

TI_GERICHTE 35.2018.53 vom 17. Dezember 2018

TI Tribunale d'appello, 2018-12-17, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2018.53

FR: TI_GERICHTE 35.2018.53 du 17 décembre 2018

IT: TI_GERICHTE 35.2018.53 del 17 dicembre 2018

Regeste

Confermata estinzione diritto a indennità giornaliera nell'ambito di ricaduta: assenza di misure terapeutiche atte a migliorare cap. lav. residua dell'assicurato. Negata revisione della rendita d'invalidità in vigore (esigibilità lav. rimasta immutata)

Erwägungen

E. 49

cpv. 2 della Legge sull'organizzazione giudiziaria (cfr. STF 9C_699/2014 del 31 agosto 2015, in particolare consid. 5.2, 5.3 e 6.1; STF 8C_452/2011 del 12 marzo 2012; STF 8C_855/2010 dell'11 luglio 2011; STF 9C_211/2010 del 18 febbraio 2011, consid. 2.1; 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. Vedi pure: STF 9C_807/2014 del 9 settembre 2015; STF 9C_585/2014 dell'8 settembre 2015). nel merito 2.2. Litigiosa è la questione di sapere se, a dipendenza della ricaduta annunciatagli nel luglio 2017, l'istituto convenuto era legittimato a limitare la corresponsione dell'indennità giornaliera al 7 agosto 2017 e a negare un aumento della rendita d'invalidità in vigore, oppure no. 2.3. Diritto all'indennità giornaliera dopo il 7.8.2017? 2.3.1. Determinata la rendita, le prestazioni sanitarie e il rimborso delle spese (art. 10 a 13) sono accordati, a norma dell'art. 21 cpv. 1 LAINF, se il beneficiario è affetto da malattia professionale (lett. a), 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 (lett. b), abbisogna durevolmente di trattamento e cure per mantenere la capacità residua di guadagno (lett. c) o 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 (lett. d). Secondo l'art. 21 cpv. 3 LAINF, in caso di ricadute e 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 (art. 10 a 13). 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. Nella DTF 140 V 65 consid. 4.2, il Tribunale federale ha stabilito che, in caso di applicazione dell'art. 21 cpv. 3 LAINF, l'estinzione del diritto alle prestazioni di corta durata e, quindi, l'esame dell'eventuale aumento della rendita d'invalidità in vigore, avvengono alla chiusura della cura medica, come già era stato il caso al momento della prima assegnazione di rendita ("Bei Rückfällen und Spätfolgen hat der Rentenbezüger gemäss Art. 21 Abs. 3 UVG Anspruch auf die Pflegeleistungen und Kostenvergütungen, wobei er bei einer allfälligen Verdiensteinbusse

ebenfalls ein Taggeld erhält. Damit soll wiederum die Zeit bis zum Abschluss der Heilbehandlung, gestützt auf welchen über die Rentenerhöhung entschieden werden kann, überbrückt werden. Die Erhöhung der Rente hat wie bei der erstmaligen Rentenzusprechung auf den Zeitpunkt des Abschlusses der Heilbehandlung hin zu erfolgen.”). Al riguardo, è utile rilevare che il diritto alle cure cessa qualora dalla loro continuazione non sia da attendersi un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato (art. 19 cpv. 1 seconda frase LAINF), un miglioramento insignificante non basta. Non vi è un sensibile miglioramento delle condizioni di salute, se la misura terapeutica in questione è in grado soltanto di alleviare momentaneamente dei dolori causati da uno stato altrimenti stazionario (cfr. STF 8C_50/2018 del 20 luglio 2018 e riferimenti ivi menzionati). 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).

