

TI_GERICHTE 35.2022.41 vom 28. Oktober 2022

TI Tribunale d'appello, 2022-10-28, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2022.41

FR: TI_GERICHTE 35.2022.41 du 28 octobre 2022

IT: TI_GERICHTE 35.2022.41 del 28 ottobre 2022

Regeste

Discussa questione di sapere se l'insorgenza di un peggioramento bilaterale dell'astigmatismo a seguito di un intervento di Trans-PRK, è costitutivo di un infortunio ai sensi di legge. Negata esistenza del fattore esterno straordinario

Erwägungen

E. 27

maggio 2022) poiché, come dichiarato dall'CO 1 in una comunicazione dell'8 giugno 2020 al TCA, l'incarto sub judice è stato trattato dalla funzionaria che figura nell'intestazione degli allegati prodotti (in concreto, dall'avv. _____), senza che la giurista di lingua italiana figlia del Giudice Ivano Ranzanici se ne sia in alcun modo occupata (cfr. STF 8C_668/2021 del 18 febbraio 2022 consid. 2.1). nel merito 2.2. In concreto, il TCA è chiamato a stabilire se l'CO 1 era legittimato a negare l'esistenza di un infortunio ai sensi di legge, oppure no. Giustamente nessuno pretende che la responsabilità dell'istituto potrebbe essere impegnata a titolo di lesione parificata ai postumi di un infortunio, in quanto il danno alla salute diagnosticato in concreto non rientra fra le diagnosi esaustivamente elencate all'art. 6 cpv. 2 LAINF. 2.3. L'art. 6 cpv. 1 LAINF prevede che, per quanto non altrimenti previsto dalla legge, le prestazioni assicurative sono concesse in caso d'infortunio professionale, d'infortunio non professionale e di malattie professionali. 2.4. L'art. 4 LPGA così definisce l'infortunio: " È considerato infortunio qualsiasi influsso dannoso, improvviso e involontario, apportato al corpo umano da un fattore esterno straordinario che comprometta la salute fisica o psichica o che provochi la morte" . Questa definizione riprende, nella sostanza, quella che era prevista all'art. 9 cpv. 1 vOAINF - disposizione abrogata dall'ordinanza sull'assicurazione contro gli infortuni dell'11 settembre 2002 (RU 2002 3914), in vigore dal 1° gennaio 2003 - di modo che la relativa giurisprudenza continua ad essere applicabile. Cinque sono dunque gli elementi costitutivi essenziali dell'infortunio: " - l'involontarietà - la repentinità - il danno alla salute (fisica o psichica) - un fattore causale esterno - la straordinarietà di tale fattore" (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), Losanna 1992, p. 44-51). Scopo della definizione è di tracciare un chiaro confine tra infortunio e malattia. 2.5. Si evince dalla nozione stessa di infortunio che il carattere straordinario non concerne gli effetti del fattore esterno ma unicamente il fattore esterno in quanto tale (cfr. RAMI 2000 U 374, p. 176). Pertanto, è irrilevante il fatto che il fattore esterno abbia causato delle affezioni gravi o inabituale. Il fattore esterno è considerato come straordinario quando eccede, nel caso concreto, il quadro degli avvenimenti e delle situazioni che si possono, obiettivamente, definire quotidiane o abituali (DTF 122 V 233 consid. 1, 121 V 38 consid. 1a, 118 V 61 consid. 2b, 118 V 283 consid. 2a; RAMI 1993 p. 157ss, consid. 2a). 2.6. La questione a sapere se un atto medico costituisce, come tale, un fattore esterno straordinario ai sensi dell'art. 4 LPGA deve essere

