

## **TI\_GERICHTE 35.2014.84 vom 4. Mai 2015**

TI Tribunale d'appello, 2015-05-04, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_35.2014.84](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2014.84)

FR: TI\_GERICHTE 35.2014.84 du 4 mai 2015

IT: TI\_GERICHTE 35.2014.84 del 4 maggio 2015

### **Regeste**

Decisione con la quale assicuratore ha rifiutato diritto ad una rendita è corretta: dagli esami strumentali è risultata una situazione sovrapponibile a quella valutata nel 2007, per cui l'assicurato deve essere considerato nuovamente abile al lavoro nella sua attività

### **Erwägungen**

#### **E. 25**

aprile 2007). Per giudicare se è ammissibile riconsiderare una decisione per il motivo che essa è manifestamente errata, ci si deve fondare sulla situazione giuridica esistente al momento in cui questa decisione è stata emanata, tenuto conto della prassi in vigore a quel momento (DTF 125 V 383 consid. 3 con riferimenti). Mediante la riconsiderazione, si corregge un'errata applicazione iniziale del diritto, rispettivamente, un'errata constatazione derivante dall'apprezzamento dei fatti. Un cambiamento di prassi oppure di giurisprudenza non giustifica di principio una riconsiderazione (DTF 117 V 8 consid. 2c; 115 V 308 consid. 4a/cc). Una decisione è manifestamente errata, non soltanto quando è stata presa sulla base di norme giuridiche sbagliate o inappropriate, ma anche quando delle disposizioni fondamentali non sono state applicate oppure lo sono state in modo inappropriato (STF 9C\_181/2010 del 12 agosto 2010, consid. 3 con riferimenti). Per motivi legati alla sicurezza giuridica e per evitare che la riconsiderazione diventi uno strumento che consenta di riesaminare liberamente le condizioni poste a fondamento delle prestazioni di lunga durata, l'irregolarità deve essere manifesta. In particolare, non si può parlare di un'inesattezza manifesta se l'assegnazione della prestazione dipende dall'adempimento di condizioni materiali il cui esame presuppone un certo margine di apprezzamento riguardo a certi loro aspetti o elementi, e se la decisione iniziale appare ammissibile alla luce della situazione di fatto e di diritto. Se persistono ragionevoli dubbi sul carattere erroneo della decisione iniziale, le condizioni per procedere a una riconsiderazione non sono date (STF 9C\_457/2008 del 3 febbraio 2009, consid. 4.2.1 con riferimento alla STF 9C\_439/2007 del 28 febbraio 2008, consid. 3.1). Nella presente fattispecie, nella decisione su opposizione del 14 agosto 2014 l'Istituto assicuratore si è esplicitamente rifiutato di entrare nel merito di una eventuale domanda di riconsiderazione ex art. 53 cpv. 2 LPG. Ora, per costante giurisprudenza, l'amministrazione non può essere obbligata né dagli interessati, né dai tribunali a effettuare una riconsiderazione (cfr. STFA I 61/04 del 20 settembre 2004, U 17/05 del 27 ottobre 2006, I 206/06 del 13 marzo 2007). Il TCA deve pertanto esimersi dall'esaminare questo aspetto. Non resta, dunque, che da valutare l'eventualità di una revisione processuale (cfr. art. 53 cpv. 1 LPG). 2.3.4. L'amministrazione è tenuta a procedere a una revisione processuale se si manifestano nuovi elementi o nuovi mezzi di prova atti a indurre a una conclusione giuridica differente (cfr. STFA C 227/03 del 23 marzo 2004, C 349/00 del 12 febbraio 2004, C 19/03 del 17 dicembre 2003, C 81/03 del 21