2.3.2. Nel caso di specie, l’amministrazione sostiene che lo stato del ginocchio destro si sarebbe stabilizzato, al più tardi, al momento del consulto del 7 agosto 2017 presso il dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia, di modo che è a quel momento che è venuto meno il diritto all’indennità giornaliera (doc. 307, p. 4 – fasc. 1). Dalle tavole processuali risulta che, il 7 agosto 2017, RI 1 ha in effetti privatamente consultato il dott. _____, il quale ha rilevato che, alla luce degli accertamenti eseguiti nel frattempo (radiografie e RMN), lo stato del ginocchio destro non evidenziava “... strutturalmente (...) dei gravi progressivi peggioramenti tali da far sospettare un deterioramento osteoartrosico marcato. Ritrovo piuttosto un’attivazione della sintomatologia, probabilmente facilitata dalla tipologia di attività professionale a lungo in posizione eretta in questo paziente in sovrappeso, che rispetto a 4 anni fa ha una presa ponderale di circa 13-14 kg.”. In merito all’ulteriore procedere terapeutico, lo specialista ha consigliato “... un’attitudine conservatrice con una medicazione antalgica-antinfiammatoria per os e locale, condroprotettivi, quindi un programma fisioterapico dolce, eventualmente combinabile con attività in acqua, associato ad un’infiltrazione intraarticolare con anestetico locale, derivato corticoide + viscosupplementazione ...”. Egli ha peraltro esplicitamente escluso “... indicazioni operatorie complementari tali da modificare la situazione.” (doc. 211 – fasc. 1). Il 28 dicembre 2017, l’insorgente è stato visitato dal PD dott. _____, responsabile della chirurgia del ginocchio presso la Clinica _____ di _____. Dal relativo referto risulta che lo specialista ha refertato dei chiari segni d’attivazione di un’incipiente gonartrosi post-traumatica. A suo avviso, però, il gonfiore del ginocchio non poteva essere spiegato soltanto dalle lesioni osteocondrali, consigliando perciò un consulto reumatologico. Egli ha inoltre suggerito di proseguire con le terapie conservative, escludendo l’esecuzione sia di un impianto protesico sia di un’osteotomia correttiva (doc. 271 – fasc. 1). Una nuova consultazione presso la Clinica _____ ha avuto luogo il 1° marzo 2018. In quell’occasione, il dott. _____, Capoclinica di ortopedia, ha rilevato che l’CO 1 avrebbe dovuto disporre una valutazione in materia di medicina del lavoro, in quanto, a suo avviso, un’attività lavorativa pesante dal profilo dell’impegno fisico, da svolgere in posizione prevalentemente eretta, non entrava più in linea di conto (doc. 297 – fasc. 1). In data 27/28 marzo 2018, l’insorgente è stato sottoposto a una valutazione della capacità funzionale presso la Clinica _____ di _____, per conto dell’istituto assicuratore resistente. Con rapporto del 29 marzo 2018, il dott. _____, spec. FMH in reumatologia, ha osservato che “da un punto di vista oggettivo il paziente è dunque guarito

