

TI_GERICHTE 35.2022.43 vom 12. September 2022

TI Tribunale d'appello, 2022-09-12, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2022.43

FR: TI_GERICHTE 35.2022.43 du 12 septembre 2022

IT: TI_GERICHTE 35.2022.43 del 12 settembre 2022

Erwägungen

E. 27

maggio 2022) poiché, come dichiarato dall'CO 1 in una comunicazione dell'8 giugno 2020 al TCA, l'incarto sub iudice 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 virtù dell'art. 11 OAINF, l'assicuratore LAINF è tenuto a riprendere l'erogazione delle prestazioni assicurative in caso di ricadute o conseguenze tardive (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), Lausanne 1992, p. 71 e A. Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Berna 1985, p. 277). Né la LAINF né l'OAINF prevedono, al riguardo, un limite temporale. Pertanto, la pretesa potrà essere fatta valere anche qualora la ricaduta o le conseguenze tardive appaiono, per la prima volta, dieci o vent'anni dopo l'infortunio assicurato, e ciò indipendentemente dal fatto che, a quel momento, l'interessato sia o meno ancora assicurato. Rilevante è soltanto l'esistenza di un nesso di causalità (cfr. STFA U 122/00 del 31 luglio 2001). Secondo la giurisprudenza, si è in presenza di una ricaduta quando un danno alla salute, che si presumeva guarito, si riacutizza, di modo che esso necessita di cura medica e causa incapacità lavorativa. Per contro, si parla di postumi tardivi quando un danno alla salute apparentemente guarito produce, nel corso di un periodo di tempo prolungato, delle modificazioni organiche o psichiche, comportanti sovente uno stato patologico differente (cfr. DTF 118 V 296 consid. 2c e riferimenti, 105 V 35 consid. 1c e riferimenti). 2.3. Giusta l'art. 10 LAINF, l'assicurato ha diritto alla cura appropriata dei postumi d'infortunio (cfr. DTF 109 V 43 consid. 2a; art. 54 LAINF) e, in applicazione dell'art. 16 LAINF, l'assicurato totalmente o parzialmente incapace di lavorare (cfr. art. 6 LPGa) a seguito d'infortunio, ha diritto all'indennità giornaliera. Il diritto all'indennità giornaliera nasce il terzo giorno successivo a quello dell'infortunio. Esso si estingue con il ripristino della piena capacità lavorativa, con l'assegnazione di una rendita o con la morte dell'assicurato. 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. Se un miglioramento non è più possibile, la cura termina e l'assicurato può pretendere una rendita d'invalidità (sempre che presenti un'incapacità di guadagno del 10% almeno). Una volta terminata la cura medica, delle misure terapeutiche possono essere assunte soltanto alle condizioni di cui all'art. 21 LAINF e soltanto se l'assicurato è stato posto al beneficio di una rendita. Se ciò non è il caso, spetta all'assicurazione contro le malattie prendere a proprio carico il trattamento (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). 2.4. È già stato indicato che le prestazioni di cura medica enumerate all’art. 10 cpv. 1 LAINF devono essere corrisposte fintantoché da esse ci si possa attendere un notevole miglioramento dello stato di salute infortunistico della persona assicurata (cfr. supra, consid. 