luglio 2003, C 354/01 del 7 marzo 2003; DTF 127 V 466, consid. 2c, p. 469 e la giurisprudenza ivi citata; SVR 1997 ALV Nr. 101, p. 309 consid. 2a e riferimenti; DLA 1998 N. 15, consid. 3b, p. 79 e 80). Nuove, secondo costante giurisprudenza federale, vanno considerate quelle circostanze che si sono realizzate fino al momento in cui, nel procedimento principale, allegazioni di fatto sarebbero ancora state lecite, ma che tuttavia, nonostante sufficiente attenzione, erano sconosciute all'istante (cfr. STFA C 354/01 del 7 marzo 2003; DLA 1995, p. 64 consid. 2b e riferimenti; DTF 122 V 134 e seg.). Inoltre, i fatti nuovi devono essere rilevanti, ovverosia essere idonei a modificare la base fattuale della decisione e a condurre, attraverso un appropriato apprezzamento giuridico, a una diversa decisione (DTF 110 V 141 consid. 2, 293 consid. 2a; RAMI 1991 K 855, p. 16; A. Grisel, *Traité de droit administratif*, Vol. II, Neuchâtel 1984, p. 942ss.; U. Kieser, *ATSG Kommentar*, 2003, ad art. 53, n. 10). Relativamente alle nuove prove, va sottolineato che l'art. 53 cpv. 1 LPGa non fa menzione del fatto che esse debbano essere rilevanti. Ciò si spiega ponendo mente alla circostanza che, alla luce dei quesiti fattuali spesso complessi, il criterio della rilevanza dei mezzi di prova spesso è difficile da chiarire (U. Kieser, op. cit., ad art. 53, n. 11). I nuovi mezzi di prova devono comunque essere tali da provare fatti nuovi importanti che fondano la revisione o fatti che erano conosciuti nel procedimento precedente, ma che non hanno potuto essere provati a detrimento dell'istante. Se i nuovi mezzi di prova sono destinati a provare fatti già allegati anteriormente, il richiedente deve dimostrare di non aver potuto produrli nella precedente procedura. Un mezzo di prova è considerato come concludente, qualora si debba ammettere che avrebbe condotto ad una diversa decisione, nel caso in cui l'assicuratore ne avesse avuto conoscenza nella procedura amministrativa (STFA del 13 aprile 1993 nella causa G.P.). In sostanza, il nuovo mezzo di prova non deve solo servire ad apprezzare i fatti ma pure ad accertarli (DTF 110 V 141, consid. 2). Non è pertanto sufficiente, ad esempio, che una nuova perizia valuti in modo diverso una determinata fattispecie. Occorrono, piuttosto, nuove circostanze, che facciano apparire oggettivamente incompleta la base su cui si fonda la precedente decisione. Per la revisione di una decisione non basta che, successivamente, il perito tragga, da fatti già conosciuti, delle conclusioni differenti. Non costituisce neppure motivo di revisione la circostanza che siano stati forse valutati in modo errato fatti già conosciuti nella procedura principale. Occorre piuttosto che l'apprezzamento non corretto sia avvenuto poiché fatti determinanti ai fini del giudizio erano sconosciuti o rimasti non provati. Nel caso di specie, l'assicurato non ha fatto valere alcun motivo concreto di revisione, motivo per il quale è a ragione che l'assicuratore LAINF ha considerato l'istanza dell'interessato irricevibile. Alla luce di quanto sopra esposto, il TCA deve concludere che i disturbi a livello del rachide lombare e del ginocchio sinistro non entrino in considerazione nella determinazione del diritto alla rendita dell'assicurato per le conseguenze dell'infortunio dell'11 aprile 2011. La richiesta di perizia giudiziaria pluridisciplinare formulata dal patrocinatore del ricorrente, al fine di valutare l'incidenza delle affezioni al rachide lombare e al ginocchio sinistro sulla capacità lavorativa dell'interessato, non ha quindi ragion d'essere. 2.4. Infortunio dell'11 aprile 2011 alla spalla destra Questa Corte è chiamata a esaminare se l'CO 1 era legittimata a dichiarare RI 1, per i soli postumi infortunistici dell'evento dell'11 aprile 2011, abile al lavoro in misura del 100% nella sua attività a decorrere dal 31 gennaio 2012, oppure no. Secondo l'art. 16 LAINF, l'assicurato totalmente o parzialmente incapace di lavorare a seguito d'infortunio o di malattia professionale ha diritto all'indennità giornaliera. Giusta l'art. 6 LPGa, è considerata incapacità al lavoro qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica, di compiere un lavoro

ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo d'attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività. Nella RAMI 2004 U 529, p. 572ss., consid. 1.4., il TFA ha precisato che la definizione di incapacità al lavoro, così come quelle d'incapacità al guadagno e d'invalidità contenute nella LPGA, corrispondono alle definizioni e ai principi dell'assicurazione contro gli infortuni elaborati finora dalla giurisprudenza. La questione di sapere se l'assicurato sia o meno incapace di lavorare in misura giustificante il riconoscimento del diritto a prestazioni deve essere valutata sulla base dei fatti forniti dal medico. Spetta al medico fornire una precisa descrizione dello stato di salute dell'assicurato e tracciare un esatto quadro degli impedimenti ch'egli incontra nell'esplicare determinate funzioni. Il medico indicherà per prima cosa se l'assicurato può ancora svolgere la sua professione, precisando quali sono le controindicazioni in quell'attività. Determinante ai fini della graduazione dell'incapacità lavorativa non è comunque l'apprezzamento medico-teorico, bensì la diminuzione della capacità di lavoro che effettivamente risulta dall'impedimento (RAMI 1987 K 720 p. 106 consid. 2, U 27 p. 394 consid. 2b e giurisprudenza ivi citata; RJAM 1982 n. 482 p. 79 consid. 2). L'assicurato che rinuncia a utilizzare la sua residua capacità oppure che non mette in atto i provvedimenti da lui ragionevolmente esigibili per sfruttare al meglio la propria capacità lavorativa è, ciò nonostante, giudicato per l'attività che egli potrebbe esercitare dimostrando buona volontà. Carenze di volontà risultanti da un'anomalia caratteriale non sono prese in considerazione nell'ambito dell'assicurazione infortuni: possono essere, tutt'al più, considerate nell'ambito dell'assicurazione malattia se la loro causa é da ricercare in un'affezione patologica (DTF 101 V 145 consid. 2b; 111 V 239 consid. 1b e 2a; RAMI 1986 p. 56; 1987 p. 105 consid. 2; 1987 p. 393 consid. 2b; 1989 p. 106 consid. 1d; Ghélew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), Losanna 1992, p. 91). 2.4.1. 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 U 259/02 dell'8 luglio 2003, consid. 2.1.1; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in BJM 1989, p. 30ss.). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV 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 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 (cfr. anche Pratique VSI 2001 p. 108ss.). Per quel che riguarda le perizie allestite da specialisti esterni all'amministrazione , il TFA ha pure loro riconosciuto pieno valore probante, fintantoché non vi sono degli indizi concreti che facciano dubitare della loro attendibilità (cfr. STFA U 168/02 del 10 luglio 2003; DTF 125 V 353, consid. 3b/bb). 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 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. 2.4.2. Nel caso di specie, dalla documentazione agli atti emerge che RI 1 aveva lamentato già in passato dei disturbi cronici alla spalla destra, che erano stati considerati di natura prettamente degenerativa e che non impedivano comunque all'assicurato di poter svolgere la propria attività di lancista al 100%. In occasione della visita di chiusura del 29 agosto 2007, il dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia e a quel momento medico di circondario, aveva indicato che l'esame RM del 22 settembre 2006 – che aveva rivelato segni tendinopatici al sopraspinato con assottigliamento del tendine – aveva confermato il carattere puramente degenerativo dell'affezione alla spalla destra, trattata chirurgicamente in data 19 gennaio 2007 dal dr. \_\_\_\_\_, Capo-clinica di ortopedia e traumatologia dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, con un'artrotomia con débridement del tendine, acromio-plastica anterolaterale e sutura del sopraspinato distale eseguite. Il dr. \_\_\_\_\_ aveva concluso che “in merito alla spalla destra il signor RI 1 risulta abile al lavoro nella misura massima possibile dal 3 settembre 2007”, ponendo quali limiti funzionali interessanti l'arto superiore destro i seguenti: “sono da evitare le mansioni da svolgere continuamente con la mano destra sopra la testa, l'uso di mazza, picco o trapani di grandi dimensioni; l'assicurato può alzare dei pesi, impiegando ambedue le braccia, fino a 25 chili fino all'altezza della vita; possono essere alzati dei pesi dell'ordine di 5 chili impiegando ambedue le braccia anche oltre l'altezza del petto” (doc. 23 fasc. 1). Il dr. \_\_\_\_\_ aveva inoltre ritenuto che l'assicurato non presentasse alcun danno all'integrità netta in quanto la periartrite omeroscapolare di media entità lamentata è di natura esclusivamente degenerativa (doc. 62 fasc. 1). In seguito, nella visita medica del 7 aprile 2008, il dr. \_\_\_\_\_ non aveva riscontrato alcun cambiamento, rilevando che per quanto riguarda la funzione oggettiva della spalla destra “in occasione dell'esame medico approfondito odierno non è riscontrabile un importante mutamento, segnatamente nessun peggioramento dello stato locale (anzi un lieve miglioramento per quanto riguarda la spalla destra in termini di articolarietà)”. Il dr. \_\_\_\_\_ aveva concluso che l'assicurato “in base ai referti clinici oggettivi è senz'altro in grado di riprendere tutte le mansioni professionali descritte dettagliatamente dal lato ispettivo (2008) in misura del 100%, per cui l'assicurato viene dichiarato abile in misura normale entro il 14 aprile 2008” (doc. 82 fasc. 1). Dopo l'evento infortunistico dell'11 aprile 2011 interessante la spalla destra, l'assicurato è stato nuovamente visitato dal servizio medico dell'assicuratore LAINF. In esito alla visita medica del 28 settembre 2011, il dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia ortopedica e a quel momento medico di circondario, ha rilevato che “i reperti valutati in data odierna in Agenzia sono esattamente sovrapponibili a quelli valutati in occasione della visita di chiusura del 29 agosto 2007 dal dr. \_\_\_\_\_, dove l'assicurato era ritenuto abile al lavoro in misura massima possibile ed in particolare ritenuto abile al lavoro nella funzione di macchinista in galleria” (doc. 42 pag. 4 fasc. 2). Il dr. \_\_\_\_\_ prima di potersi esprimere in maniera definitiva ha comunque ritenuto opportuno “vedere le risonanze precedenti al fine di confrontarle con quella eseguita il 9 maggio 2011” (doc. 42 fasc. 2). Nell'apprezzamento medico del 9 novembre 2011, il dr. \_\_\_\_\_, dopo avere raffrontato le risonanze magnetiche della spalla eseguite in data 18 aprile 2007, in data 11 marzo 2008 e il 9 maggio 2011, ha concluso che “le immagini valutate delle 3 risonanze