molto bene sia per quanto riguarda la lesione al ginocchio sia per quanto riguarda la lesione al polso. Le lamentele attuali e le limitazioni funzionali che ne derivano non hanno un correlato oggettivo proporzionato all'entità delle stesse e sono da interpretare prevalentemente nell'ambito di un fenomeno di amplificazione di sintomi (verificata ai test) rispettivamente di una volontaria esagerazione di sintomi. Un'obesità molto severa può contribuire negativamente ad amplificare piccoli problemi meccanici residui al ginocchio destro e, anamnesticamente, ora anche al ginocchio sinistro. (...). Riguardo al risultato dei test, questi confermano la presenza di un'amplificazione di sintomi di alto grado. Vi sono molte discordanze e inconsistenze. In presenza di una amplificazione di sintomi importante ma anche di una collaborazione molto parziale, i risultati dei test non sono interpretabili. (...). Fa dunque stato la valutazione medico-teorica della capacità lavorativa.” Quindi, da un punto di vista medico-teorico, il dott. _____ ha dichiarato l'assicurato totalmente abile al lavoro per qualunque attività che non implichi eccessivi movimenti di flessione-estensione delle ginocchia in carico, la posizione inginocchiata prolungata, il ripetitivo salire e scendere le scale, nonché spostamenti su terreni accidentati e di lunga durata (doc. 302 – fasc. 1). Con apprezzamento del 24 aprile 2018, il dott. _____, spec. FMH in chirurgia, ha sostenuto che “sulla base di tali dati convergenti sia da un punto di vista strumentale sia da un punto di vista clinico, e dai risultati dei test funzionali effettuati presso la Clinica _____, appare evidente come non vi sia alcun peggioramento che possa essere rilevato e che quindi motivi una nuova esigibilità lavorativa. Anzi l'esigibilità lavorativa espressa durante i test alla visita a _____ è addirittura più stringente di quella effettuata dal medico _____ all'ultima visita medico-_____ del 05.07.2016. In particolare non solo l'attività assicurata è esigibile ma anche quella a cui era adibito in luglio 2017 quale programma occupazionale (sicurezza stradale, dove non doveva alzare pesi e camminare su terreni sconnessi). In attività idonee può essere confermata una capacità lavorativa totale. Pertanto si ritiene che l'esigibilità a suo tempo espressa sia non solo adeguata, ma decisamente calzante anche per le ultime rilevazioni effettuate circa l'attività assicurata.” (doc. 305 – fasc. 1). Ulteriore documentazione medica è stata prodotta in corso di causa. In occasione della visita del 16 maggio 2018 presso l'Ambulatorio di traumatologia e ortopedia dell'Ospedale _____ di _____, il dott. _____, Capoclinica, ha discusso con il ricorrente le opzioni terapeutiche ancora aperte, precisando che l'impianto di protesi totale del ginocchio presupponeva un significativo calo ponderale. All'assicurato è quindi stata prescritta fisioterapia per mobilizzazione del ginocchio destro, nonché l'assunzione di medicinali antidolorifici (doc. L). Dalle certificazioni 14 maggio, 5 giugno e 11 luglio 2018 del dott. _____, spec. FMH in medicina interna generale, non emergono nuovi e rilevanti elementi di valutazione (cfr. doc. N, O e V 3). Il 28 giugno e il 5 luglio 2018 hanno avuto luogo delle ulteriori consultazioni presso l'Ambulatorio di traumatologia e ortopedia dell'Ospedale _____ di _____, a margine delle quali i dottori _____ e _____, Capoclinica rispettivamente Viceprimario dello stesso, hanno stabilito d'inviare l'assicurato “... ad un controllo nutrizionistico e valutare l'opportunità o la compliance per una cura di calo ponderale; una volta raggiunta una massa con index inferiore ai 40 ci rendiamo disponibili ad eseguire un intervento chirurgico che possa portare alla risoluzione o al miglioramento del quadro clinico stesso; trattasi comunque di interventi chirurgici a carattere graduale, intendo la possibilità di dover eseguire prima un'artroscopia valutativa per confermare la corretta indicazione chirurgica ad un eventuale intervento sostitutivo di artro-protesi qualora gli altri trattamenti chirurgici fossero falliti. È

