

TI_GERICHTE 35.2017.39 vom 25. September 2017

TI Tribunale d'appello, 2017-09-25, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2017.39

FR: TI_GERICHTE 35.2017.39 du 25 septembre 2017

IT: TI_GERICHTE 35.2017.39 del 25 settembre 2017

Regeste

Assicurato beneficiario di una rendita del 10%, aumentata al 30% a seguito di secondo infortunio. Ricaduta nel 05/2015. Confermata estinzione prestaz. di corta durata da 08/2016, in quanto stato ginocchio sx stabilizzato. Negato aumento rendita in vigore

Erwägungen

E. 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). In virtù dell'art. 11 OAINF, le prestazioni assicurative sono accordate anche in caso di ricadute o conseguenze tardive, i beneficiari di rendite d'invalidità dovendo tuttavia soddisfare le condizioni previste all'art. 21 della legge (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 71 e A. Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Berna 1985, p. 277). A norma dell'art. 21 cpv. 1 LAINF, il beneficiario di una rendita d'invalidità ha diritto, segnatamente, alle prestazioni sanitarie di cui all'art. 10 LAINF, soltanto se: " a. è affetto da malattia professionale; b. soffre di ricaduta o di postumi tardivi e la capacità di guadagno può essere migliorata sensibilmente con cure mediche o queste ne possono impedire una notevole diminuzione; c. abbisogna durevolmente di trattamento e cure per mantenere la capacità residua di guadagno; d. è incapace di guadagno e il suo stato di salute può essere migliorato sensibilmente con cure mediche o queste ne possono impedire un notevole peggioramento". Il cpv. 3 della suddetta disposizione legale recita, da parte sua, che, in caso di ricadute o di postumi tardivi o se l'assicuratore ordina il ripristino della cura medica, il beneficiario della rendita ha diritto anche alle prestazioni sanitarie e al rimborso delle spese. Il beneficiario della rendita, se subisce durante questo periodo una perdita di guadagno, ha diritto all'indennità giornaliera calcolata in base all'ultimo guadagno realizzato prima della nuova cura medica. A questo proposito, va rilevato che, secondo la dottrina, lo specifico riferimento alle ricadute e ai postumi tardivi di cui al cpv. 3 dell'art. 21 LAINF, non significa che il beneficiario della rendita ha diritto alla cura medica, ecc. a prescindere dalla restrizione prevista dall'art. 21 cpv. 1 lett. b LAINF. In questo senso, egli può pretendere ulteriori provvedimenti sanitari soltanto se questi ultimi sono suscettibili di migliorare sensibilmente la sua capacità di guadagno oppure ancora d'impedirne una notevole diminuzione (cfr. A. Maurer, op. cit., p. 386 s.; Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 113; in questo senso, si veda pure la sentenza UV.2013.00066 del 25 novembre 2014 del Tribunale delle assicurazioni del Cantone di Zurigo, consid. 3.1.2). 2.2.2. Nella concreta evenienza, dalle carte processuali si evince che RI 1, beneficiario di una rendita d'invalidità LAINF del 30% a dipendenza dei postumi degli infortuni occorsi nel 1989 e 2000, nel corso del 2015, ha lamentato una recrudescenza dei disturbi al ginocchio sinistro (cfr. doc. 114), riguardo ai