risolta sulla base di criteri medici oggettivi. Secondo la giurisprudenza federale, il carattere straordinario di un atto medico è un presupposto la cui realizzazione può essere ammessa soltanto in maniera restrittiva. È necessario che, tenuto conto delle circostanze del caso di specie, l'atto medico si scosti considerevolmente dalla pratica corrente in medicina e che implichi così oggettivamente dei grossi rischi (SVR 1999 UV 9, p. 29 consid. 4a; DTF 121 V 38, consid. 1b; DTF 118 V 61 consid. 2b, 284 consid. 2b). La cura di una malattia non dà diritto, di per sé, al versamento di prestazioni da parte dell'assicuratore infortuni, tuttavia un errore di trattamento può - a titolo eccezionale - costituire un infortunio nel caso in cui ci si trovi confrontati a confusioni o a grossolani atti di imperizia o, ancora, a un pregiudizio intenzionale, sul quale nessuno contava né doveva contare (cfr. SVR 2016 UV Nr. 32 consid. 3.2 e i riferimenti ivi menzionati). D'altro canto, l'indicazione per un intervento chirurgico non è criterio giuridico determinante per stabilire se un determinato atto medico risponda alla definizione legale d'infortunio (cfr. DTF 118 V 283). Per rispondere alla domanda riguardante l'esistenza di un infortunio, ai sensi del diritto assicurativo, è irrilevante sapere se la violazione delle regole dell'arte di cui risponde il medico implichi una responsabilità (civile o di diritto pubblico). Analogo discorso vale nei confronti di una eventuale sentenza penale che sanziona il comportamento del medico (RAMI 1993 U 159 p. 33, consid. 2b). In ossequio a questi principi, la giurisprudenza ha, ad esempio, ammesso l'esistenza di un infortunio in caso di confusione in materia di gruppi sanguigni o in materia d'agenti anestetici (DTFA 1961, p. 206, consid. 2a), in caso di un cumulo di errori durante un'angiografia (consid. 4 e 5 non pubblicati della DTF 118 V 283) o durante un'anestesia (iniezione troppo rapida di due sostanze; RAMI 1993 U 176, p. 201), se nel togliere un catetere introdotto nella vescica, il medico non verifica se esso è completo, di modo che un pezzo di notevole lunghezza è rimasto nel corpo del paziente (RAMI 2003 U 492, p. 371ss.) oppure ancora nel caso di una lesione del nervo mediano in occasione di una presa di sangue (cfr. STF 8C_526/2007 del 29 aprile 2008). Per contro, l'Alta Corte ne ha negato l'esistenza riguardo alla perforazione della sclerotica in occasione di un'iniezione subcorticale parabolbare (Estr. INSAI 1990, n. 1), trattandosi della scelta, assai discutibile, di una tecnica operatoria (RAMI 1988, U 36, p. 42), in caso di lesione della base cranica anteriore, ciò che ha provocato un'emorragia a livello del cervello frontale, in occasione di un intervento operatorio nelle cavità nasali laterali (SVR 1999 UV 9, p. 27 ss.), nel caso di lesione del nervo della mano nel corso di un'operazione specialmente difficile e delicata, su un terreno di cicatrici la cui anatomia era modificata da multiple operazioni precedenti (DTF 121 V 35), in caso di lesione del nervo alveolare provocata dall'estrazione di un dente del giudizio inferiore incluso, senza formulazione di una diagnosi pre-operatoria (RDAT 2002 II n. 90 p. 336), nel caso della lesione da taglio di un nervo spinale durante l'intervento operatorio di asportazione di un'ernia discale (STF 8C_947/2012 del 13 febbraio 2013 consid. 4.3), trattandosi della lesione dell'uretere sinistro durante un parto eseguito con taglio cesareo (STF 8C_3/2014 del 4 aprile 2014 consid. 4.3), in una fattispecie in cui, in corso d'operazione, il medico aveva esteso la procedura d'intervento, prevista e approvata dall'assicurata, a un ulteriore segmento della colonna vertebrale (SVR 2015 UV Nr. 17 consid. 3.4), in un caso in cui a un'assicurata erano state praticate due iniezioni di Kenacort-A40 nel cuoio capelluto, sebbene non fossero indicate per il trattamento delle cefalee (STF 8C_656/2016 del 2 agosto 2017 consid. 4.2) oppure ancora trattandosi di una lesione del midollo spinale (con conseguente tetraplegia incompleta) riportata nel quadro di un intervento chirurgico al rachide cervicale e da imputare probabilmente al fatto che il midollo era stato contuso da uno strumento scivolato di mano