una condizione clinica dolorosa del paziente dal punto di vista lesivo intra-articolare e può giustificare la sintomatologia dolorosa del paziente anche se aggravata da ulteriori componenti percettive non direttamente correlabili ad una patologia ortopedica.” (doc. V 2). Con rapporto relativo alla visita del 23 agosto 2018, il dott. _____ ha posto l’indicazione chirurgica, considerate la sintomatologia denunciata dal ricorrente al ginocchio destro e l’inutilità dei trattamenti conservativi sino ad allora applicati (doc. IX 1). Con referto del 19 settembre 2018, il dott. _____ ha auspicato che l’assicuratore chiedesse un secondo parere a uno specialista del ginocchio in merito all’ulteriore procedere terapeutico (doc. XIII 2). In data 3 ottobre 2018, RI 1 ha consultato i reumatologi della Clinica _____ di _____, i quali hanno posto la diagnosi d’incipiente gonartrosi laterale destra. Il ginocchio destro non presentava disturbi di natura infiammatoria, né una CRPS. Al momento della visita, non era neppure presente un versamento intrarticolare, di modo che non si è potuto procedere a una puntione e relativa analisi. A loro avviso, l’assicurato soffre soprattutto per la perdita del posto di lavoro e per la difficile situazione finanziaria in cui versa la sua famiglia. Gli specialisti zurighesi hanno ritenuto prematuro l’impianto di una protesi vista l’età del paziente e, pertanto, consigliato una terapia conservativa (riabilitazione stazionaria o ambulatoriale, nonché misure antalgiche), come pure un sostegno psicologico/psichiatrico. Essi hanno infine negato che il ricorrente sia in grado di svolgere un lavoro fisicamente pesante ma, d’altra parte, hanno auspicato che egli possa essere reintegrato in un’attività lavorativa quotidiana (doc. XV 1). Con apprezzamento del 12 novembre 2018, i dottori _____ e _____, attivi presso il Centro _____ di _____, hanno negato che sia indicato sottoporre l’insorgente all’artroscopia prospettata dal dott. _____ e, d’altra parte, dichiarato stabilizzato lo stato del ginocchio destro (doc. XIX 1, p. 8: “Sì, gli accertamenti effettuati nel corso degli anni mostrano una frattura del piatto tibiale esterno guarita e con lievi alterazioni della cartilagine, attribuibili a lesioni post-infortunistiche, che rimangono stabili.”). Con referto del 29 ottobre 2018, i dottori _____ e _____, Viceprimario, rispettivamente Capoclinica, dell’Unità di traumatologia e ortopedia dell’Ospedale _____ di _____, hanno dichiarato che “l’indicazione sarebbe quella di una protesi monocompartimentale esterna di ginocchio che però al momento dato l’eccessivo peso del paziente sarebbe rischiosa. Chiediamo quindi al collega Dr. _____ di convocare il paziente per una visita e una eventuale programmazione chirurgica. Noi rivedremo il paziente una volta eseguita la visita in chirurgia bariatrica.” (doc. XXIII 1). 2.3.3. Chiamato a pronunciarsi nella concreta evenienza, il TCA constata che dalla documentazione medica esposta al considerando precedente emerge che, fatta eccezione per i sanitari dell’Ambulatorio di traumatologia e ortopedia dell’Ospedale _____ di _____ (cfr. doc. V 2, doc. IX 1 e doc. XIII 2), tutti gli altri specialisti chiamati a pronunciarsi circa l’ulteriore procedere terapeutico, hanno negato, allo stato attuale delle cose, l’indicazione a sottoporre l’insorgente a un intervento chirurgico, segnatamente a un intervento di protesizzazione del ginocchio destro, privilegiando un approccio meramente conservativo. Si è espresso in questo senso il chirurgo ortopedico dott. _____ a margine della visita del 7 agosto 2017 (doc. 211), il cui parere è poi stato confermato, in particolare, dal PD dott. _____ (doc. 271) e dai reumatologi della Clinica _____ (doc. XV 1), tutti specialisti che sono stati privatamente consultati dall’assicurato stesso. Da notare che anche il dott. _____, il cui (secondo) parere era stato sollecitato proprio dal dott. _____ dell’Ambulatorio di _____ (cfr. doc. XIII 2), ha rilevato che l’indicazione a sottoporre RI 1 a un impianto di protesi

monocompartimentale del ginocchio, è condizionata a una significativa perdita di peso da parte sua (per questa ragione è poi stato disposto un consulto di chirurgia bariatrica) (doc. XXIII 1). Ora, tenuto conto che, secondo la giurisprudenza federale precedentemente citata (cfr. supra, consid. 2.3.1.), il diritto alle prestazioni di corta durata si estingue, anche nell'ambito dell'art. 1° art. 21 cpv. 3 LAINF, al momento della chiusura della cura medica ai sensi dell'art. 19 cpv. 1 LAINF e considerato che, nel caso sub iudice, è stata dimostrata con un sufficiente grado di verosimiglianza l'assenza di provvedimenti terapeutici atti a migliorare la capacità lavorativa residua del ricorrente, questa Corte non può che confermare la decisione dell'CO 1 di porre fine al pagamento dell'indennità giornaliera, al più tardi, a contare dall'8 agosto 2017. Pertanto, nella misura in cui l'assicurato ha inteso pretendere la corresponsione di ulteriori indennità giornaliere oltre a quelle già riconosciutegli, la sua impugnativa deve essere respinta.

2.4. Aumento della rendita d'invalidità in vigore?

2.4.1. 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).

2.4.2. 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. Secondo la giurisprudenza federale, anche il reddito da valido può essere liberamente riesaminato nell'ambito di una revisione della rendita, senza alcun vincolo all'originaria decisione di rendita (cfr. STFA U 183/02 del 26 maggio 2003 consid. 6.2).

2.4.3. 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% (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 115 e dottrina ivi citata).