2.4.). Il diritto alla cura medica cessa con la nascita del diritto alla rendita (art. 19 cpv. 1 seconda frase LAINF). 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: a. è affetto da malattia professionale; b. soffre di ricaduta o di postumi tardivi e la capacità di guadagno può essere migliorata sensibilmente con cure mediche o queste ne possono impedire una notevole diminuzione; c. abbisogna durevolmente di trattamento e cure per mantenere la capacità residua di guadagno; d. è incapace di guadagno e il suo stato di salute può essere migliorato sensibilmente con cure mediche o queste ne possono impedire un notevole peggioramento. Le condizioni del diritto all’assunzione delle spese di cura medica differiscono quindi a seconda che l’assicurato sia o meno titolare di una rendita (DTF 116 V 41 consid. 3d). Nell’ipotesi contemplata dall’art. 21 cpv. 1 LAINF, le spese di cura possono essere assunte solo alle condizioni previste dalla norma stessa. Se da una parte dalla continuazione della cura medica non ci si può più attendere notevoli miglioramenti ai sensi dell’art. 19 cpv. 1 LAINF e d’altra parte i presupposti dell’art. 21 cpv. 1 LAINF non sono adempiuti, l’assicuratore contro gli infortuni non è più tenuto ad assumere le prestazioni sanitarie. Al suo posto interviene l’assicurazione obbligatoria contro le malattie (cfr. DTF 140 V 130 consid. 2.2; 134 V 109 consid. 4.2). Il capoverso 3 dell’art. 21 LAINF prevede che, 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. 2.5. Nella concreta evenienza, l’istituto assicuratore resistente ha negato il proprio obbligo a prestazioni relativamente all’intervento operatorio al quale l’assicurato si è sottoposto nel luglio 2021, facendo capo al parere espresso in merito dai suoi medici di fiducia (cfr. doc. 539, p. 3). Dalle tavole processuali emerge che, con rapporto del 9 giugno 2021, preso atto degli esiti dell’infiltrazione delle faccette articolari di L1-L4 effettuata il 25 maggio 2021, il PD dott. _____, Primario di chirurgia vertebrale presso il Centro _____ di _____, ha posto l’indicazione per un intervento chirurgico di rimozione del materiale di osteosintesi D10/11, stabilizzazione D10/11 sino a L4 e apposizione di gabbie XLIF nei segmenti L2/L3 e L3-L4 (eventualmente L1-L2) (cfr. doc. 435). Con apprezzamento del 16 giugno 2021, il dott. _____, specialista in neurologia, attivo presso il Centro _____ di _____, ha sostenuto che, in base alle informazioni a sua disposizione, una terapia conservativa con infiltrazioni avrebbe comportato un miglioramento della sintomatologia algica e che l’auspicata operazione (dal profilo dei costi, dei rischi per un paziente di 61 anni affetto da epilessia) non era convincente né giustificabile a fronte dell’inadempimento dei criteri EAE (efficacia, adeguatezza ed economicità), in presenza di una richiesta di benessere senza accenno a un peggioramento clinico della situazione neurologica. Il fiduciario ha quindi suggerito di rifiutare l’assunzione dei costi (doc. 441). In data 17 giugno 2021, l’amministrazione ha in effetti negato il proprio benessere al prospettato intervento chirurgico (scritto indirizzato al _____ con copia