all'operatore (STF 8C_688/20221 dell'8 giugno 2022 consid. 5.6). Per una panoramica dei casi in cui l'Alta Corte ha ammesso, rispettivamente negato, l'esistenza di un fattore esterno straordinario, si veda pure la SVR 2009 UV Nr. 47 p. 166 ss. In una sentenza 35.2004.41 dell'8 marzo 2005, cresciuta incontestata in giudicato, questa Corte ha negato l'esistenza di un infortunio ai sensi di legge, nel caso di un'assicurata che, nell'ambito di un intervento di varicectomia alla gamba sinistra, aveva lamentato una lesione della radice S1 a seguito di un'imperizia compiuta dall'anestesista, che aveva colpito con l'ago la radice nervosa in questione. Il TCA è pervenuto a questa medesima conclusione in una sentenza 35.2016.87 dell'8 settembre 2017, cresciuta in giudicato, concernente un'assicurata che, a causa di un suo errato posizionamento allorché si trovava sotto anestesia generale, ha lamentato una plessopatia brachiale a sinistra. Il TCA ha ritenuto che l'aver posizionato in modo non appropriato l'assicurata, non fosse costitutivo di un'imperizia grossolana e straordinaria. In effetti, con la lesione in discussione nel corso di un intervento operatorio praticato in anestesia generale, si era realizzato un rischio ben conosciuto, anche se non particolarmente frequente, in caso d'esecuzione di questo atto medico (dalla letteratura medica consultata era emerso che l'incidenza relativa di plessopatie brachiali durante interventi in anestesia generale, si attestava all'incirca all'1%). Questo Tribunale ha infine pure concluso all'inesistenza di un infortunio con il giudizio 35.2020.19 del 7 dicembre 2020, anch'esso cresciuto in giudicato, riguardante un'assicurata che aveva subito due tagli profondi sul lato sinistro della lingua durante l'otturazione di un dente, imputabili essenzialmente all'assenza, perlomeno nella fase in cui il dentista aveva proceduto alla lucidatura dell'otturazione, di una cosiddetta diga. Il TCA ha ritenuto che, omettendo di applicare una diga, il dentista si era sì allontanato dalle regole dell'arte medica ma non nella misura richiesta dalla giurisprudenza federale ("considerevolmente").

2.7. Nel caso di specie, dalle carte processuali emerge che, nel corso del dicembre 2021, la ricorrente si è sottoposta a un intervento di TransPRK (cheratectomia fotorefrattiva transepiteliale) presso il dott. _____, spec. FMH in oftalmologia e oftalmochirurgia, con l'intento di porre rimedio ai problemi di miopia e d'astigmatismo che presentava ad entrambi gli occhi. In data 11 gennaio 2022, l'assicurata ha fornito la seguente descrizione del sinistro occorso in quel contesto: "(...) In data 07.12.2021 mi sono recata presso il _____ dal dottor _____, (...), per sottopormi ad un'operazione oculare per l'eliminazione delle lenti a contatto/occhiali da vista. In seguito all'intervento, dopo la rimozione delle lenti di protezione al 10.12.2021, mi è imploso l'epitelio. Secondo pareri medici se il dottor _____ avesse ricontrollato l'occhio dopo la rimozione delle LAC questo evento si poteva evitare. Inoltre la situazione attuale non è quella prevista. Infatti sono rimasta miope e il mio astigmatismo è peggiorato notevolmente. Secondo il feedback ricevuto è successo un qualche cosa in fase operatoria (possibile settaggio del macchinario sbagliato). (...)." (doc. 5) A causa dei disturbi insorti a seguito della rimozione delle lenti di protezione (10 dicembre 2021), l'assicurata si è immediatamente rivolta ai sanitari del Servizio di oftalmologia e oftalmochirurgia dell'Ospedale _____ di _____, i quali hanno diagnosticato, all'occhio destro, un flap epiteliale in esiti di laser refrattivo e impostato la terapia del caso (doc. 35, p. 20). Dal referto 22 gennaio 2022 del servizio appena citato si apprende che, a margine della consultazione del 13 dicembre 2021, rimossa la LAC a destra, gli specialisti hanno riscontrato una "cornea riepitelizzata con camera calma". Il 20 dicembre 2021, essi hanno refertato un'acuità visiva dello 0.63 all'occhio destro, dello 0.5 a quello sinistro, valori misurati anche in occasione della successiva visita del 5 gennaio 2022 (cfr. doc. 13). Interpellato dall'amministrazione, con apprezzamento del 4 febbraio 2022, il

