

TI_GERICHTE 35.2018.75 vom 3. Juli 2019

TI Tribunale d'appello, 2019-07-03, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2018.75

FR: TI_GERICHTE 35.2018.75 du 3 juillet 2019

IT: TI_GERICHTE 35.2018.75 del 3 luglio 2019

Erwägungen

E. 2

Cost. le parti hanno diritto di essere sentite. Per costante giurisprudenza (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008 consid. 4.2), 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 132 V 387, 127 V 219, 127 V 431, 127 I 56, 126 V 130). Il diritto di essere sentito comprende l'obbligo per l'autorità di motivare le proprie decisioni. Tale obbligo ha lo scopo, da un lato, di porre la persona interessata nelle condizioni di afferrare le ragioni poste a fondamento e di poterlo impugnare con cognizione di causa, e dall'altro, di permettere all'autorità di ricorso di esaminare la fondatezza della decisione medesima. Ciò non significa che l'autorità sia tenuta a pronunciarsi in modo esplicito ed esaustivo su tutte le argomentazioni addotte; essa può occuparsi delle sole circostanze rilevanti per il giudizio, atte ad influire sulla decisione (STF U 397/05 del 24 gennaio 2007 consid. 3.2 con riferimenti). Infine, ai sensi della giurisprudenza, una violazione di tale diritto - nella misura in cui essa non sia di particolare gravità - è tuttavia da ritenersi sanata qualora l'interessato abbia la facoltà di esprimersi innanzi ad un'autorità di ricorso che gode di piena cognizione. La riparazione di un eventuale vizio deve comunque avvenire solo in via eccezionale (DTF 127 V 431 consid. 3d/aa p. 437; cfr. STCA 32.2017.56 del 19 ottobre 2017 consid. 2.2). Chiamato a pronunciarsi, il TCA rileva innanzitutto che se è vero che, al termine dell'incontro del 17 ottobre 2017, l'avv. RA 1 aveva auspicato l'organizzazione di un ulteriore colloquio una volta chiariti determinati aspetti della fattispecie (cfr. doc. 447, p. 2 – fasc. 6), è altrettanto vero che lo stesso patrocinatore, nel prosieguo, in particolare in sede di opposizione alla decisione formale del 16 aprile 2018 (cfr. doc. 475 – fasc. 6), non ha più ribadito tale richiesta. D'altro canto, va segnalato che né l'art. 29 cpv. 2 Cost. (cfr. DTF 134 I 140 consid. 5.3 e i riferimenti ivi citati) né l'art. 42 LPGa (cfr. STFA C 128/04 del 20 settembre 2005, pubblicata in SVR 2006 ALV Nr.

E. 5

p. 15) conferiscono il diritto di essere sentiti oralmente. In concreto, il ricorrente ha avuto modo di far valere ampiamente le proprie ragioni per iscritto, dapprima, nel quadro della procedura di opposizione e, successivamente, anche in quella dinanzi a questo Tribunale. Pertanto, nel solo fatto che l'istituto assicuratore non ha dato seguito alla domanda di audizione personale dell'insorgente, non può essere ravvisata una violazione del suo diritto di essere sentito. Non si è inoltre confrontati a un caso in cui delle circostanze particolari legate alla personalità dell'assicurato avrebbero eccezionalmente imposto una sua audizione orale (cfr. DTF 122 II 464 consid. 4c). Questa Corte non ravvede una violazione del diritto