sono esattamente identiche”, “per cui si può sostenere anche in base al risultato delle immagini radiologiche che l’assicurato può essere considerato abile al lavoro nella misura massima possibile e non vi è un peggioramento che giustifichi un’ulteriore inabilità lavorativa” (doc. 52 fasc. 2). Il TCA non ha motivo per distanziarsi da questa valutazione del dr. \_\_\_\_\_, suffragata dagli esiti degli esami strumentali eseguiti nel tempo e che non è stata smentita tramite la presentazione di referti medici oggettivi in grado di metterne in dubbio l’attendibilità. Tale non può, in particolare, essere considerata la presa di posizione del 7 marzo 2012 con la quale il dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in medicina fisica e riabilitazione presso l’Ospedale di \_\_\_\_\_, ha contestato la valutazione del dr. \_\_\_\_\_, rilevando che “occorre però tener presente, al di là del puro risultato dell’esame radiologico, che il trauma subito dal paziente in data 11 aprile 2011 lavorando in \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ ha avuto un impatto importante su una situazione anatomica già precaria legata al pregresso intervento di sutura della cuffia dei rotatori e ri acromionplastica del gennaio 2007. Le conseguenze dirette di questo trauma sono state un peggioramento del dolore e delle possibilità funzionali della spalla”, confermando un’inabilità lavorativa del 50% “in quanto le possibilità di utilizzazione pratica della spalla sopra i range articolari sopra riportati e l’insorgenza sistematica del dolore oltre l’orizzontale” non consentono all’assicurato di lavorare a tempo pieno (doc. 88 fasc. 2). Chiamato ad esprimersi in merito alle critiche del dr. \_\_\_\_\_, il dr. \_\_\_\_\_, nell’apprezzamento medico del 12 giugno 2012, ha ribadito la correttezza della propria precedente valutazione, evidenziando quanto segue: “ (...) In sostanza il dr. \_\_\_\_\_ dichiara che il trauma alla spalla ha peggiorato i dolori lamentati dall’assicurato e ha peggiorato la situazione della spalla in modo direzionale. Per poter sostenere queste affermazioni ci vogliono però dei dati oggettivabili. Ora per sua stessa natura il dolore non è oggettivabile ma è legato alla soggettività. La capacità lavorativa di un assicurato deve essere valutata in base ai reperti oggettivabili. In occasione della mia visita medico-circondariale avevo constatato un reperto locale esattamente sovrapponibile al 100% con quanto constatato in precedenza in due occasioni da parte del collega \_\_\_\_\_ (nel 2007 e nel 2008). Per scrupolo mi ero ancora procurato le immagini di risonanza magnetica della spalla destra effettuate in precedenza e le avevo poi confrontate con la risonanza magnetica della spalla destra effettuata nel mese di maggio 2011. Le immagini erano risultate esattamente sovrapponibili. Risulta quindi dall’esame clinico da me effettuato e dal confronto degli esami di risonanza magnetica che l’infortunio avvenuto l’11.04.2011 ha provocato una semplice contusione della spalla destra senza provocare ulteriori lesioni morfologiche oggettivabili delle strutture della spalla. La capacità lavorativa va valutata in base ai referti oggettivabili e non in base alle semplici asserzioni di dolore che anche se prese sul serio vanno comunque sempre messe in relazione ai reperti oggettivabili. Dopo la chiusura del 29.08.2007 l’assicurato era ritenuto abile al lavoro con un rendimento del 100% senza pause supplementari osservando le limitazioni menzionate (il dr. \_\_\_\_\_ riteneva che l’assicurato doveva evitare le mansioni da svolgere continuamente con la mano destra sopra la testa, doveva evitare l’uso di mazza, picco o trapani di grandi dimensioni e poteva sollevare pesi impiegando ambedue le braccia fino al massimo di 25 chili fino all’altezza della vita). Queste limitazioni sono tuttora valide in quanto non vi è stato né un miglioramento né un peggioramento dello status oggettivabile alla spalla destra. Del resto il dr. \_\_\_\_\_ nei suoi certificati dove esprime le limitazioni dell’assicurato si esprime esattamente nello stesso modo e elenca le stesse limitazioni, in particolare l’impossibilità di lavorare con le braccia al di sopra della testa. Ora, se dalla