dott. _____, spec. FMH in oftalmologia e oftalmochirurgia, ha sostenuto che le cure che hanno fatto seguito all'intervento del 7 dicembre 2021, segnatamente la rimozione delle lenti di protezione, corrispondono all'usuale procedere e che, in relazione al distacco del flap (lembo) epiteliale, non è riscontrabile un agire errato da parte del medico curante. A suo avviso, si tratta di una complicazione che può insorgere nel quadro di un trattamento quale quello effettuato il 7 dicembre 2021 e dei successivi controlli (doc. 15).

L'assicuratore si è di nuovo rivolto al proprio oftalmologo di fiducia, sottoponendogli la documentazione nel frattempo prodotta dall'assicurata, specificatamente le immagini degli esami topografici eseguiti il 29 gennaio 2022 (doc. 19 e doc. 20), le quali dimostrerebbero, secondo " _____", che " ... il laser ha operato in zone non conformi ad un solito intervento laser: è fuoriuscito nettamente e in modo inequivocabile dalla zona di lavoro (errore quindi non dovuto sicuramente dalla "prassi") " (doc. 17). Con apprezzamento datato 18 febbraio 2022, il dott. _____ ha rilevato che le immagini in questione non mostrano alcun decentramento né dello spessore né della superficie anteriore o posteriore della cornea di entrambi gli occhi e, d'altra parte, di non aver trovato nel registro delle professioni mediche alcun dottor _____ (in realtà non si tratta di un medico ma di un ottico [cfr. doc. 35, p. 27], n.d.r.). Così come già rilevato nel suo precedente apprezzamento, l'insorgente continua a presentare un astigmatismo suscettibile di correzione con un po' di miopia bilaterale. A suo avviso, tanto il flap epiteliale quanto il difetto di refrazione postoperatorio rappresentano delle complicazioni del noto intervento di TransPRK. In particolare, il persistere del difetto refrattivo è con verosimiglianza preponderante da imputare a un errato uso del laser e, pertanto, a un errore di trattamento. Tuttavia, quest'ultimo va visto piuttosto quale complicazione dell'intervento, che non deve necessariamente essere definita come eccezionale (cfr. doc. 22). Nel maggio 2022, RI 1 ha consultato gli specialisti della Clinica di oftalmologia dell'Ospedale _____ di _____ per un secondo parere in merito alla situazione oculare. In quell'occasione, i sanitari hanno diagnosticato un astigmatismo regolare, una sensibilità alla luce soggettivamente rilevante e una visione sdoppiata. Secondo la Capoclinica dott.ssa _____, la fotofobia e gli intermittenti episodi algici sono da attribuire a un problema di secchezza delle superfici mentre la visione sdoppiata deriva dall'astigmatismo regolare, il quale non era presente prima dell'intervento di TransPRK. Dal punto di vista topografico, sussiste un astigmatismo regolare con un restante spessore corneale sufficiente per eventuali ulteriori interventi di correzione refrattiva (doc. 43). In corso di causa, questo Tribunale ha interpellato il dott. _____ con uno scritto del seguente tenore: " (...) Ai fini dell'istruttoria di causa, le chiedo di rispondere, in maniera puntuale, all'obiezione ricorsuale secondo la quale "... la presa di posizione 20 maggio 2022 del Dr. _____, che fa riferimento a questa complicità, è sbagliata poiché il notevole peggioramento dell'astigmatismo non configura né un eccesso di correzione né una insufficienza di correzione: in effetti l'astigmatismo è passato da - 0.25 a - 0.75 per l'occhio destro dx e a - 1.50 per l'occhio sinistro sx.". Sempre ai fini istruttori, la invito a comunicarmi se esistono degli studi scientifici che dimostrerebbero che l'insorgenza, rispettivamente il peggioramento di un astigmatismo, rappresenta un rischio conosciuto dopo l'esecuzione di un intervento di TransPRK. Nell'affermativa, voglia produrre copia di questi studi. (...)." (doc. IX) Con rapporto del 23 settembre 2022, il fiduciario ha precisato, con riferimento all'obiezione sollevata dall'avv. RA 1, che il peggioramento dell'astigmatismo corrisponde esattamente a un eccesso di correzione il quale ha comportato un aumento dell'astigmatismo, in luogo dell'auspicata riduzione (doc. XI 1). In data 3 ottobre 2022 al