di essere sentito dell'assicurato nemmeno nella circostanza che, nella decisione su opposizione, l'CO 1 non ha preso posizione in merito alla pretesa assunzione dei costi legati all'impianto di un neuromodulatore spinale. Ciò corrisponde al vero. Le ragioni che hanno indotto l'amministrazione a negare al riguardo il proprio benessere dovevano tuttavia essere chiare al rappresentante dell'assicurato, visto che la comunicazione del 9 aprile 2018 rinviava esplicitamente, per la relativa motivazione, all'apprezzamento 7 marzo 2018 dei neurologi dottori _____ e _____, allegato alla medesima (cfr. doc. 462). 2.3. Nel merito, l'insorgente contesta in primo luogo il fatto che l'assicuratore LAINF abbia negato la propria responsabilità a proposito dei disturbi localizzati al rachide lombo-sacrale e a quelli cervico-brachiali (doc. I, p. 28). Al riguardo, il TCA constata innanzitutto che la decisione formale del 16 aprile 2018 e la decisione su opposizione che l'ha confermata riguardano esclusivamente l'infortunio occorso all'assicurato in data 15 agosto 1980 (cfr. doc. 464, p. 1 – fasc. 6: “Sinistro: _____” e doc. 492, p. 1 – fasc. 6: Riferimento _____” – il corsivo è del redattore). D'altro canto, va rilevato che la decisione di negare l'esistenza di un nesso di causalità naturale tra questo evento traumatico e le problematiche a livello lombare e cervicale, trova fondamento nel rapporto relativo alla visita di controllo del 29 settembre 2017 eseguita dal dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia, il quale ha classificato la sindrome lombovertebrale cronica e la cervicgia cronica di origine spondilogeno sotto le “diagnosi non di competenza CO 1” (cfr. doc. 440, p. 5 – fasc. 6), e nell'apprezzamento 7 marzo 2018 dei neurologi dottori _____ e _____, secondo i quali “... sind die lumbosakralen und die zervikobrachialen Schmerzen und die Kopfschmerzen nicht überwiegend wahrscheinlich Unfallzusammenhang stehend und bestimmen zurzeit aber überwiegend die angegebene Gesamtbeschwerdesymptomatik des Versicherten.” (doc. 461, p. 8 – fasc. 6). Questa Corte ritiene di poter validamente fondare il proprio giudizio su queste valutazioni mediche. Trattandosi dei disturbi lombari, è utile segnalare che i dottori _____ e _____, periti giudiziari nell'ambito della causa 35.2011.9, il cui parere è stato fatto proprio da questa Corte nella pronuncia del 12 dicembre 2012, interrogati a proposito dell'esistenza di una relazione causale tra i disturbi lombari e l'infortunio del 1980, avevano dichiarato che “die klinischen und radiologischen Abklärungen ergeben klare degenerative Veränderungen und keine Hinweise auf irgendwelche posttraumatischen Veränderungen im Bereich der LWS. Entsprechend sind die heutigen Beschwerden im Bereich der LWS im Rahmen einer degenerativen Erkrankung zu sehen.” (cfr. doc. 415, p. 31 s. – fasc. 3 – il corsivo è del redattore). Essi avevano inoltre precisato che il ricorrente a quel livello presentava già antecedentemente all'infortunio del 2009 uno stato degenerativo da ricondurre alla malattia di Baastrup di cui è affetto (e pertanto non a eventuali lesioni residuali dell'infortunio dell'agosto 1980, il quale aveva d'altronde interessato una parte diversa del corpo) (cfr. doc. 415, p. 26 – fasc. 3: “Die Problematik im Bereich der LWS muss auf Grund der neuen Röntgenbilder heute mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als nicht mehr unfallkausal betrachtet werden. Durch den Unfall vom 27.04.2009 kam es zu einer vorübergehenden Verschlimmerung von vorbestehenden degenerativen Veränderungen der LWS. Erfahrungsgemäss kann diese Verschlimmerung bis maximal 12 Monate nach der Prellung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als unfallkausal betrachtet werden. Nachher wird diese unfallbedingte Verschlimmerung vom schicksalhaften Verlauf der degenerativen Veränderungen abgelöst, bei Herrn RI 1 von den Beschwerden des M. Baastrup.” – il corsivo è del redattore) che era stato soltanto temporaneamente peggiorato dal sinistro appena menzionato (nella sentenza in questione, cresciuta incontestata in

giudicato, il TCA ha in effetti ritenuto accertato che RI 1 aveva raggiunto lo status quo sine a distanza di 6 mesi dall'infortunio dell'aprile 2009 – cfr. doc. 431, p. 10 s. – fasc. 3). Il fatto che, nel novembre 2016, sentito preliminarmente il parere del medico _____ (doc. 384 – fasc. 5), l'CO 1 abbia accordato il proprio benessere all'intervento di stabilizzazione L5-S1 proposto dal dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia (doc. 386 – fasc. 5), non è atto a giustificare una diversa soluzione. In effetti, nella DTF 130 V 380, l'Alta Corte ha stabilito che l'assicuratore infortuni ha la possibilità di porre fine, con effetto ex nunc et pro futuro, al proprio obbligo prestativo, inizialmente riconosciuto mediante il versamento d'indennità giornaliera e l'assunzione di spese di cura, senza doversi richiamare a un motivo di revoca (riconsiderazione o revisione processuale). Per quanto concerne invece i disturbi a livello del rachide cervicale, il TCA constata che nemmeno il rappresentante del ricorrente sostiene che essi sarebbero in qualche modo addebitabili al sinistro del 1980, il quale non ha interessato quella parte del corpo. D'altro canto, nella misura in cui l'avv. RA 1 sostiene che la problematica in questione costituirebbe una conseguenza naturale dell'infortunio del maggio 2008 (opinione che parrebbe del resto essere condivisa anche dal chirurgo ortopedico dott. _____ – doc. XXIII 1: “Sindrome cervico-vertebrale postraumatica dopo incidente da decelerazione”) (cfr. doc. X: “Il pregiudizio alle vertebre [cervicali, n.d.r.] risulta poi effettivamente assicurato dalla CO 1 (9) ed in concreto con il numero di sinistro _____.” – il corsivo è del redattore), questo aspetto esula dall'oggetto litigioso, così come è definito dalla decisione impugnata. In questo senso, va segnalato che, a fronte della richiesta di copertura dei costi legati all'intervento di decompressione e stabilizzazione cervicale eseguito il 23 novembre 2018 (cfr. doc. XXIII 1), con comunicazione del 29 ottobre 2018, l'amministrazione ne ha rifiutato l'assunzione, negando l'esistenza di una relazione causale certa o probabile con l'evento del 1° maggio 2008 (allegato al doc. XVI). Visto il disaccordo manifestato dall'assicurato al riguardo, l'CO 1 dovrà quindi procedere, sempre che nel frattempo non vi abbia già provveduto, a emanare una decisione formale ex art. 49 LPG. In esito a tutto quanto precede, nella misura in cui l'insorgente chiede che l'assicuratore convenuto sia tenuto a riconoscere la propria responsabilità in relazione ai disturbi localizzati al rachide lombo-sacrale, la sua impugnativa va respinta. Deve invece essere dichiarata irricevibile nella misura in cui vi si pretende che l'amministrazione assuma la problematica cervico-brachiale. 2.4. RI 1 chiede, in secondo luogo, che l'istituto assicuratore resistente si assuma i costi legati al neuromodulatore spinale, il cui impianto verrebbe consigliato dai suoi medici curanti specialisti (doc. I, p. 28). Secondo l'art. 10 cpv. 1 LAINF, l'assicurato ha diritto alla cura appropriata dei postumi d'infortunio, segnatamente ai mezzi ed agli apparecchi occorrenti per la sua guarigione (lett. e). Per “mezzi ed agli apparecchi occorrenti per la sua guarigione” s'intendono gli strumenti terapeutici che non sono né dei medicinali né delle analisi né dei mezzi ausiliari volti a compensare un pregiudizio fisico o funzionale (art. 11 LAINF). Si tratta segnatamente delle protesi e dei mezzi ausiliari provvisori (ad esempio, le stampelle), come pure degli apparecchi considerati quali cure fornite da un medico o facenti parte integrante del trattamento (cfr., in questo senso, A. Ghélew/O. Ramelet/J.-B. Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), Losanna 1992, p. 74; KOSS – Hürzeler/Kieser, art.