all'assicurato) (doc. 442). L'operazione è stata effettuata in data 21 luglio 2021 presso il _____ . Dal relativo rapporto risulta, a titolo d'indicazione, che il ricorrente presentava un'avanzata degenerazione segmentale da L1 a L4 nel quadro di una scoliosi lombare degenerativa con disestesie interessanti le cosce bilateralmente e di disturbi lombari esacerbati con spasticità. Tenuto conto di tali disturbi, come pure dei reperti morfologici evidenziati dalla diagnostica per immagini, si è quindi proceduto a infiltrare le faccette articolari da L1 a L4, con buona rispondenza, in particolare con una chiara riduzione della spasticità. A fronte della recrudescenza dei disturbi e di un paziente fortemente limitato, è stata posta l'indicazione all'operazione (doc. 460, p. 12). Dal rapporto di uscita 17 agosto 2021 del _____ si apprende che all'insorgente era stato spiegato che a seguito dell'intervento avrebbe potuto perdere gli esistenti spasmi in estensione degli arti inferiori e, pertanto, pure la capacità di deambulare (come era già stato osservato a seguito delle infiltrazioni). La principale aspettativa dell'assicurato riguardo all'operazione, era comunque quella di ottenere una riduzione dei dolori (doc. 460, p. 2). L'amministrazione ha sottoposto al dott. _____ la documentazione nel frattempo acquisita, per una sua presa di posizione. Con apprezzamento dell'8 settembre 2021, il neurologo di fiducia ha ribadito che l'intervento non era indicato. In questo senso, egli ha rilevato che, a margine della consultazione del 23 aprile 2021, il dott. _____, medico consulente presso l'Ambulatorio _____ del _____, aveva confermato uno status quo con grave paraspasticità e dolori lombosacrali in presenza di nota osteocondrosi. Secondo il dott. _____, un evidente peggioramento intervenuto prima dell'operazione, in particolare anche dei dolori, non è stato dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante. Trattandosi della spasticità e della situazione algica, in base al rapporto di uscita, dopo l'intervento vi è stato un incremento dei dolori, cosicché si è resa ulteriormente necessaria una terapia analgesica, antineuropatica e antispastica (cfr. doc. 467). Con referto del 7 ottobre 2021, il PD _____ ha invece sostenuto che è documentata la preesistenza di disturbi (spasticità e dolori) clinicamente rilevanti per l'assicurato, i quali sono chiaramente migliorati dopo l'operazione. Non sussisteva comunque alcun peggioramento dei reperti neurologici, ciò che sarebbe del resto stato atipico in presenza di osteocondrosi e di componenti puramente meccaniche. L'insorgenza di questo genere di degenerazione (osteocondrosi L1-L4) immediatamente adiacente alla stabilizzazione D10/11 in pazienti che vivono prevalentemente seduti, può essere considerata più come conseguenza secondaria della paraplegia che come una degenerazione meramente morbosa. Naturalmente esiste anche una componente degenerativa, tuttavia trattandosi di un paziente che cammina, una degenerazione circoscritta al segmento toraco-lombare senza coinvolgimento della regione lombo-sacrale rappresenterebbe una localizzazione piuttosto atipica per delle osteocondrosi primarie, di origine degenerativa. Queste ultime avrebbero interessato prioritariamente il passaggio lombo-sacrale (in primo luogo il segmento L4-S1), ciò che non è il caso per il ricorrente. Di conseguenza, secondo il dott. _____, queste patologie sono piuttosto da imputare al noto infortunio, nel senso che si tratta di una degenerazione secondaria in stato dopo stabilizzazione D10/11 e mantenimento di una posizione prevalentemente seduta (doc. 476). Le considerazioni espresse dal dott. _____ sono state criticamente commentate dal dott. _____. Il fiduciario dell'CO 1 ha affermato che l'argomentazione sviluppata dal medico curante specialista non è convincente né per quanto concerne l'assenza di un peggioramento pre-operatorio (in presenza di una sintomatologia clinica immutata in base alla valutazione del dott. _____) né per quanto riguarda la pretesa causalità infortunistica in funzione