TCA è pervenuto un secondo apprezzamento del dott. _____, il cui contenuto è in particolare il seguente: " (...) Es gibt keine Literatur zur Frage, ob es sich bei der Verschlechterung der Astigmatismus durch eine TransPRK um ein bekanntes Risiko handelt. Das Risiko einer Über- oder auch Unterkorrektur sowohl eines sphärischen wie auch zylindrischen Refraktionsfehler durch eine TransPRK ist diesem Eingriff inhärent. Zur Erläuterung ist im Detail auf die Begriffe der Refraktion und die Technik der refraktiven Lasereingriffe, wie sie unter anderem die TransPRK darstellt, einzugehen: Die Refraktion des Auges wird zu einem maßgeblichen Teil von der Hornhaut (Cornea), der Augenlinse und der Länge des Auges bestimmt. Bei einem refraktiven Sehfehler (beispielweise Myopie=Kurzsichtigkeit, Hyperopie=Weitsichtigkeit, Astigmatismus) stimmt die Brennweite des optischen Systems des Auges nicht mit der Länge des Augapfels zu lang, spricht man von Myopie, ist er zu kurz von Hyperopie, bei diesen beiden Brechfehlern handelt es sich um sphärische Fehler. Bei Brechfehlern in unterschiedlichen Meridianen spricht man von Astigmatismus. Besonders in der Hornhaut können geringste anatomische Veränderungen hohe Änderungen der Brechkraft des gesamten optischen Systems des Auges bewirken. Diese Tatsache macht man sich bei refraktiven Eingriffen zunutze: die Hornhaut ist, da oberflächlich gelegen, ohne das Auge zu eröffnen einem operativen Eingriff gut zugänglich. Mittels entsprechenden Eingriffen wird die Krümmung der Hornhaut in derartiger Weise modelliert, dass auf der Netzhaut ein scharfes Bild entsteht. Hierzu wird von der Hornhaut beispielsweise mittels Laser an zuvor berechneten Stellen etwas Material abgetragen. Nun kann es sein, dass hierbei manchmal zu viel, manchmal auch zu wenig Material abgetragen wurde, zudem kann an einem falschen Ort Material abgetragen werden. Entsprechend führt ein derart nicht optimal ausgeführter Eingriff zu einer Über- oder Unterkorrektur des refraktiven Ergebnisses. In vorliegendem Fall muss festgestellt werden, dass nicht eine Reduktion, sondern vielmehr eine Erhöhung des Astigmatismus erreicht wurde. Wie oben beschrieben, ist dies so zu erklären, dass entweder das Ausmaß der Abtragung von Hornhautmaterial oder der Ort der Abtragung oder beides nicht optimal ausgeführt wurde. Dies ist eine der Technik inhärente Problematik und insofern ein bekanntes, übliches Risiko." (doc. XII 1 – il corsivo è del redattore) Con le proprie osservazioni, il patrocinatore della ricorrente ha osservato in particolare che "... il notevole peggioramento dell'astigmatismo non può essere considerato un eccesso di correzione risp. una insufficienza di correzione quindi un risultato refrattivo incompleto come può capitare nel trattamento di difetti elevati. In effetti la mia mandante non aveva difetti elevati e i suoi occhi erano stati giudicati adatti alla chirurgia refrattiva corneale. Con la conseguenza che il risultato dell'intervento è conseguenza di un errore che configura un infortunio per la sua straordinarietà poiché diversamente non si sarebbe dovuto verificare né l'errore né il suo risultato." (doc. XIV). 2.8. 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; STF U 259/02 dell'8 luglio 2003 consid. 2.1.1; 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, 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, durante la procedura amministrativa, a medici esterni all'amministrazione o a servizi specializzati indipendenti, esse godono di piena forza probatoria, a condizione che non esistano indizi concreti che ne mettano in dubbio l'affidabilità (cfr. STF 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. STF I 811/03 del 31 gennaio 2005, consid. 5 in fine; STF I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV Nr. 10 p. 35 consid. 4b). 2.9. Nel caso concreto, questa Corte prende innanzitutto atto che il rappresentante della ricorrente conviene che il fatto di aver rimosso le lenti di protezione il 10 dicembre 2021, ciò che ha provocato, all'occhio destro, un flap epiteliale, non è costitutivo di un atto d'imperizia da parte del dott. _____ e, dunque, neppure di un infortunio ai sensi di legge (cfr. doc. I, pag. 3: "tuttavia determinante non è tanto la complicazione sul processo di riformazione dell'epitelio, che rientra nel normale rischio insito nell'intervento subito dalla ricorrente, ..." – il corsivo è del redattore). D'altro canto, l'avv. RA 1 non può essere seguito laddove sostiene che "... il fatto che con questo intervento chirurgico l'astigmatismo a entrambi gli occhi della ricorrente è notevolmente aumentato (...) è talmente al di fuori dei rischi insiti normalmente in questo tipo di intervento chirurgico che nessuno può seriamente prevedere. Nel nostro caso l'intervento chirurgico presenta le caratteristiche di un influsso dannoso, improvviso e involontario alla salute apportato agli occhi della ricorrente da un fattore esterno. Per la straordinarietà siamo, come detto, in presenza di qualcosa di eccezionale e quindi di un evento qualificabile come straordinario." (doc. I, pag. 3 ss.). In effetti, chiamato a pronunciarsi