E. 10

LAINF, n. 13; M. Lanz, Leistungen und Grundsätze im Hilfsmittelrecht der schweizerischen Sozialversicherung, in SZS 2016, p. 116, n. 179). Nella concreta evenienza, secondo questa Corte, il neurostimolatore spinale rientra proprio nella categoria

di prestazioni di cui alla lett. e dell'art. 10 cpv. 1 LAINF (e non in quella dei mezzi ausiliari), tenuto conto che prevale l'aspetto terapeutico (del resto, secondo i medici curanti specialisti, il neurostimolatore servirebbe da alternativa alla farmacoterapia), rispetto a quello consistente nella compensazione di un pregiudizio fisico o funzionale. La cura deve essere medicalmente indicata e scientificamente riconosciuta (KOSS – Hürzeler/Kieser, art. 10 LAINF, n. 8) Nella presente fattispecie, va innanzitutto precisato che da parte del dott. _____, Responsabile del Centro _____, è stata posta per il momento l'indicazione per un semplice "test di neurostimolazione", i cui esiti dovrebbero ancora essere oggetto di valutazione (su questo aspetto, si veda il referto 17 agosto 2011 del dott. _____ – allegato al doc. XVIII: "Lo stimolatore provvisorio consentirebbe di valutare l'efficacia di una stimolazione elettrica, al fine di mascherare i dolori urenti, che il paziente avverte all'arto inferiore destro. Nel caso in cui il risultato fosse soddisfacente si potrebbe allora procedere ad un impianto definitivo."), e non per l'impianto vero e proprio di un neurostimolatore spinale (cfr., ad esempio, il doc. 453 – fasc. 6: "Resto quindi convinto che l'unica soluzione che potrebbe consentire al pz un netto miglioramento della qualità di vita riducendo i dolori neuropatici, sia la possibilità di un test di neurostimolazione dei gangli dorsali delle radici del nervosciatico."). D'altra parte, dalle carte processuali si evince che l'indicazione a sottoporre il ricorrente alla terapia proposta dal dott. _____ è stata approfonditamente discussa dal dott. _____ e dal PD dott. _____, nel loro apprezzamento neurologico del 7 marzo 2018 (doc. 461 – fasc. 6). In quel documento, i fiduciari dell'CO 1 hanno negato l'indicazione tanto per l'impianto di un neurostimolatore spinale quanto per un test di neurostimolazione ("Es besteht daher weder eine gesicherte Indikation zur Implantation eines epiduralen Neurostimulators noch zu einer Teststimulation."). Essi hanno in particolare osservato che, secondo le linee guida in vigore ("AWMF-Register Nr. 041/002" elaborate con la partecipazione della Federazione europea delle associazioni di neurologia, della quale fa pure parte la Società svizzera di neurologia), la neurostimolazione è sicuramente indicata in caso di CRPS e di "failed back surgery syndrom" con sintomatologia dolorosa prevalentemente radicolare. Per dolori neuropatici di altro genere esistono finora soltanto degli studi limitati con esito positivo, e ciò in relazione alla nevralgia post erpetica, alla neuropatia diabetica, ai dolori fantasma e alle lesioni incomplete del plesso, con raccomandazione "aperta" (non sicura) secondo le succitate linee guida. Pertanto, per il trattamento di una sindrome algica neuropatica dopo lesione traumatica del nervo sciatico non esiste al momento alcuna evidenza scientifica sicura. Inoltre, sempre secondo i dottori _____ e _____, nel caso di specie, l'assicurato presenta un quadro algico che va ampiamente al di là del territorio d'innervazione del nervo sciatico destro con, attualmente in primo piano, dolori lombo-sacrali, dolori cervicali con irradiazione alle due braccia, gonalgie bilaterali, come pure dolori all'arto inferiore destro in presenza di una trombosi venosa post-operatoria con stato edematoso. Va considerato inoltre che i blocchi periradicolarie eseguiti nel frattempo hanno avuto scarso successo, come lo ha pure avuto la neurolisi del nervo sciatico effettuata nel 2015 nel quadro dell'intervento d'impianto della protesi dell'anca destra. A loro avviso, dalla documentazione a disposizione emerge quindi un quadro clinico sostanzialmente invariato, il cui trattamento non è più focalizzato prevalentemente su una sindrome algica neuropatica dopo lesione traumatica del nervo sciatico ma piuttosto su una sindrome algica diffusa con indizi a favore di una chiara estensione dei disturbi, anche nel senso di una possibile sindrome da dolore somatoforme. Chiamato ora a pronunciarsi, questo Tribunale constata che quanto indicato dai neurologi di fiducia dell'amministrazione corrisponde in