2.4.4. 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). 2.4.5. La questione di sapere se si è prodotto un simile cambiamento deve essere vagliata comparando le circostanze esistenti al momento dell'ultima decisione cresciuta in giudicato, fondata su un esame materiale del diritto alla rendita con un accertamento dei fatti pertinenti, un apprezzamento delle prove e un raffronto dei redditi conforme al diritto, e le condizioni esistenti all'epoca in cui è stata rilasciata la decisione litigiosa (cfr. cfr. consid. 2.3 non pubblicato della DTF 139 V 585; DTF 133 V 108 consid. 5; STF 9C_985/2008 del 20 luglio 2009 consid. 4, 9C_148/2007 del 21 gennaio 2008 consid. 3.2). Tanto nel fissare inizialmente la rendita di invalidità quanto nel rivederla successivamente si deve ipotizzare un mercato del lavoro in condizioni di normalità, cioè essenzialmente equilibrato. I mutamenti congiunturali, il passaggio, ad esempio, da una fase di recessione a una di crescita economica, non sono motivo di revisione. Non si tiene parimenti conto, né prima né dopo, di fattori estranei al danno della salute. Ad esempio, le scarse conoscenze scolastiche, le difficoltà linguistiche, le insufficienti attitudini professionali, ecc., non sono rilevanti ai fini della commisurazione dell'invalidità. Ciò che importa è la diminuzione della capacità di guadagno, presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica conseguente ad infortunio. Sola conta, infatti, per la determinazione dell'invalidità, l'incapacità lucrativa in nesso causale con il danno alla salute (che, a sua volta, nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni, deve essere in relazione causale con l'infortunio).

2.4.6. Nella concreta evenienza, a seguito dell'infortunio del 19 maggio 2009, l'assicurato è stato posto al beneficio, segnatamente, di una rendita di invalidità del 18% a far tempo dal 1° maggio 2013. Dalle carte processuali emerge che il grado d'invalidità del ricorrente è stato stabilito in applicazione del metodo ordinario del raffronto dei redditi. In effetti, il reddito che egli avrebbe conseguito senza l'infortunio, continuando a lavorare come asfaltatore (reddito da valido: fr. 57'982) è stato raffrontato al reddito che avrebbe potuto realizzare in un lavoro più leggero per tutto il giorno (ad es., l'operaio di fabbrica, il cassiere, l'aiuto stampatore, l'operaio di spedizione e il magazziniere; reddito da invalido determinato secondo le DPL: fr. 47'613). La rendita d'invalidità in vigore è poi stata sottoposta a revisione nel 2016, a seguito dell'infortunio occorso nel marzo 2014. In quell'ambito, la rendita è stata confermata, in quanto i postumi infortunistici residuali a livello dell'arto superiore sinistro, sommatasi a quelli interessanti il ginocchio destro, non sono stati ritenuti atti a modificare in maniera apprezzabile l'esigibilità lavorativa stabilita in occasione della chiusura del primo infortunio (la corrispondente decisione dell'CO 1 è stata del resto confermata da questo Tribunale con la sentenza 35.2017.41 del 25 settembre 2017, cresciuta in giudicato).

2.4.7. Al precedente considerando sono state esposte le circostanze che giustificarono, all'epoca, l'assegnazione (e, nel 2016, la conferma) di una rendita di invalidità del 18%. Si tratta ora di esaminare la situazione esistente fino al maggio 2018, momento in cui è stata emanata la decisione su opposizione impugnata. L'amministrazione sostiene che lo stato del ginocchio destro, oggetto dell'annuncio di ricaduta del luglio 2017, non sarebbe oggettivamente peggiorato in misura tale da determinare una modifica dell'esigibilità lavorativa stabilita a margine della visita di chiusura del 5 luglio 2016 (capacità lavorativa del 100% in attività idonee), di modo che non sarebbero parimenti dati i presupposti per aumentare la rendita d'invalidità in vigore (doc. 307, p. 4 – fasc. 1). Secondo il TCA, quanto fatto valere dall'istituto resistente trova in effetti riscontro nella documentazione medica agli atti, così come è stato correttamente sottolineato dal dott. _____ nel suo apprezzamento del 24 aprile 2018 (doc. 305, p. 6 – fasc. 1): “Sulla base di tali dati convergenti sia da un punto di vista strumentale sia da un punto di vista clinico, e dai risultati dei test funzionali effettuati presso la Clinica