quali l'assicuratore resistente ha ammesso la propria responsabilità a titolo di ricaduta del primo evento infortunistico (e ciò dopo aver sentito il parere del dott. _____, spec. FMH in chirurgia generale e della mano – cfr. doc. 123). Il medico curante specialista, dott. _____, spec. FMH in ortopedia e chirurgia ortopedica, ha attestato un'inabilità lavorativa del 100% a contare dal 15 febbraio 2016 (cfr. doc. 142). Con certificazione del 10 marzo 2016, egli ha precisato che, dalla fine di febbraio 2016, "... la situazione è notevolmente peggiorata con difficoltà a camminare ed in particolare ad inginocchiarsi e portare pesi pesanti. Tenendo conto della professione del paziente, è ovvio che dal 15.2 è totalmente inabile al lavoro attuale e questo probabilmente definitivamente." (allegato al doc. 151). Sentito il 21 aprile 2016 da un funzionario amministrativo, l'insorgente ha in particolare dichiarato che il medico curante gli aveva prospettato l'esecuzione di un impianto di protesi parziale al ginocchio sinistro, con la precisazione però che l'intervento "... è da rimandare per questione di durata della protesi e perché la mia situazione di malattia ancora non permette un tale approccio. I due tumori in testa sono stabili e la loro dimensione non è mutata. L'origine è "grado VHO II leggermente maligna". Ogni 4 mesi sono sottoposto a controllo RM con liquido di contrasto. Sono in cura dal Dr. _____ presso l'Ospedale _____ di _____ (reparto _____)." (doc. 155, p. 2). In data 22 agosto 2016, ha avuto luogo una visita di controllo a cura del dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia. In quell'occasione, il medico di circondario ha refertato un "... ginocchio ben stabile, senza arrossamento o gonfiore. Nessun versamento intra-articolare. Nessuna infiammazione attuale. Leggera dolorabilità alla palpazione nella rima articolare mediale a sinistra.". Quindi, pronunciandosi a proposito dell'ulteriore procedere terapeutico, egli ha espresso le considerazioni seguenti: " (...) Situazione stabile, priva di dolori con ginocchio stabile. Si può optare per una terapia conservativa (medicamenti antidolorifici) per alleviare i dolori occasionali e a carico della CO 1 ed eventualmente una – due serie di fisioterapia all'anno. Ripresa del lavoro nel limite della rendita. In caso in cui la dolorabilità non fosse accettabile si può optare per un intervento di, per esempio, protesizzazione con emipotesi al ginocchio sinistro mediale in breve tempo, e al termine della cura (2-3 mesi) ripresa dell'attività lavorativa nel limite della rendita." (doc. 170, p. 3) Nuovamente interpellato dall'amministrazione, il dott. _____ ha ribadito che lo stato di salute infortunistico si era stabilizzato e che l'assicurato era in grado di esercitare l'attività lavorativa svolta al momento della ricaduta nei limiti della rendita in vigore (cfr. doc. 173). Con la decisione formale del 22 novembre 2016, l'CO 1 ha quindi dichiarato RI 1 completamente abile al lavoro nei limiti della rendita d'invalidità in vigore a decorrere dal 23 agosto 2016, con la precisazione che l'insorgente avrebbe potuto riannunciarsi nel caso in cui si fosse deciso a sottoporsi all'intervento di emipotesizzazione al ginocchio sinistro (doc. 178). In sede di opposizione, l'assicurato ha prodotto un rapporto, datato 22 novembre 2016, dell'ortopedico dott. _____, il quale ha sottolineato la presenza di una "... vera aggravazione della sintomatologia che impedisce l'attività normale residuale del paziente. In conseguenza, per questa problematica è inabile al 100% per un tempo indeterminato e probabilmente a lunga/media scadenza di un intervento maggiore di tipo artroplastica totale e non parziale. Vista l'instabilità del crociato anteriore, intervento che non cambierà la sua capacità lavorativa visto il mestiere esercitato." (allegato al doc. 179). D'altra parte, con certificazione del 5 dicembre 2016, il dott. _____, Caposervizio presso l'Istituto _____ (_____), dopo aver ricordato che il ricorrente è affetto da astrocitomi multipli a livello frontale e che quest'ultimo si è nel frattempo (il 2 novembre 2016) sottoposto a un intervento alla spalla,