effetti a quanto risulta dalle linee guida della Federazione europea delle associazioni di neurologia, consultabili sul sito web www.awmf.org, in base alle quali l'indicazione a sottoporsi a un impianto di neurostimolazione spinale è ammessa in relazione a numero limitato di patologie, diverse da quella presentata da RI 1 (una lesione traumatica del nervo sciatico destro). Pertanto, nella misura in cui il dott. _____ (e con lui la dott.ssa _____, spec. FMH in neurologia) ritiene utile sottoporre l'assicurato a quel trattamento, il suo parere diverge dalle linee guida appena menzionate e, pertanto, non appare atto a generare dei dubbi, nemmeno lievi, circa la fondatezza della valutazione enunciata dai dottori _____ e _____. In corso di causa, il patrocinatore dell'insorgente ha versato agli atti alcuni articoli scientifici che dovrebbero dimostrare l'efficacia in concreto del proposto neurostimolatore spinale (cfr. allegati al doc. XVIII). Attentamente esaminati i documenti prodotti, il TCA non ritiene che ciò sia il caso. Intanto, nessuno degli articoli tratta specificatamente del danno alla salute per il quale il neurostimolatore verrebbe impiantato al ricorrente. In effetti, cinque riguardano pazienti affetti da neuropatia diabetica (patologia per la quale le linee guida prevedono una raccomandazione "aperta") (cfr. doc. AA 1.6, 1.7, 1.8, 1.10 e l'articolo "Sustained treatment effect of spinal cord stimulation ...", non numerato), uno tre pazienti affetti da, rispettivamente, neuropatia periferica diabetica, neuropatia periferica cronica post HIV e neuropatia periferica cronica secondaria a trattamento chemioterapico (cfr. doc. AA 1.9), uno pazienti affetti da CRPS (affezione per la quale le linee guida prevedono un'indicazione sicura) (cfr. doc. AA 1.5) e uno pazienti che presentavano dolori neuropatici secondari a un'operazione di ernia del disco ("failed back surgery syndrom", per la quale le linee guida prevedono un'indicazione sicura) (cfr. doc. AA 1.4). L'articolo prodotto sub doc. AA 1.3 ha, per ammissione dei suoi stessi autori, un valore scientifico limitato nella misura in cui lo studio in questione ha riguardato un solo centro e, di conseguenza, un numero ridotto di pazienti. L'articolo di cui al doc. AA 1.2 è una sintesi della letteratura pubblicata in MEDLINE e Google Scholar in merito a pazienti affetti da dolore dell'arto fantasma, da CRPS, da "failed back surgery syndrom" e da dolore neuropatico secondario a ernioraffia. Gli autori hanno affermato che i risultati sono finora incoraggianti, con successi nel trattamento del dolore post-operatorio, della CRPS e del dolore fantasma. La cura della "failed back surgery syndrom" si è invece rivelata meno efficace. A loro avviso, la terapia è ancora recente e risultati sul lungo periodo non sono ancora disponibili. L'articolo di cui al doc. AA 1.1 riguarda uno studio che descrive gli effetti della neurostimolazione spinale su un periodo di 12 mesi e che ha visto coinvolti 51 soggetti affetti soprattutto da "failed back surgery syndrom" (16 pazienti), da CRPS (11), da dolore cronico post-operatorio (9) e da dolore di origine discale (4). Infine, quanto è stato prodotto sub doc. AA 1.11 – un documento edito dall'_____ in cui vengono presentati i diversi metodi di neuromodulazione e degli articoli di stampa in cui vengono descritte le attività del Centro _____ – ha carattere meramente divulgativo e non è atto a sminuire il valore probatorio attribuito all'apprezzamento dei dottori _____ e _____ (lo stesso valga per l'articolo di giornale di cui al doc. XXV 2). Sulla scorta di quanto precede, l'impugnativa presentata dall'assicurato non merita accoglimento nemmeno nella misura in cui è chiesta la condanna dell'amministrazione ad assumere i costi legati all'impianto di un neurostimolatore spinale. 2.5. In terzo luogo, il ricorrente sostiene che le conseguenze dell'infortunio accadutogli nel 2009 giustificherebbero una revisione della rendita d'invalidità in vigore con conseguente ricalcolo del guadagno assicurato ai sensi dell'art. 24 OAINF (doc. I, p. 29). A tale proposito, questo Tribunale ricorda semplicemente di aver già