sulla questione di sapere se il fatto che l'intervento del 7 dicembre 2021 abbia provocato un peggioramento bilaterale del preesistente astigmatismo è costitutivo o meno di un infortunio ex art. 4 LPGA, il TCA non vede alcun valido motivo per scostarsi dai puntuali chiarimenti forniti, in particolare in corso di causa, dal dott. _____, specialista proprio nella materia che qui interessa. Con l'apprezzamento del 30 settembre 2022, l'oftalmologo di fiducia dell'CO 1 ha spiegato che può accadere che mediante l'intervento di PRK - il cui scopo precipuo è quello di "rimodellare" la curvatura della cornea - venga rimosso troppo tessuto corneale oppure troppo poco oppure ancora che il tessuto venga rimosso in un punto sbagliato, ciò che comporta un risultato refrattivo diverso da quello atteso. Nel caso di specie, l'aumento dell'astigmatismo è dunque da imputare al fatto che la quantità di materiale rimosso con il laser oppure il punto in cui questo materiale è stato rimosso oppure i due fattori cumulati, non sono stati ottimali. A suo avviso, si tratta però di un problema che è insito nella tecnica operatoria e, dunque, di un rischio conosciuto (cfr. doc. XII 1). Del resto, dalla restante documentazione agli atti non emergono pareri specialistici divergenti, suscettibili di generare dei dubbi, nemmeno lievi (cfr. supra, consid. 2.8.), a proposito della correttezza della valutazione espressa dal dott. _____. In particolare, nessuno dei sanitari che si sono occupati dell'assicurata ha preteso che l'aumentato astigmatismo sarebbe da imputare a un errore, grossolano ed eccezionale, compiuto dall'operatore, probabilmente nella regolazione dell'apparecchio laser utilizzato. Da notare inoltre che non è corretta l'affermazione ricorsuale secondo la quale l'astigmatismo regolare diagnosticato dai sanitari dell'Ospedale _____ di _____, corrisponderebbe a un astigmatismo permanente. Innanzitutto, è la dott.ssa _____ stessa ad aver ammesso che il rimanente spessore corneale è sufficiente per eventuali ulteriori interventi di correzione refrattiva (cfr. doc. 43). In secondo luogo, il carattere regolare o irregolare dell'astigmatismo ha a che vedere soltanto con la curvatura, appunto regolare oppure irregolare, della cornea (cfr., ad esempio, _____). In esito a quanto precede, ricordato che secondo l'Alta Corte è soltanto eccezionalmente che un errore di trattamento può impegnare la responsabilità dell'assicuratore LAINF, occorre concludere all'inesistenza di un fattore esterno straordinario e, quindi, di un infortunio ai sensi di legge. A fronte di una situazione sufficientemente chiarita, il TCA rinuncia all'assunzione di ulteriori prove, in particolare a disporre la perizia specialistica auspicata dal legale della ricorrente. 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. (cfr. DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata). La decisione su opposizione impugnata deve essere confermata e il ricorso presentato da RI 1 respinto.