ha ritenuto "... possibile che uno stress chirurgico addizionale al recente intervento alla spalla potrebbe determinare una ripresa dell'attività tumorale. Per questo raccomandiamo che l'intervento sul ginocchio non sia effettuato prima che sia completamente recuperato lo stress post operatorio della spalla e quindi non prima di 3-6 mesi." (allegato al doc. 179). Prima dell'emanazione della decisione su opposizione impugnata, l'CO 1 ha chiesto al dott. _____ di prendere posizione in merito alla documentazione medica acquisita nel frattempo. Questo segnatamente il tenore del suo apprezzamento del 7 marzo 2017: " (...) Al contrario di quanto scritto dal dott. med. _____ non si nota né clinicamente, né radiologicamente un peggioramento della situazione del ginocchio. Radiologicamente è chiaramente visibile una situazione stabile con una minima artrosi nella parte femoro-tibiale per la quale ho proposto in caso di peggioramento della situazione una emiprotesi che è chiaramente molto meno invasiva rispetto a una protesi totale. Nella visita effettuata a fine agosto 2016 il ginocchio era ben stabile e privo di irritazioni. Nessun gonfiore, versamento intraarticolare, edema o arrossamento. Per questo si può costatare una abilità lavorativa possibile nei limiti della rendita. Siccome né l'avvocato né il dott. med. _____ hanno portato nuovi argomenti, né hanno mostrato in modo oggettivamente un peggioramento, non vedo indicato un cambiamento della mia presa di posizione. Posso chiarire che nella mia visita non è stata data l'indicazione per una protesizzazione in quanto né radiologicamente né clinicamente si nota un'indicazione a tale procedimento ma ho proposto una terapia conservativa che è indicata in questo stato di salute del signor RI 1 senza causare un ulteriore stress all'assicurato. Se nei prossimi anni dovrebbe peggiorare la situazione del ginocchio, che non è prevedibile in quanto lui lavora solo in modo ridotto, ritornerò sulla mia valutazione precedente. Sono ben d'accordo con la valutazione del dott. med. _____ di aspettare il decorso. In caso di necessità di un intervento, molto probabilmente potrà essere fattibile in quanto eseguito uno per la spalla recentemente senza problemi." (doc. 183, p. 3) In corso di causa, l'istituto convenuto ha prodotto un'ulteriore valutazione del medico di circondario, mediante la quale egli ha risposto alle obiezioni sollevate dall'assicurato con il proprio ricorso. In particolare, il dott. _____ ha negato che i suoi rapporti agli atti presenterebbero una contraddizione di contenuto in merito all'intervento di protesizzazione del ginocchio sinistro, precisando che "non c'era nessuna indicazione al momento della visita, come ben spiegato al signor RI 1 durante la visita del 22.08.2016. Siccome il ginocchio era asciutto, privo di irritazioni, chiaramente non c'era nessuna indicazione per un intervento. Questa dichiarazione non esclude un'eventuale necessità per un futuro intervento come sopra spiegato." (allegato al doc. XI).

2.2.3. 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 Nr. 10 p. 33 ss. e RAMI 1999 U 356 p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente

fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. In una sentenza 8C_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465 consid. 4.4 e consid. 4.7, 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. Trattandosi invece di perizie affidate dagli assicuratori sociali a medici esterni all'amministrazione o a servizi specializzati indipendenti in ossequio alla procedure di cui all'art. 44 LPG, esse godono di piena forza probatoria, a condizione che non esistano indizi concreti che ne mettano in dubbio l'affidabilità (cfr. STF 8C_839/2016 del 12 aprile 2017 consid. 3.2 e 8C_862/2014 del 2 aprile 2015 consid. 3.2 e riferimenti ivi citati). Per quel che concerne il valore probante di un rapporto medico, determinante è che esso sia completo sui temi sollevati, che sia fondato su esami approfonditi, che tenga conto delle censure sollevate dalla persona esaminata, che sia stato redatto in piena conoscenza dell'anamnesi, che sia chiaro nella presentazione del contesto medico e che le conclusioni dell'esperto siano motivate (cfr. SVR 2002 IV Nr. 21 p. 63; DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191ss.; DTF 122 V 160 ss., consid. 1c e riferimenti). L'elemento rilevante per decidere circa il valore probante, non è né l'origine del mezzo di prova né la sua designazione quale rapporto oppure quale perizia, ma semplicemente il suo contenuto (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti). È infine utile osservare che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va, tuttavia, precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (cfr. STFA I 811/03 del 31 gennaio 2005, consid. 5 in fine; STFA I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV Nr. 10 p. 35 consid. 4b). 2.2.4. Nel caso di specie, il ricorrente sostiene che, al momento in cui l'CO 1 ha dichiarato estinto il diritto alle prestazioni di corta durata (agosto 2016), lo stato del ginocchio sinistro non poteva ancora essere ritenuto stabilizzato, entrando in linea di conto un intervento di protesizzazione dello stesso. Su questo aspetto, egli contesta che al parere del medico di circondario possa essere attribuito sufficiente valore probatorio, in quanto i suoi rapporti conterrebbero delle contraddizioni e delle inesattezze (cfr. doc. I). Tutto ben considerato, questa Corte non vede alcun valido motivo per scostarsi dalla valutazione enunciata dal dott. _____, specialista proprio nella materia che qui interessa. Innanzitutto, il TCA non può seguire l'insorgente nella misura in cui pretende che il fiduciario dell'CO 1 sarebbe caduto in contraddizione, nella misura in cui, in occasione della visita di controllo del 22 agosto 2016, avrebbe ammesso l'indicazione a sottoporre l'assicurato a un intervento di protesizzazione del ginocchio sinistro mentre, con l'apprezzamento del 7 marzo 2017, la stessa indicazione è stata negata (cfr. doc. I, p. 7 e doc. XIII). In effetti, così come ha successivamente ben spiegato lo stesso medico di circondario (cfr. doc. 183 e allegato al doc. XI), a margine della visita circondariale dell'agosto 2016, l'indicazione all'intervento era stata posta per il futuro, nell'ipotesi in cui la