chiarito con la sentenza 35.2011.9 del 12 dicembre 2012 consid. 2.12, cresciuta incontestata in giudicato, che l'infortunio del 2009 ha giocato un ruolo causale soltanto sino al 31 ottobre 2009, ragione per la quale esso non può giustificare una revisione ex art. 17 LPGA della rendita d'invalidità assegnata a suo tempo a dipendenza dell'evento traumatico del 1980 (ciò che esclude a priori l'applicazione dell'art. 24 cpv. 4 OAINF; in questo contesto, è utile segnalare che, in una sentenza U 144/04 del 28 febbraio 2005 consid. 3.3, la Corte federale ha stabilito che, quando un caso d'infortunio è stato chiuso per causalità naturale estinta, la persona assicurata non può più pretendere delle prestazioni in ragione di una ricaduta o di sequele tardive ai sensi dell'art. 11 OAINF). Sempre in quella sede, il TCA ha pure precisato, con riferimento alla giurisprudenza federale (DTF 118 V 293), che in caso di revisione della rendita d'invalidità in vigore a seguito di ricaduta o di conseguenza tardiva, non è il guadagno annuale ottenuto immediatamente prima che determina il calcolo della rendita, ma quello conseguito dall'assicurato prima dell'infortunio (nel caso di specie fr. 20'800; cfr. doc. 431 – fasc. 3). Anche questa pretesa dell'assicurato si rivela pertanto infondata. 2.6. Da ultimo, RI 1 censura la circostanza che l'amministrazione gli ha negato la revisione della rendita d'invalidità in vigore dipendente dall'infortunio del 1980, sostenendo che il suo stato di salute sarebbe nel frattempo peggiorato. D'altra parte, egli contesta pure l'entità dell'IMI assegnatagli per i postumi del medesimo sinistro (cfr. doc. I, p. 28).

2.6.1. Revisione della rendita in vigore? 2.6.1.1. 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.).

2.6.1.2. 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. 2.6.1.3. 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).

2.6.1.4. 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).

2.6.1.5. 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. 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).

2.6.1.6. Nella presente fattispecie, con la pronuncia 35.2011.9 del 12 dicembre 2012, il TCA ha negato che, a seguito della ricaduta annunciata nel 2008, in cui si era poi inserito l'evento infortunistico dell'aprile 2009, fossero adempiuti i presupposti per procedere a una revisione della rendita d'invalidità riconosciuta all'assicurato a dipendenza dell'infortunio accaduto il 15 agosto 1980, e ciò in base alle considerazioni seguenti: "(...) Chiamata ora a pronunciarsi, questa Corte constata che la rendita di invalidità in vigore, del 50%, era stata originariamente fissata in funzione del discapito di rendimento nella professione di meccanico d'auto (cfr. doc. 55 e doc. 59). Il grado di invalidità del 50% era poi stato più volte confermato in sede di revisione della rendita, rispettivamente di chiusura di ricaduta, anche dopo che RI 1 aveva rilevato il garage di suo padre (cfr. doc. 69, doc. 70, doc. 79, doc. 116, doc. 145 e doc. 183) e dopo che egli era entrato alle dipendenze della ditta _____ (cfr. allegato al doc. 209). Nel contesto della ricaduta annunciata nel 2008, in cui si è inserito l'infortunio occorso all'assicurato nel mese di aprile 2009 (che, come visto, ha esplicito i propri effetti soltanto sino alla fine del mese di ottobre 2009 - cfr. il consid. 2.6.), il chirurgo ortopedico dott. _____, a margine della visita fiduciaria di controllo del 30 settembre 2009, ha dichiarato che lo stato infortunistico refertato in occasione della visita fiduciaria dell'agosto 1989 non era nel frattempo peggiorato "in modo impressionante", attestando una ripresa lavorativa nei limiti della rendita in vigore, pertanto in misura del 50%, a far tempo dal 1° novembre 2009 (cfr. doc. 346, p. 5). La perizia elaborata dal _____ non consente a questa Corte di giungere a una conclusione diversa da quella ritenuta dal medico _____ dell'CO 1. In effetti, se è vero che gli esperti giudiziari hanno riscontrato un peggioramento della situazione neurologica, nel