della localizzazione osteocondrosica nei segmenti lombari. Inoltre, sempre secondo il dott. _____, un aumento del tono della spasticità non può in nessun modo essere spiegato dai segmenti L1-L4, siccome in questi segmenti non è coinvolta nessuna struttura centrale e occorre piuttosto considerare una modificazione del tono flaccido. Infine, il decorso postoperatorio non è stato positivo, dal rapporto di uscita del 17 agosto 2021 emerge piuttosto un peggioramento dopo l'intervento per quanto attiene il quadro algico, cosicché l'assicurato ha continuato a necessitare di una terapia antalgica, antineuropatica e antispastica. In conclusione, il dott. _____ ha ribadito il parere secondo il quale, in concreto, non sarebbero soddisfatti i criteri EAE: continuerebbe in effetti a mancare una chiara dimostrazione di un peggioramento della paraparesi prima dell'intervento, a fronte di dolori presenti da tempo imputabili ad alterazioni degenerative extra-infortunistiche con osteocondrosi e spondilartrosi. Egli ha comunque raccomandato l'esecuzione di una visita di controllo presso il dott. _____ per accertare il preteso intervenuto miglioramento (cfr. doc. 511). L'11 febbraio 2022 ha avuto luogo il consulto presso il dott. _____. In quell'occasione, il ricorrente ha descritto in questi termini il quadro clinico intervenuto dopo l'intervento: "(...) Il paziente ci riferisce della situazione attuale caratterizzata da problematiche inerenti la sua mielolesione quale perdita della spasticità estensoria e comparsa della spasticità in flessione degli arti inferiori, perdita del controllo della vescica, attualmente in leggero miglioramento con conseguente riduzione, con conseguente riduzione della mobilità e alterazione delle funzioni sessuali. Dal punto di vista personale il Signor RI 1 riferisce che nei 6 mesi post-operatori la situazione si è stabilizzata e perciò che concerne la problematica della sintomatologia algica comunica un marcato miglioramento con solo rari episodi di esacerbazione con VAS fino a 8/10 (2,3 volte al giorno). Questa sintomatologia, al di fuori delle crisi di esacerbazione, non ha alcuna interferenza nell'ambito della sua attività quotidiana ma, egualmente ha un importante impatto sulla sua attività lavorativa, cosa che gli causa un'incapacità lavorativa di ca. l'80% nella gestione della propria impresa di costruzione. La sintomatologia algica è primariamente localizzata alle ginocchia e al quadricipite con forti irradiazioni anche all'anca sinistra. Per ciò che riguarda la mobilità riferisce un'importante rigidità della colonna che è l'espressione dell'intervento di osteosintesi effettuato che limita la rotazione del tronco e la flessione della colonna lombare. In seguito a questa tematica il paziente asserisce che fa molta fatica a spingere la carrozzina in salita per il fatto che non riesce più a dare l'impulso necessario alle ruote per superare queste pendenze, ragione per cui è obbligato a chiedere aiuto per questa attività. La stessa cosa avviene nei trasferimenti ed in particolare anche nei trasferimenti carrozzina/automobile, ragione per cui attualmente il Signor RI 1 non guida più il veicolo autonomamente. Riferisce anche della tematica dei dolori alla mano sinistra di cui, in seguito ad un controllo neurologico e all'elettroencefalografia, non si è posta l'indicazione chirurgica per il grado avanzato della patologia. Dal lato farmacologico mi comunico di essere ancora in trattamento con Tizanidine, Oxynorm (fino a 75 mg/die), Urbanyl 10 mg. È suo desiderio ridurre la terapia con oppiacei per evitare anche una dipendenza. Il paziente svolge sedute regolari di fisioterapia presso lo studio "_____” di _____. Non ergoterapia. Riassumendo il signor RI 1 ci riferisce che pur avendo avuto un miglioramento per ciò che riguarda la sintomatologia algica, vista l'alterazione della sua mobilità (spasticità con flessione degli arti inferiori nelle attività di vita quotidiana non è più in grado di gestire la direzione operativa dei cantieri ed è obbligato a delegare queste attività a terze persone e per quanto riguarda le attività di vita privata quotidiana delega alla moglie ." (doc. 533, p. 3 – il corsivo è del redattore) Queste invece le