situazione del ginocchio sinistro si fosse aggravata. Lo stato oggettivamente a quel momento giustificava soltanto l'applicazione di provvedimenti conservativi (medicazione antalgica e fisioterapia), ma non (ancora) il passo terapeutico in discussione. D'altro canto, per quanto concerne la pretesa, relativamente breve, durata della visita di controllo, è utile segnalare che, secondo la giurisprudenza federale, la durata di una visita medica non è un criterio che permette in sé di giudicare il valore probatorio di un rapporto medico (cfr. DTF 125 V 351 consid. 3a; STF 9C_613/2014 del 30 aprile 2015 consid. 6.1; STF 8C_734/2016 del 12 luglio 2017). Inoltre, a proposito del fatto che il dott. _____ avrebbe ripreso in maniera errata il parere del dott. _____, contenuto nel referto 5 dicembre 2016 (cfr. doc. I, p. 6), il TCA rileva che se è vero che a pagina 2 dell'apprezzamento del 7 marzo 2017 il medico di circondario ha scritto "è impossibile che uno stress chirurgico addizionale al recente intervento alla spalla potrebbe determinare una ripresa di attività tumorale" (quando l'oncologo ha invece sostenuto il contrario – cfr. allegato al doc. 179), è altrettanto vero che si è trattato di una semplice svista, altrimenti non si spiegherebbe perché, a pagina 3 dello stesso documento, egli si è dichiarato "... d'accordo con la valutazione del dott. med. _____ di aspettare il decorso ." (doc. 183, p. 3 – il corsivo è del redattore). Infine, la circostanza che il dott. _____, nella sua nota del 19 ottobre 2016, abbia parlato di un ginocchio destro " non lesionato " (cfr. doc. 173), non consente ancora di concludere a una conoscenza superficiale del caso. Infatti, tanto nel referto relativo alla visita del 22 agosto 2016 (doc. 170, p. 1), quanto nell'apprezzamento del 7 marzo 2017 (doc. 183, p. 1), il medico di circondario ha correttamente indicato che l'11 aprile 2000 l'assicurato era rimasto vittima di un trauma distorsivo al ginocchio destro, a dimostrazione che era ben a conoscenza dei trascorsi infortunistici dell'insorgente. D'altronde, come è stato pertinentemente sottolineato nel rapporto del 22 giugno 2017, egli è stato chiamato dall'amministrazione a valutare lo stato del ginocchio sinistro. Occorre pertanto concludere che le obiezioni sollevate da RI 1 non sono atte a sminuire il valore probatorio riconosciuto al parere del dott. _____. Del resto, ad avvalorare la tesi secondo cui, nell'agosto 2016, l'impianto di protesi al ginocchio sinistro non era (ancora) un provvedimento indicato dal profilo medico, vi è la certificazione 22 novembre 2016 del medico curante specialista del ricorrente, per il quale un intervento di artroplastica totale si sarebbe reso necessario soltanto a " lunga/media scadenza " (cfr. allegato al doc. 179). In esito alle considerazioni che precedono, secondo questo Tribunale, la decisione su opposizione impugnata deve essere confermata, perlomeno nella misura in cui dichiara estinto il diritto alle prestazioni di corta durata a far tempo dal 23 agosto 2016 (ritenute, a quel momento, inadempite le condizioni di cui all'art. 21 cpv. 1 lett. b LAINF, ossia l'esistenza di provvedimenti sanitari atti a migliorare sensibilmente la capacità di guadagno oppure d'impedirne una notevole diminuzione). Accertato che lo stato del ginocchio sinistro si era stabilizzato, il TCA deve ancora esaminare se, chiusa la ricaduta del maggio 2015, l'istituto assicuratore aveva il diritto di negare un aumento della rendita d'invalidità in vigore. 2.3. Aumento della rendita di invalidità in vigore? 2.3.1. Secondo l'art. 17 cpv. 1 LPGA, se il grado di invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente, oppure soppressa, d'ufficio o su richiesta. Questa norma è stata ripresa dall'art. 22 cpv. 1 prima frase vLAINF, il quale prevedeva che se il grado d'invalidità muta notevolmente, la rendita sarà corrispondentemente aumentata, ridotta oppure soppressa. L'art. 22 LAINF - analogamente all'art. 22 cpv. 1 seconda frase vLAINF - recita che, in deroga all'articolo 17 cpv. 1 LPGA, la rendita non può più essere riveduta dal mese in cui gli uomini compiono 65 anni e le donne 62. L'istituto della