visita medica di chiusura del 29.08.2007 l'amministrazione ha ritenuto che l'assicurato potesse essere ritenuto abile al lavoro nella misura del 100% nelle mansioni professionali descritte (attività di lancista dove doveva manovrare la macchina che serviva a spruzzare il beton sulle pareti di gallerie in fase di costruzione), l'assicurato può anche essere ritenuto abile nell'attività di autista e può eseguire tutti i lavori se rispetta le limitazioni già espresse in occasione della visita di chiusura del 2007. Infatti non essendoci cambiamenti strutturali anatomici supplementari a quelli già conosciuti sin dal 2007 l'esigibilità rimane la stessa." (Doc. 88 fasc. 2, sottolineatura della redattrice) Questo Tribunale concorda con le considerazioni del dr. \_\_\_\_\_, ben motivate e convincenti, che, del resto, trovano un'ennesima conferma anche negli esami strumentali eseguiti dal dr. \_\_\_\_\_ nel mese di settembre 2014. Dal referto del 20 ottobre 2014, infatti, emerge che il dr. \_\_\_\_\_, rispondendo ad una richiesta del legale dell'assicurato, ha rivalutato la situazione clinica e radiologica dell'interessato tramite una RM della spalla destra del 22 settembre 2014, la quale ha messo in evidenza, in particolare, "non evidenti lesioni post-traumatiche alle strutture ossee. Da notare che i reperti non sono modificati in modo significativo rispetto ad un esame precedente di maggio 2011, dove già erano segnalate le alterazioni del tendine del sovraspinoso, l'assottigliamento sub-acromiale e le iniziali note di borsite sub-acromiale" (doc. B2, sottolineatura della redattrice). Va qui nuovamente ricordato che, secondo la giurisprudenza federale, in materia di assicurazione contro gli infortuni, i disturbi risentiti dall'assicurato vengono di principio presi in considerazione soltanto nella misura in cui procedono da un danno alla salute oggettivamente dimostrabile. Nei casi in cui i dolori lamentati non possono trovare una sufficiente correlazione sul piano oggettivo, la decisione non può che essere sfavorevole all'interessato. In effetti, qualora non sia stata individuata, dal profilo medico-scientifico, l'origine dei disturbi, il giudice delle assicurazioni sociali - a maggior ragione - non può riconoscere l'esistenza di una relazione di causalità naturale con l'evento traumatico assicurato (in vedano, in questo senso, la STCA 35.2002.4 del 22 settembre 2003, 35.2003.26 del 28 luglio 2003, 35.2002.49 del 25 novembre 2002, confermata dal TFA con sentenza U 14/03 del 28 luglio 2004, 35.1999.90 del 13 settembre 2001, confermata dal TFA con sentenza U 347/01 del 9 gennaio 2003, 35.1998.57 del 21 settembre 2000, confermata dal TFA con giudizio U 429/00 del 13 marzo 2001, 35.1998.61 del 22 febbraio 1999 e 35.1998.10 del 19 febbraio 1999; cfr., inoltre, U. Meyer-Blaser, art. cit., p. 105s.: "Lässt sich der medizinisch-wissenschaftliche Beweis für das Vorliegen organischer Befunde, ihrer Verantwortlichkeit für die vorhandenen Beschwerden und die Ursächlichkeit der unfallmässigen Einwirkung zum Eintritt des organischen Befundes, nach derzeitigem Wissensstand, in einem konkreten Fall, trotz sorgfältigen Abklärungen, nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit beweisen, entfällt insofern die Leistungspflicht der Unfallversicherer ohne weiteres" - il corsivo è della redattrice). Ora, il TF ha precisato che per poter parlare di lesioni traumatiche oggettivabili dal punto di vista organico, i risultati ottenuti devono essere confermati da indagini effettuate per mezzo di apparecchiature diagnostiche o di immagine radiologica e i metodi utilizzati riconosciuti scientificamente (STF 8C\_310/2011 del 5 settembre 2011 consid. 4.1, 8C\_421/2009 del 2 ottobre 2009 consid. 3 e sentenze ivi citate; cfr. pure DTF 134 V 109 consid. 9 p. 122). Pertanto, ritenuto che nel caso di specie gli esami strumentali hanno dimostrato l'esistenza di una situazione esattamente sovrapponibile a quella valutata dal dr. \_\_\_\_\_ nel 2007, il TCA non può che ritenere l'assicurato pienamente abile al lavoro nelle sue precedenti attività di lancista e di autista, come espressamente indicato dal dr. \_\_\_\_\_. Quanto al fatto, sollevato in sede ricorsuale, che nell'ambito della valutazione peritale eseguita per conto