considerazioni formulate la dott. _____: " (...) Ho visto in data 11.02.2022 il Signor RI 1 presso l'ambulatorio di _____ a _____ in buone e stabili condizioni generali. Purtroppo problematiche specifiche quale dolori agli arti inferiori e aumento della spasticità (ed in particolare con la comparsa di una spasticità in flessione degli arti inferiori) hanno un importante impatto sulle sue AVQ. Questo è spiegabile, dal punto di vista biomeccanico, con la lunghezza della fissazione D11 L4 e conseguente immobilizzazione della colonna nel tratto toraco-lombare associato ad una maggiore attività del muscolo (ileo)psoas bilateralmente. Da riferire inoltre che gran parte dei dolori in regione lombare sono dovuti ad un'iperattività della muscolatura paravertebrale con molteplici trigger-points presenti all'esame obiettivo. Quale proposta terapeutica, a parte il prosieguo delle regolari sedute di fisioterapia, abbiamo proposto un approccio terapeutico tramite TENS locale (l'istruzione avverrà da parte dei colleghi della fisioterapia "_____") e quale ulteriore opzione terapeutica per il controllo della spasticità una chemiodenervazione per via dorsale del muscolo psoas bilateralmente al fine di indebolire il movimento spastico della flessione delle anche. Il signor RI 1 ci comunicherà la sua decisione in merito e frattempo preferisce continuare con le sedute fisioterapiche che gli permettono di svolgere le sue attività quotidiane nell'ambito delle limitazioni già descritte. La sua capacità lavorativa è chiaramente molto limitata per l'impossibilità di trasfer autonomi e la necessità di avere sempre qualcuno che lo aiuti anche nell'attività professionale ed in particolare per quanto concerne la sua presenza sui cantieri. Come già discusso con i colleghi della chirurgia della colonna, si prevede un prosieguo dell'attività riabilitativa ambulatoriale ed in particolare agendo a livello della regolazione della spasticità spinale, infatti l'evoluzione di questa sintomatologia è ancora in atto fino ad un anno dall'intervento chirurgico effettuato. Riassumendo il Signor RI 1 ha avuto un netto miglioramento per ciò che concerne la terapia (recte: la sintomatologia, n.d.r.) algica invalidante lamentata precedentemente, ma visto il cambiamento della biomeccanica in seguito all'intervento di stabilizzazione della colonna toraco-lombare con la comparsa di spasticità in flessione, ha perso una parte della sua autonomia di movimento, in gran parte per la scomparsa della precedente sindrome spastica con spasmi in estensione e iperlordosi della colonna lombare. In quest'ambito abbiamo discusso delle ulteriori possibilità terapeutiche ed in particolare anche della chemiodenervazione del muscolo psoas bilateralmente da effettuarsi sotto controllo sonografico presso il nostro ambulatorio di paraplegia. In caso il paziente decidesse di indirizzarsi verso questa direzione, prenderà direttamente contatto con noi. Per quanto concerne la funzione vescicale ed in particolare anche la funzione sessuale, il paziente ci riferisce una costante tendenza ad una normalizzazione di questa tematica." (doc. 533, p. 4 – il corsivo è del redattore) Con apprezzamento del 29 marzo 2022, il PD dott. _____, spec. FMH in neurologia, ha in sostanza condiviso il parere del collega dott. _____, secondo il quale non vi erano i presupposti per un'assunzione dell'intervento del luglio 2021. Da un lato, dopo esame dei criteri EAE, fa difetto una diagnosi conforme alle linee guida giustificante un'operazione chirurgica in nesso causale con l'infortunio, come pure la prospettiva di un miglioramento funzionale, rispettivamente di evitare un aggravamento funzionale ai sensi dell'art. 21 LAINF. Dall'altro, l'intervento ha persino comportato un importante peggioramento funzionale, nel senso che l'assicurato non è ormai più in grado di camminare neppure in maniera limitata e, in particolare, non è più in grado di compiere i transfer in autonomia (doc. 538). Unitamente all'impugnativa, il rappresentante dell'assicurato ha prodotto ulteriore documentazione medica. Con referto datato 1° maggio 2022, il dott. _____ ha innanzitutto fatto valere che la patologia riguardante la