_____ , appare evidente come non vi sia alcun peggioramento che possa essere rilevato e che quindi motivi una nuova esigibilità lavorativa. ” – il corsivo è del redattore; dello stesso autore, si vedano pure le note di cui ai doc. 220 e 243 – fasc. 1). I “dati convergenti” a cui ha fatto riferimento il medico di _____ dell’CO 1, sono quelli che risultano dal rapporto 7 agosto 2017 del dott. Lafranchi (doc. 211, p. 2 – fasc. 1: “Sulla base dei dati anamnestici, clinici e radiologici, il paziente presenta sempre delle alterazioni articolari condrali, soprattutto retropatellari e laterali dopo un evento traumatico avvenuto nel 2009 con frattura del piatto tibiale e rotula, trattata conservativamente, che non rivela strutturalmente al bilancio radiologico e di RM dei gravi progressivi peggioramenti tali da far sospettare un deterioramento osteoartrosico marcato .” – il corsivo è del redattore) e dalla valutazione della capacità funzionale effettuata dal reumatologo dott. Badaracco sull’arco di due giornate nel mese di marzo 2018 (doc. 302, p. 9 – fasc. 1: “ Le limitazioni fisiche dimostrate non sono spiegabili con i reperti oggettivi patologici, con i risultati degli esami strumentali o con le diagnosi somatiche . (...). Da un punto di vista medico-teorico l’assicurato è abile al lavoro a tempo pieno per qualunque attività . (...). ... tenendo conto del fatto che piccoli problemi meccanici a livello di un’articolazione che ha avuto una frattura intraarticolare non sempre sono completamente rilevabili alle immagini, il lavoro esigibile non dovrebbe richiedere eccessivi movimenti di flessione-estensione delle ginocchia in carico e la posizione inginocchiata prolungata. Nei limiti del possibile il lavoro non dovrebbe richiedere in modo molto ripetitivo il salire e scendere le scale, spostamenti su terreni accidentati e spostamenti a piedi di molti km ogni giorno. Allo stesso tempo dovrebbero essere evitati movimenti che richiedano molta forza con il polso sinistro e siano molto ripetitivi.” – il corsivo è del redattore). Analoghe indicazioni si evincono pure dal referto 10 ottobre 2018 del Viceprimario di reumatologia della Clinica _____ , il quale ha innanzitutto affermato che, alla luce degli esiti degli accertamenti compiuti, il principale problema dell’assicurato consiste nella perdita del posto di lavoro e nelle conseguenti difficoltà finanziarie. Egli ha inoltre rilevato che sebbene il ricorrente non sia più in grado di svolgere una professione fisicamente pesante, circostanza che peraltro nessuno contesta, sarebbe sicuramente importante una sua reintegrazione in un’attività lavorativa quotidiana (doc. XV 1). Le restanti certificazioni a disposizione, segnatamente quelle prodotte con il ricorso e in corso di causa, non appaiono atte a giustificare una diversa conclusione, e ciò nella misura in cui nessuno pretende che il ginocchio destro sarebbe peggiorato a tal punto da impedire all’assicurato lo svolgimento a tempo pieno di un’attività lavorativa adeguata. Ora, posto che le condizioni di salute infortunistiche non hanno subito oggettive e significative modifiche rispetto a quanto constatato al momento della revisione della rendita susseguente al secondo infortunio e che anche l’esigibilità lavorativa è rimasta la medesima, non sono dati i presupposti per aumentare la rendita d’invalidità in vigore per la via della revisione ex art. 17 cpv. 1 LPG. In queste condizioni, il TCA può esimersi dal disporre ulteriori misure istruttorie, 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). La decisione su opposizione impugnata merita conferma anche su questo punto.

2.5. Con la propria impugnativa, l'assicurato ha chiesto che anche l'entità dell'IMI venga ridefinita, tenuto conto del preteso aggravamento dello stato del ginocchio destro (cfr. doc. I). Tale aspetto non è stato affrontato nella decisione su opposizione impugnata, motivo per cui il TCA non è legittimato a pronunciarsi al riguardo. Su questo punto, il ricorso va pertanto dichiarato irricevibile.

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