dell'assicuratore malattia il dr. \_\_\_\_\_ abbia attestato una capacità lavorativa del 75% nell'attività di autista, questo Tribunale sottolinea che tale apprezzamento tiene conto anche di aspetti extra-infortunistici, motivo per il quale non è in grado di mettere in discussione quanto valutato dal dr. \_\_\_\_\_ (cfr. doc. XIII/1, nel quale, quali diagnosi invalidanti, vengono citate "sindrome algica accentuata sotto carico, diminuzione della resistenza agli sforzi, limitazione funzionale al di sopra dell'orizzontale e in rotazione spalla destra; stato dopo contusione l'11.4.2011; stato dopo inserzione del sovra-spinato e acromio-plastica il 19.1.2007; sindrome vertebrale, rispettivamente spondilogeno lombare in presenza di disfunzioni plurisegmentali lombari-inferiori e lombo-sacrali in un contesto di alterazioni degenerative; deficit funzionale terminale nelle posizioni estreme in flessione e rotazione, movimenti "più legati" anca sinistra nel contesto di un potenziale incipiente quadro degenerativo; sindrome algica sotto carico clinicamente focalizzata femoro-patellare ginocchio sinistro, stato dopo pregresso intervento; ipoacusia"). Il TCA non ritiene condivisibili nemmeno le critiche sollevate in sede ricorsuale dal patrocinatore del ricorrente a proposito della presunta inesigibilità per l'assicurato dell'attività di autista, in quanto i disturbi uditivi che lo affliggono (ipoacusia e tinnitus) ne limiterebbero "la capacità di condurre veicoli a titolo professionale al di fuori di un cantiere quale quello dell'\_\_\_\_\_". Nel traffico di tutti i giorni l'attività professionale quale autista non può essere svolta da una persona che soffre di siffatti importanti problemi all'udito" (doc. I). Ora, è vero che, come indicato nella decisione su opposizione impugnata, l'CO 1 non si è mai espresso in buona e dovuta forma in merito ai disturbi ORL, per cui, in mancanza di una decisione, l'assicuratore LAINF non può entrare nel merito delle problematiche uditive (doc. A2). D'altra parte non va tuttavia ignorato che nella visita medica del 24 febbraio 2010, il dr. \_\_\_\_\_ aveva indicato che "per quanto attiene al tinnitus, ritengo che questo non comprometta in modo rilevante la capacità lavorativa dell'assicurato, tinnitus che per sua natura non è oggettivabile e che inoltre è comunque insorto ben 2 settimane dopo l'infortunio" (doc. 56 fasc. 3). Inoltre, in data 7 febbraio 2012, l'assicurato è stato sottoposto ad una visita specialistica da parte del dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in otorinolaringoiatria della divisione medica CO 1 di \_\_\_\_\_, il quale ha ritenuto fortemente improbabile che l'ipoacusia sia una conseguenza dell'infortunio del 2009, visto che era già presente nel 2005. Infatti, nel referto del 4 settembre 2009 il dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH ORL, aveva riscontrato una ipoacusia pantonale bilaterale, aggiungendo espressamente "in confronto all'audiometria del 24 febbraio 2005 con poco cambiamento (doc. 35 fasc. 3). Il dr. \_\_\_\_\_ ha pure ritenuto improbabile che il tinnitus dell'assicurato sia la conseguenza di un infortunio, ritenendolo legato alla perdita uditiva che si è verificata in maniera importante tra settembre 2009 e giugno 2011 e quindi non legata ad un evento infortunistico (doc. 88 fasc. 3). Questo Tribunale ritiene pertanto che l'ipoacusia e il tinnito non siano tali da inficiare la capacità lavorativa dell'assicurato nella sua attività di autista.