colonna vertebrale, inquadrata nella diagnosi d'artropatia di Charcot, costituirebbe una conseguenza naturale del sinistro ocorso nel gennaio 1989: " (...) Das Auftreten eines Charcot-Gelenkes in der Wirbelsäule (so genannte Charcot-Wirbelsäule) ist eine Komplikation neurologischer Erkrankungen. Auffallend ist, dass die betroffene Gruppe nur Paraplegiker und keine Tetraplegiker beinhaltet. Dies stützt die neuropathische Entstehungstheorie, da Tetraplegiker auf Grund der ausgedehnteren Lähmung weniger Kraft auf die Wirbelsäule ausüben können. Insgesamt handelt es sich bei der Charcot-Wirbelsäule um eine typische und bekannt Spätfolge einer Querschnittlähmung wozu es namhafte Literatur gibt. Aufgrund dieser Kenntnisse und Fachliteratur ist u.E. die progrediente Charcot-Arthropathie mit dem Mass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit Folge der Fraktur des Unfalls vom 1989. Auch die Korrelation der vorhandenen neurologischen Symptome mit den weiter darunter liegenden Lendenwirbelsäule-Veränderungen ist neuro-anatomisch begründet ." (doc. A 7 – il corsivo è del redattore) Inoltre, a suo avviso, l'intervento in discussione era assolutamente indicato e doveva essere effettuato nel corso del 2021 per migliorare la qualità di vita dell'insorgente e per evitare ulteriori conseguenze tardive (cfr. doc. A 7). Con rapporto dell'11 maggio 2022, il dott. _____, specialista in ortopedia e chirurgia infortunistica, ha in sostanza condiviso la valutazione del dott. _____ (cfr. doc. A 8). Invitato dall'amministrazione a prendere posizione in merito al contenuto della documentazione nel frattempo prodotta, il neurologo dott. _____ si è riconfermato nella sua precedente presa di posizione. Al riguardo, egli ha ricordato di aver già evidenziato che i rischi di un intervento elettivo effettuato senza benessere non erano stati sufficientemente valutati. Non risulta, da un canto, che i possibili rischi operatori e le relative conseguenze fossero stati preliminarmente chiariti nel dettaglio né, dall'altro, che si sia tenuto conto delle conseguenze effettivamente insorte. Tutto ciò in un assicurato che prima dell'intervento era ancora abile al lavoro quale impresario, in grado di camminare seppur in maniera limitata e, in particolare, che poteva effettuare in autonomia i transfer da e verso la carrozzella. Un importante peggioramento della qualità di vita del ricorrente e, in particolare, della sua autonomia è intervenuto a causa dell'operazione e di una spondilodesi della colonna toraco-lombare troppo lunga, eseguita senza alcuna plausibile indicazione. Trattandosi di una colonna vertebrale già gravemente traumatizzata, dopo così tanto tempo, in nessun caso un nuovo intervento con rimozione del materiale di spondilodesi è atto a eliminare il rischio di un ulteriore sviluppo degenerativo (osteocondrosi); al contrario esso è suscettibile di scatenare nuovi processi ossei e, potenzialmente, persino di accelerarli. Secondo il dott. _____, né il dott. _____ né il dott. _____ si sono confrontati con gli aspetti appena indicati. In effetti, i loro rapporti si esauriscono in generiche considerazioni riguardanti la frequenza d'insorgenza di alterazioni degenerative localizzate nel segmento adiacente a una spondilodesi, le quali però in nessun caso rendono indispensabile un'operazione, così come risulta anche dalle relative linee guida (cfr. doc. III 1). In data 17 giugno 2022, l'avv. RA 1 ha prodotto uno scambio di corrispondenza intercorso nel frattempo tra l'assicurato e il dott. _____. Con comunicazione mail dell'8 giugno 2022, RI 1 ha riferito che, a causa del noto intervento, ha "... perso la facoltà di deambulare con le stampelle, nemmeno riesco più a stare in posizione eretta. La mia mobilità si è notevolmente ridotta: flessione e torsione della colonna limitata. Dopo poche ore che sto seduto devo sdraiarmi, ciò a causa dei dolori diffusi nella zona lombare e del bacino. La mia indipendenza si è ridotta, ciò sostanzialmente a causa della minore mobilità e dell'impossibilità di stare in posizione eretta. Apparsi i dolori della spasticità data dai muscoli flessori, in particolare la sera.". Quali effetti positivi