2.10. L'art. 61 lett. a LPGA, in vigore fino al 31 dicembre 2020, prevedeva che la procedura deve essere semplice, rapida, di regola pubblica e gratuita per le parti; la tassa di giudizio e le spese di procedura possono tuttavia essere imposte alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. In data 1° gennaio 2021 è entrata in vigore una modifica della LPGA. L'art. 61 lett. a LPGA prevede ora unicamente che la procedura deve essere semplice, rapida e, di regola pubblica. Dalla medesima data è entrato in vigore l'art. 61 lett. f bis LPGA secondo cui in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è

soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. Secondo l'art. 82a LPGa (Disposizione transitoria, cfr. RU 2021 358), ai ricorsi pendenti dinanzi al tribunale di primo grado al momento dell'entrata in vigore della modifica del 21 giugno 2019 si applica il diritto anteriore. In concreto, il ricorso è del 12 maggio 2022 per cui si applica la nuova disposizione legale. Trattandosi di una controversia relativa a prestazioni LAINF, il legislatore non ha previsto di prelevare le spese (cfr. STCA 35.2021.9 del 20 settembre 2021 consid. 2.12; STCA 35.2021.58 del 18 ottobre 2021 consid. 2.12). Sul tema cfr. anche STF 9C_368/2021 del 2 giugno 2022; STF 9C_13/2022 del 16 febbraio 2022; STF 9C_394/2021 del 3 gennaio 2022; STF 8C_265/2021 del 21 luglio 2021 (al riguardo cfr. Ares Bernasconi, *Actualités du TF*, 8C_265/2021 du 21 juillet 2021 - frais judiciaires pour les tribunaux cantonaux des assurances selon la révision de la LPGa du 21 juin 2019, in *SZS/RSAS* 2/2022 p. 107).

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