revisione ha per scopo l'adeguamento della rendita d'invalidità alle mutate circostanze e non la correzione di errori di commisurazione dell'invalidità di cui sia stata viziata la decisione iniziale o una revisione successiva (Ghélew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), Losanna 1992, p. 114). La revisione presuppone, dunque, che l'invalidità abbia subito sostanziali mutamenti dopo la costituzione della rendita o una sua successiva revisione (DTF 113 V 275 consid. 1a e riferimenti ivi menzionati). Per costante giurisprudenza, il TFA considera che i principi dedotti dall'art. 41 LAI si applicano per analogia pure nell'ambito della revisione delle rendite di invalidità assegnate dall'CO 1, indipendentemente dal fatto che essa sia disciplinata dall'art. 80 LAMI oppure dall'art. 22 LAINF (RAMI 1987 U 32 p. 446s.).

2.3.2. L'invalidità può modificarsi essenzialmente per due ordini di motivi: sia perché cambia lo stato di salute, sia perché il danno alla salute, pur rimanendo immutato, si ripercuote diversamente sulla capacità lucrativa dell'assicurato, ossia sulla sua capacità di procurarsi un guadagno col proprio lavoro (cfr. DTF 130 V 343 consid. 3.5, 126 V 75 consid. 1b, 113 V 275 consid. 1a, 109 V 116 consid. 3b). L'assicurato può, infatti, migliorare, in prosieguo di tempo, le proprie attitudini professionali, acquisire conoscenze che gli consentano l'inserimento in attività meglio remunerate, reperire un posto confacente in modo ideale al suo stato di salute ed alle sue attitudini, ben pagato e sicuro, mettendo in atto una situazione non prevedibile al momento di stabilire il reddito ipotetico da invalido. Oppure le sue capacità di guadagno possono, per motivi diversi, peggiorare.

2.3.3. Il mutamento deve, inoltre, essere notevole. Secondo la giurisprudenza resa prima dell'entrata in vigore della LAINF, la modifica doveva essere apprezzata relativamente al grado di invalidità precedentemente accertato: così, un mutamento del 5% è stato considerato notevole per rapporto ad un'invalidità del 15% ma poco importante per rapporto ad un'invalidità iniziale del 75% (Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 115 e dottrina ivi citata).