dell'operazione, egli ha osservato che “il dolore lancinante e continuo nella zona lombare è praticamente sparito. Da seduto posso avere una migliore posizione, anche una migliore respirazione. Spariti i dolori della spasticità data dai muscoli estensori.”. In conclusione, egli ha in particolare rilevato che “a causa dei fattori negativi e positivi sopra elencati la mia vita è ora cambiata, prima dell'intervento non mi sono mai sentito un handicappato. Ora sì. Ma questa è la vita. Non avessi deciso per l'intervento chirurgico penso che la mia situazione generale sarebbe inesorabilmente peggiorata.” (doc. A 16). Con rapporto del 9 giugno 2022 (doc. A 16), il dott. _____ ha segnatamente ricordato che, in base alla sintomatologia clinica, al materiale iconografico e all'effetto delle infiltrazioni, dopo attenta ponderazione dei vantaggi/svantaggi di un approccio chirurgico rispetto a un approccio conservativo, l'assicurato aveva optato per operarsi. La funzione neurologica del paziente non è stata considerata nel porre l'indicazione, siccome essa era stabile (paraplegia sensomotoria incompleta sub D10 dal 1989/'90). A suo avviso, l'CO 1 avrebbe dovuto disporre una perizia indipendente da parte di un chirurgo della colonna vertebrale con esperienza nel trattamento di patologie quale quella presentata dall'insorgente. In base allo stato attuale della letteratura, è difficile dimostrare in modo concludente e con solida evidenza che le osteocondrosi L1-L4 rappresentano delle degenerazioni del segmento adiacente dopo stabilizzazione D10/11 oppure un'incipiente artropatia di Charcot e, pertanto, ammettere l'esistenza di un nesso causale indiretto con l'infortunio. Il dott. _____ ha precisato che presso il _____ si osserva ad ogni modo la frequente insorgenza di significativi processi degenerativi al di sotto del livello della paralisi, suscettibili di provocare diverse problematiche/complicazioni che rendono finalmente necessario un approccio chirurgico. Con apprezzamento del 23 giugno 2022, il dott. _____ e la PD dott. _____, spec. FMH in neurochirurgia, hanno ribadito che non è stato dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante che grazie all'operazione in questione si sarebbe evitato un imminente peggioramento direzionale, rispettivamente ottenuto un miglioramento significativo ai sensi dell'art. 21 LAINF, e ciò conformemente al rifiuto di fornire il benessere in ragione dell'inadempimento dei ceteri EAE. Per contro, si constata, anche sulla scorta di quanto dichiarato dall'assicurato medesimo (cfr. mail dell'8 giugno 2022), che le sue condizioni di salute sono significativamente peggiorate dal profilo funzionale, addirittura direzionalmente con riferimento alla sua preesistente residua capacità lavorativa del 50% almeno, ma ciò non a carico dell'assicurazione contro gli infortuni che ha negato il benessere all'intervento in ragione di un insufficiente rapporto rischio/beneficio (cfr. doc. IX 1). Con referto del 6 luglio 2022, pronunciandosi su quanto sostenuto dal dott. _____, la PD _____ ha dichiarato che, dal suo punto di vista, tenuto conto delle dettagliate valutazioni agli atti e delle misure preoperatorie, in concreto non vi era la necessità d'interpellare un chirurgo spinale con esperienza nel trattamento di patologie quale quella qui in discussione (cfr. doc. IX 2).