senso di un incremento dei dolori neuropatici, occorre considerare che essi hanno pure riconosciuto che, quale direttore (e proprietario) della _____, organizzando l'attività in funzione dei propri bisogni, RI 1 potrebbe lavorare con un pensum del 50% (cfr. doc. XXV, p. 32). Se ne deduce pertanto che, nonostante l'asserito aggravamento, l'esigibilità lavorativa non ha di fatto subito sostanziali modifiche rispetto al passato. Tutto ben considerato, questo Tribunale ritiene senz'altro esigibile, grazie alla sua particolare posizione in seno alla ditta _____, che il ricorrente proceda a riorganizzare il lavoro, in modo tale che le mansioni meno confacenti vengano assunte da altri dipendenti. (...). Tenuto conto di tutto quanto precede, si deve concludere che le condizioni richieste dalla giurisprudenza per poter procedere a una revisione della rendita di invalidità (cfr. consid. 2.8.), non sono adempiute." (doc. 431, consid. 2.11. – fasc. 3) A chiusura della ricaduta assunta a dipendenza degli interventi menzionati al considerando 1.4., con la decisione formale del 16 aprile 2018, l'istituto assicuratore ha in particolare dichiarato che "dagli accertamenti medici esperiti è risultato che non è subentrato un peggioramento dei postumi infortunistici dal lato neurologico, ossia della capacità di guadagno. Pertanto il tasso di rendita del 50% in vigore non viene modificato. (...)." (doc. 464 – fasc. 6). Dalle carte processuali si evince che la questione di sapere se l'esigibilità lavorativa alla base della rendita d'invalidità in vigore, si è nel frattempo modificata rispetto alla situazione esistente al momento dell'ultima revisione della medesima, oppure no, è stata oggetto di approfondimento da parte dei medici di fiducia dell'amministrazione. In effetti, in occasione della visita _____ di controllo del 29 settembre 2017, refertato un quadro compatibile con una neuropatia periferica da nota lesione traumatica del nervo sciatico destro e dopo protesizzazione dell'anca destra con buona ripresa funzionale, il dott. _____ si è pronunciato nei seguenti termini a proposito dell'esigibilità lavorativa: "(...) Per quanto riguarda la situazione dell'anca destra, oggetto principale dell'attuale visita, la situazione appare stabilizzata a distanza di circa due anni dall'intervento di protesizzazione dell'anca. In considerazione dei rapporti dell'ortopedico curante dott. med. _____ e della visita odierna si ritiene il quadro stabilizzato con buon recupero funzionale. L'intervento all'anca destra è intervenuto su uno stato di coxartrosi post-traumatica, non ha modificato in modo apprezzabile la funzionalità articolare che appare buona dopo l'intervento di protesizzazione. Il quadro neurologico periferico legato alla lesione del nervo ischiatico appare dal punto di vista obiettivo e in base alla visita odierna sostanzialmente sovrapponibile alle visite precedenti. In considerazione della sostanziale sovrapponibilità del quadro obiettivo si ritiene pertanto di poter confermare l'esigibilità a suo tempo espressa." (doc. 440, p. 6 – fasc. 6 – il corsivo è del redattore) Questo invece il parere dei dottori _____ e _____, contenuto nel loro apprezzamento del 7 marzo 2018: "(...) Auf neurologischem Fachgebiet gibt es keine Begründung für eine Veränderung der bislang auf 50% eingeschätzten Arbeitsfähigkeit. Hinzuweisen ist aus neurologischer Sicht aufgrund der rechtsseitigen Beinschwäche, dass es Auflagen hierbei zu beachten gibt, wie die Unfähigkeit des Zurücklegens langer Strecken (über 200 m), das Arbeiten überwiegend im Stehen und das Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, was wegen der Funktionseinschränkungen nicht möglich ist." (doc. 461, p. 8 – fasc. 6 – il corsivo è del redattore) Ricordato che entrano qui in discussione soltanto i disturbi infortunistici, addebitabili al sinistro del 1980 (e che occorre dunque fare astrazione, in particolare, dalle problematiche interessanti il rachide lombare e cervicale, le ginocchia e da quella psichica), questo Tribunale non vede alcuna valida ragione per discostarsi dalla valutazione espressa dai fiduciari dell'CO 1, secondo i quali lo stato di

salute infortunistico dell'assicurato non è peggiorato né dal profilo ortopedico né da quello neurologico, in misura tale da giustificare una modifica nell'esigibilità lavorativa a suo tempo stabilita (in occasione della chiusura della ricaduta del 2008). Contrariamente a quanto sostiene il ricorrente, la restante documentazione agli atti non permette di giungere a una diversa conclusione. Da una parte, all'assicurato non può essere di nessun soccorso il fatto che, nel loro referto del 13 agosto 2012, i periti giudiziari abbiano ammesso l'intervento di un aggravamento dello stato di salute neurologico, nel senso di un incremento dei dolori neuropatici. Il TCA ha in effetti già tenuto conto di tale circostanza nel suo giudizio 35.2011.9, laddove ha stabilito che, nonostante il peggioramento, RI 1 continuava ad essere in grado di lavorare alle dipendenze della ditta _____ con un pensum del 50% (cfr. doc. 431 – fasc. 3). Dall'altra, se è vero che l'assicurazione per l'invalidità ha posto l'assicurato al beneficio di una rendita intera (con un corrispondente grado d'invalidità del 100%) a contare dal 1° marzo 2017, è altrettanto vero che in quel contesto sono stati presi in considerazione tutti i danni alla salute di cui è portatore il ricorrente, dunque anche quelle problematiche che non riguardano l'CO 1, rispettivamente la presente procedura. Occorre infine rilevare come nessuno dei medici curanti che si sono pronunciati sul caso di specie, si sia confrontato con la questione di sapere se, in ragione di un aggravamento delle condizioni di salute infortunistiche, l'esigibilità lavorativa stabilita in occasione dell'ultima revisione della rendita sia o meno ancora valida (si vedano, ad esempio, le certificazioni agli atti del reumatologo dott. _____ – allegati ai doc. X e XXV). Sulla scorta di quanto precede, non essendo intervenuto alcun rilevante cambiamento nell'esigibilità lavorativa dell'insorgente, questo Tribunale non ritiene adempiute le condizioni per procedere all'auspicato aumento della rendita d'invalidità in vigore, assegnata dall'assicuratore convenuto a dipendenza dell'infortunio dell'agosto 1980. Non può giustificare una diversa soluzione neppure la circostanza che, a contare dal mese di luglio 2017, RI 1 non risulta più essere direttore della ditta _____ (cfr. allegati ai doc. VIII e X), posto che, non essendo dimostrato un peggioramento dello stato di salute infortunistico con incidenza sull'esigibilità lavorativa a suo tempo stabilita, l'abbandono dell'abituale posto di lavoro è da imputare a ragioni extra-infortunistiche.

2.6.2. Entità della menomazione dell'integrità dipendente dall'infortunio del 15 agosto 1980.

2.6.2.1. Secondo l'art. 24 cpv. 1 LAINF, l'assicurato ha diritto a un'equa indennità se, in seguito all'infortunio, accusa una menomazione importante e durevole all'integrità fisica o mentale. Tale indennità è assegnata in forma di prestazione in capitale. Essa non deve superare l'ammontare massimo del guadagno annuo assicurato all'epoca dell'infortunio ed è scalata secondo la gravità delle menomazioni. Il Consiglio federale emana disposizioni particolareggiate sul calcolo dell'indennità (art. 25 cpv. 1 e 2 LAINF).