2.3.4. Per rivedere una rendita di invalidità non basta un semplice cambiamento passeggero: le circostanze di base devono mutare presumibilmente a lungo termine. In particolare, non è motivo di revisione un temporaneo aumento di guadagno dell'assicurato (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 114).

2.3.5. Nella presente fattispecie, l'amministrazione si è rifiutata di aumentare la rendita d'invalidità assegnata a seguito dei sinistri del 1989 e 2000 (30%) in quanto, tenuto conto dei soli postumi infortunistici, a far tempo dall'agosto 2016, RI 1 sarebbe stato di nuovo in grado di svolgere la sua precedente attività lavorativa (quella che egli esercitava al momento della ricaduta del maggio 2015), nei limiti della rendita in vigore (cfr. doc. 184, p. 6). La decisione dell'CO 1 è fondata sul parere che il proprio medico di circondario ha espresso a margine della visita di chiusura del 22 agosto 2016. In quell'occasione, alla luce dello stato clinico e radiologico oggettivato a livello del ginocchio sinistro, il dott. _____ ha in effetti attestato "... un'abilità lavorativa nella misura del 100% nei limiti della rendita da domani." (doc. 170, p. 4). Egli ha ribadito tale valutazione con l'apprezzamento del 7 marzo 2017, precisando in particolare che "confrontando l'esito della visita di chiusura del 01.10.2001, con conseguente attribuzione delle IR, e i reperti clinici del 20.08.2016 [recte: 22.08.2016, n.d.r.], ne deriva una situazione invariata. Si conferma quindi la mancanza di un netto peggioramento rispetto alla chiusura del caso." (doc. 183, p. 3). Con certificazione del 22 novembre 2016, il medico curante specialista ha sostenuto per contro che, a suo avviso, l'assicurato presenta una totale inabilità lavorativa a tempo indeterminato, a fronte di una "... vera aggravazione della sintomatologia ..." (allegato al doc. 179). Chiamato ora a pronunciarsi, questo Tribunale ritiene che il parere del dott. _____ possa validamente costituire da base al proprio giudizio anche per quanto riguarda la questione della capacità

lavorativa e, d'altra parte, che il rapporto del dott. _____ appena citato non sia atto a generare dei dubbi - nemmeno lievi - circa la fondatezza della conclusione a cui è pervenuto il medico fiduciario, secondo cui non è oggettivamente un peggioramento significativo dello stato di salute dell'assicurato rispetto alla situazione constatata all'epoca della chiusura del caso principale. Determinante, secondo il TCA, è la circostanza che l'incremento della sintomatologia dolorosa - risentito soggettivamente dal ricorrente e, perciò, non apprezzabile - non ha trovato una sufficiente giustificazione sul piano oggettivo, né clinicamente né radiologicamente, così come ha ben evidenziato il medico di circondario (aspetto riguardo al quale la certificazione del medico curante non contiene alcun elemento di valutazione divergente). Questa Corte può dunque esimersi dal disporre ulteriori misure istruttorie, in particolare la richiesta perizia medica pluridisciplinare, ritenendo che le circostanze giuridicamente rilevanti siano già state adeguatamente accertate. In proposito, va ricordato che, per costante giurisprudenza, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato (valutazione anticipata delle prove), si rinuncerà ad assumere altre prove (cfr. STF 9C_632/2012 del 10 gennaio 2013; STF 9C_231/2012 del 24 agosto 2012), senza che ciò costituisca una lesione del diritto di essere sentito sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata). In queste condizioni - assodato che, rispetto alla situazione esistente al momento della costituzione della rendita d'invalidità in vigore, le condizioni di salute infortunistiche di RI 1 sono rimaste pressoché immutate, di modo che anche la capacità lavorativa è restata la medesima - occorre concludere che non sono dati i presupposti per aumentare la rendita per la via della revisione ex art. 17 cpv. 1 LPGA. La decisione su opposizione impugnata merita quindi conferma in questa sede.

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