui i disturbi denunciati dall'assicurato non costituiscono una conseguenza naturale dell'evento traumatico occorso il 23 settembre 2012. Lo specialista ha chiaramente indicato che l'infortunio del 23 settembre 2012 è suscettibile di aver condotto a un peggioramento tutt'al più temporaneo del quadro preesistente, ma lo status quo ante vel sine era già ripristinato in occasione della visita del 26 aprile 2013. Il Dr. _____ ha evidenziato l'equivalenza del quadro clinico rispetto alla valutazione dell'11 giugno 2012 del reumatologo Dr. _____. L'evento del 23 settembre 2012 non ha condotto a nessun sostanziale cambiamento del quadro funzionale oggettivabile (doc. 14). Nell'ambito della valutazione medica pluridisciplinare SAM (cfr. perizia del 3 luglio 2012), 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. _____ aveva 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 ”. Secondo il Dr. _____ i disturbi lamentati da RI 1 non erano neppure riconducibili alle alterazioni degenerative alla colonna cervicale “ tutto sommato blande e compatibili con la sua età ” (doc. 56). Anche il Dr. _____ nella sua valutazione ha precisato che gli esami effettuati negli anni e le indagini svolte anche in ambito universitario stazionario, “ non hanno permesso di circoscrivere una chiara origine strutturale consensuale agli intensi disturbi risentiti, rispettivamente segnalati dal signor RI 1 ” (doc. 14). Alla domanda dell’assicuratore infortuni circa il raggiungimento dello “ status quo ante vel sine ” lo specialista ha concluso ritenendo equivalente il quadro clinico dell’assicurato rispetto a quello valutato dal Dr. _____ (doc. 14). In sede di opposizione alla decisione formale del 20 giugno 2013 l’insorgente ha prodotto il rapporto operatorio del 2 maggio 2013 della _____ riguardante un intervento di spondilodesi ventrale intercorporale C5/6 e C6/7 (doc. 70). A questo proposito il Dr. _____ ha concluso escludendo un nesso tra l’evento infortunistico del 23 settembre 2012 e la spondilodesi intercorporale ventrale C5/C6 e C6/C7 prevista per maggio 2013 (doc. 14). Il rapporto operatorio del 2 maggio 2013 non permette quindi una differente valutazione della fattispecie, come d’altronde neppure il certificato medico del Dr. _____ del 17 ottobre 2013 che si limita a indicare un’inabilità lavorativa dal 1° ottobre al 30 ottobre 2013, senza indicazione alcuna (doc. VII). Il legale ha inoltre sottolineato che l’assicurato non si troverebbe con i disturbi alla schiena, al braccio e alla spalla destra senza gli infortuni del 2008 e del 2012 (doc. I, pag. 13) Ora, secondo una costante giurisprudenza, la regola “ post hoc, ergo propter hoc ” (dopo questo, dunque a causa di questo) non ha valenza scientifica. Il Tribunale federale ha, infatti, stabilito, al riguardo, che per il solo fatto d’essere insorto dopo l’infortunio, un disturbo alla salute non può già essere ritenuto una sua conseguenza (cfr. SVR 2010 UV Nr. 10 p. 40 consid. 3.2; DTF 119 V 341s. consid. 2b/bb con riferimenti; Th. Frei, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, Friburgo 1998, p. 30, nota 96; A. Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Zurigo 1995, p. 41). In esito a quanto precede, questo Tribunale ritiene dimostrato, perlomeno secondo il criterio della verosimiglianza preponderante, caratteristico del settore della sicurezza sociale (cfr. DTF 125 V 195 consid. 2 e riferimenti; cfr., pure, Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 320 e A. Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Zurigo 2003, p. 343), che, a far tempo dalla data di chiusura del caso, RI 1 non presentava più alcuna sequela dell’infortunio del 23 settembre 2012, di modo che CO 1 era legittimata a sospendere a partire dal 26 aprile 2013 il proprio obbligo a prestazioni. Di conseguenza l’assicuratore infortuni non era giustamente tenuto a valutare il diritto a prestazioni di lunga durata (rendita d’invalidità e indennità per menomazione dell’integrità). 2.11. Con la decisione

impugnata CO 1 ha respinto la domanda di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio inoltrata dall'assicurato nel mese di aprile 2013 (doc. 20, V). 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. V). 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. 35.2013.57). 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 comunemente 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, inc. 35.2013.57). 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. doc. I, XVI, inc. 35.2013.57). 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.