2.6.2.2. L'art. 36 cpv. 1 OAINF definisce i presupposti per la concessione dell'indennità giusta l'art. 24 LAINF: una menomazione dell'integrità è considerata durevole se verosimilmente sussisterà tutta la vita almeno con identica gravità e importante se l'integrità fisica o mentale è alterata in modo evidente o grave. In questa valutazione dovrà essere fatta astrazione dalla capacità di guadagno ed anche dalle circostanze personali dell'assicurato: secondo la giurisprudenza, infatti, la gravità della menomazione si stima soltanto in funzione di accertamenti medici senza ritenere, all'opposto delle indennità per torto morale secondo il diritto privato, le eventuali particolarità dell'assicurato (cfr. RAMI 2000 U 362, p. 42-43; DTF 113 V 218 consid. 4; RAMI 1987 U 31, p. 438). La parte della riparazione del torto morale contemplata dagli artt. 24ss. LAINF è, dunque, soltanto parziale: gli aspetti soggettivi del danno (segnatamente il pretium doloris e il pregiudizio estetico) ne sono

esclusi (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents, Losanna 1992, p. 121). 2.6.2.3. Giusta l'art. 36 cpv. 2 OAINF, l'indennità è calcolata in base alle direttive contenute nell'Allegato 3 dell'OAINF. Una tabella elenca una serie di lesioni indicando per ciascuna il tasso normale di indennizzo, corrispondente ad una percentuale dell'ammontare massimo del guadagno assicurato. Questa tabella - riconosciuta conforme alla legge - non costituisce un elenco esaustivo (cfr. RAMI 2000 U 362, p. 43; DTF 124 V 32; DTF 113 V 219 consid. 2a; RAMI 1988 U 48 p. 235 consid. 2a e sentenze ivi citate). Deve essere intesa come una norma valida "nel caso normale" (cifra 1 cpv. 1 dell'allegato). Le menomazioni extra-tabellari sono indennizzate secondo i tassi previsti tabellarmente per menomazioni di analoga gravità (cifra 1 cpv. 2 dell'allegato). La perdita totale dell'uso di un organo è equiparata alla perdita dell'organo stesso. In caso di perdita parziale l'indennità sarà corrispondentemente ridotta; tuttavia nessuna indennità verrà versata se la menomazione dell'integrità risulta inferiore al 5% (cifra 2 dell'allegato). Se più menomazioni all'integrità fisica o mentale, causate da uno o più infortuni sono concomitanti, l'indennità va calcolata in base al pregiudizio complessivo (art. 36 cpv. 3 1a frase OAINF). Si prende in considerazione in modo adeguato un peggioramento prevedibile della menomazione dell'integrità. È possibile effettuare revisioni solo in casi eccezionali, ovvero se il peggioramento è importante e non era prevedibile (art. 36 cpv. 4 OAINF). Peggioramenti non prevedibili non possono, naturalmente, essere anticipatamente considerati. Nel caso in cui un pregiudizio alla salute si sviluppi nel quadro della prognosi originaria, la revisione dell'indennità per menomazione è, di principio, esclusa. Per contro, l'indennità dev'essere di nuovo valutata, quando il danno è peggiorato in una misura maggiore rispetto a quanto pronosticato (cfr. RAMI 1991 U 132, p. 308ss. consid. 4b e dottrina ivi menzionata). 2.6.2.4. L'INSAI ha allestito una serie di tabelle, dalla griglia molto più serrata, che integrano quella dell'ordinanza. Semplici direttive di natura amministrativa, esse non hanno valore di legge e non vincolano il giudice (cfr. STFA I 102/00 del 22 agosto 2000; DTF 125 V 377 consid. 1c; STFA del 7 dicembre 1988 nella causa P.; RAMI 1989 U 71, p. 221 ss.). Tuttavia, nella misura in cui esprimono unicamente valori indicativi, miranti a garantire la parità di trattamento di tutti gli assicurati, esse sono compatibili con l'annesso 3 all'OAINF (RAMI 1987 U 21 p. 329; DTF 113 V 219 consid. 2b; DTF 116 V 157 consid. 3a). 2.6.2.5. Nella concreta evenienza, dalle tavole processuali si evince che la valutazione della menomazione dell'integrità di cui è portatore RI 1, è stata eseguita dal dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia, a margine della visita fiduciaria del 29 settembre 2017. Questo il tenore dell'apprezzamento contenuto nel suo rapporto del 3 ottobre 2017: " (...). 1. Reperti L'assicurato è portatore di postumi importanti e durevoli a seguito di stato dopo trauma da incidente stradale del 15.08.1980 con lussazione posteriore dell'anca destra e sfondamento dell'acetabolo e successivo sviluppo di coxartrosi destra post-traumatica. Impianto di artroprotesi anca destra eseguita il 21.09.2015 dott. med. _____. Sullo stesso incidente lesione traumatica del nervo sciatico destro con neuropatie e deficit neurologico periferico sensitivo-motorio, neurolisi del nervo sciatico al gluteo del settembre 2015 senza apparente beneficio. 2. Valutazione del danno all'integrità 17,15% 3. Motivazione Siamo di fronte a un traumatismo da incidente della strada dell'agosto del 1980. Tale incidente ha determinato le lesioni sopra riportate. Per quanto riguarda la situazione dell'anca destra occorre valutare uno stato di artrosi post-traumatica. Tale artrosi, sulla base dei dati clinici rilevabili dalla documentazione e dalle radiografie eseguite nell'immediato periodo precedente l'impianto della protesi d'anca, si può considerare di grado moderato. Tale