2.5. Il ricorrente ha chiesto di essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria con il gratuito patrocinio dell'avv. RA 1 (cfr. doc. I, VI). I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (STF 9C\_196/2012 del 20 aprile 2012; DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b e riferimenti). 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 presente fattispecie, dalle carte processuali risulta che il ricorrente, sposato, che vive da solo (moglie vive in Italia), disoccupato, dispone, quali entrate, delle indennità di disoccupazione di fr. 4'426.80 mensili e della rendita AI di fr. 92 mensili (cfr. doc. VI/bis). L'assicurato non ha dichiarato alcuna sostanza. Dalla documentazione agli atti prodotta dall'assicurato unitamente al certificato per l'ammissione all'assistenza giudiziaria e, in particolare, dal formulario "calcolo dell'eccedenza mensile di budget" sottoscritto da RI 1 in data 13 settembre 2010 al fine di ottenere un credito da parte di \_\_\_\_\_, emerge che lo stesso disponeva già a quel momento, con un reddito netto totale di fr. 3'624 - e quindi notevolmente inferiore rispetto a quello indicato ora nel certificato per l'ammissione all'assistenza giudiziaria - di un'importante eccedenza mensile di fr. 1'232.85. Alla luce di questa circostanza, occorre quindi concludere che l'assicurato, nonostante il debito di fr. 815 mensili nei confronti di \_\_\_\_\_ - il quale, comunque, non può essere preso in considerazione in quanto debito ordinario, visto che, secondo la giurisprudenza, non possono di principio essere ritenute le spese per l'estinzione di debiti ordinari, non destinati al mantenimento corrente dell'istante e della sua famiglia (cfr. STFA B 45/05 del 13 aprile 2006 consid. 7.2.2 e riferimenti ivi menzionati) - continui a disporre di un'eccedenza mensile. Il requisito dell'indigenza non è quindi dato. Non dovendo di conseguenza essere esaminati gli altri requisiti, l'istanza di assistenza giudiziaria dev'essere respinta.

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