fattispecie è specificamente rappresentata nella tabella 5.2 Suva dove per un'artrosi moderata dell'anca viene riconosciuta una percentuale oscillante fra il 10% e il 30%. Possiamo ritenere adeguata una percentuale intermedia del 20% lordo. Vi è però da considerare che l'incidente in questione è avvenuto in un periodo di tempo precedente alla normativa riguardante l'IMI, pertanto come di consueto in questi casi si considera l'evoluzione della coxartrosi dal momento di entrata in vigore di tale normativa (1984) fino al momento d'impianto della protesi d'anca (2015), stabilendo una indennità per il solo periodo di vigenza della normativa IMI (quindi dal 1984 al 2015). In questo caso si ritiene orientativamente di poter assumere una progressione lineare della coxartrosi dal momento dell'incidente al momento dell'impianto della protesi d'anca. Quindi l'IMI lorda va ridotta di una frazione corrispondente al lasso di tempo intercorso dal 1980 al 1984. Pertanto è possibile ridurre la percentuale di IMI lorda del 20% portandola al 17,5% in considerazione del tempo intercorso dal momento dell'incidente alla data di entrata in vigore della normativa IMI. Per quanto riguarda la lesione traumatica del nervo sciatico destro, essa si è verificata in un periodo puntuale, e cioè nel momento dell'incidente del 1980, e non ha subito un marcato peggioramento nel tempo, come risulta dalla documentazione. Si ritiene pertanto che, per motivi puramente giuridici, essendo antecedente all'entrata in vigore della normativa sul riconoscimento dell'IMI, non vi siano elementi tali da configurare un diritto a un'indennità di menomazione all'integrità." (doc. 439 – fasc. 6) Con la propria impugnativa, il ricorrente contesta l'entità dell'IMI riconosciutagli dall'amministrazione, facendo valere che sarebbe errato "... prendere unicamente in considerazione i pregiudizi sofferti dall'assicurato il giorno del suo infortunio nel 1980 ed in particolare considerato che non solo la prognosi originaria è cambiata, bensì nel frattempo sono intervenuti altri pregiudizi (cfr. art. 6 LAINF) ..." (doc. I, p. 35). Chiamata a pronunciarsi su un aspetto di natura prevalentemente medica, considerata anche l'assenza di pareri specialistici divergenti, questa Corte ritiene di poter validamente fondare il proprio giudizio sull'apprezzamento della menomazione dell'integrità enunciata dal medico _____ dell'CO 1. In particolare, è utile ricordare che oggetto della vertenza è soltanto l'infortunio del 15 agosto 1980, ragione per la quale l'eventuale danno alla salute residuo da altri eventi traumatici assicurati non può essere preso in considerazione per la determinazione in questa sede dell'IMI (va ad ogni modo precisato che è escluso che dall'evento traumatico dell'aprile 2009 possa essere nato un diritto all'IMI, visto che esso ha perso qualsiasi ruolo causale trascorsi 6 mesi; cfr. supra, consid. 2.3.). D'altro canto, l'insorgente non ha sollevato alcuna specifica contestazione a proposito delle modalità con le quali il fiduciario dell'assicuratore ha stabilito il grado di menomazione dell'integrità, a fronte del fatto che il sinistro in questione ha avuto luogo antecedentemente all'entrata in vigore della LAINF (il 1° gennaio 1984; cfr., su questo aspetto, le disposizioni transitorie di cui all'art. 118 LAINF: trattandosi in particolare del danno neurologico e con riferimento all'art. 118 cpv. 2 lett. c LAINF, va precisato che il relativo diritto all'IMI è nato prima dell'entrata in vigore della LAINF, posto che la stabilizzazione dello stato di salute infortunistico, con nascita del diritto alla rendita, era intervenuta già nel corso del 1983 – cfr. doc. 56 – fasc. 1). Trattandosi infine dell'ammontare dell'indennità, è utile segnalare che, secondo l'art. 25 cpv. 1 seconda frase LAINF, l'indennità per menomazione dell'integrità non deve superare l'ammontare massimo del guadagno annuo assicurato all'epoca dell'infortunio ed è scalata secondo la gravità della menomazione. Nel caso in cui nasca eccezionalmente un diritto all'IMI a dipendenza di un infortunio occorso prima dell'entrata in vigore della LAINF, come è qui il caso, il relativo importo è calcolato in base al guadagno massimo assicurato in

vigore il 1° gennaio 1984 (ovvero fr. 69'600) (cfr. DTF 127 V 456 consid. 4b). La persona assicurata non ha diritto a un'IMI più elevata qualora l'ammontare massimo del guadagno annuo è stato aumentato dopo l'infortunio. Ciò vale anche se tra l'infortunio e il riconoscimento dell'IMI è trascorso lungo tempo, ciò che può essere il caso laddove l'indennità viene assegnata a seguito di una ricaduta o di una sequela tardiva, oppure se nel frattempo vi è stata una fase di forte inflazione (cfr. KOSS – Hürzeler/Kieser, art. 25 LAINF, n. 54). In queste condizioni, il ricorso presentato dall'assicurato non può essere accolto neppure nella misura in cui egli pretende aver diritto a un'IMI più elevata di quella riconosciutagli dall'istituto assicuratore.

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