2.6. 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

sceveri 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). 2.7. Nel caso concreto, litigiosa è principalmente la questione di sapere se l'CO 1 era legittimato a negare il proprio obbligo a prestazioni a proposito dell'intervento chirurgico compiuto il 21 luglio 2021 e delle sue conseguenze, oppure no. Chiamato a pronunciarsi, il TCA constata che l'assicurato è al beneficio di una rendita d'invalidità (del 50%) a contare già dal gennaio 1993. Il diritto alla cura medica dopo la determinazione della rendita è regolato dall'art. 21 LAINF (cfr. supra, consid. 2.4.). Nel caso concreto, così come ha pertinentemente osservato l'amministrazione (cfr. doc. III, p. 4), non entrano in linea di conto le eventualità di cui alla lett. a ("è affetto da malattia professionale") e lett. d ("è incapace di guadagno e il suo stato di salute può essere migliorato sensibilmente con cure mediche o queste ne possono impedire un notevole peggioramento") dell'art. 21 cpv. 1 LAINF (per quanto riguarda specificatamente la lett. d, essa concerne in effetti quegli assicurati che presentano un'incapacità lucrativa del 100% [cfr. KOSS – Hürzeler/Kieser, Art. 21 UVG, n. 11]), ciò che non è evidentemente il caso

dell'insorgente). La presente fattispecie va per contro valutata alla luce del disposto di cui alla lett. b (“soffre di ricaduta o di postumi tardivi e la capacità di guadagno può essere migliorata sensibilmente con cure mediche o queste ne possono impedire una notevole diminuzione”) o c (“abbisogna durevolmente di trattamento e cure per mantenere la capacità residua di guadagno”) dell'art. 21 cpv. 1 LAINF. Trattandosi dell'eventualità di cui alla lett. c, secondo la giurisprudenza, non è sufficiente che i trattamenti eseguiti comportino una stabilizzazione oppure addirittura un miglioramento dello stato di salute, in particolare dei dolori, e che essi abbiano un impatto esclusivamente in ambito sociale (cfr. STF 8C_1011/2010 del 19 maggio 2011 consid. 5.5). L'obbligo a prestazioni esige piuttosto che i provvedimenti sanitari servano a conservare la restante capacità lucrativa (cfr. STF 8C_518/2016 dell'8 maggio 2017 consid. 3.4). Il medesimo concetto vale anche per l'eventualità di cui alla lett. b, nel senso che i trattamenti in discussione devono servire a migliorare (notevolmente) o a mantenere la capacità di guadagno. Fatte queste premesse, il TCA ritiene di poter confermare la decisione su opposizione impugnata mediante la quale l'istituto assicuratore resistente ha negato l'assunzione dei costi dell'intervento operatorio del luglio 2021, per il motivo che non sono adempiute le condizioni poste dall'art. 21 cpv. 1 lett. b o c LAINF, e ciò per le ragioni che seguono. Innanzitutto, occorre rilevare che, alla chiusura della ricaduta dell'agosto 2017 che era stata determinata da problemi urologici e, soprattutto, da un “importante aumento della spasticità spinale a livello lombare con concomitante sintomatologia algica invalidizzante con sindrome radicolare irritativa L3 sx” (doc. 175, p. 1), con decisione formale del 16 marzo 2020 (cfr. doc. 353), poi confermata con decisione su opposizione dell'8 maggio 2020 (doc. 360), facendo essenzialmente capo alle risultanze della degenza 2 – 16 luglio 2019 presso la Clinica _____ di _____ (cfr. doc. 301), l'assicurato è stato dichiarato in grado di riprendere l'esercizio della sua abituale professione in misura del 70% a contare dal 26 agosto 2019 e, pertanto, abile nella misura della rendita d'invalidità in vigore (con sospensione del pagamento delle indennità giornaliere a far tempo dal 1° gennaio 2020). Da notare che già allora i sanitari del _____ avevano prospettato all'insorgente di sottoporsi a un intervento chirurgico spinale (cfr. doc. 175, p. 3: “Si rimanda al rapporto del collega Dr. _____ dell'Unità _____ di _____, reparto di chirurgia della colonna, in particolare alle diverse possibili opzioni di intervento nel caso in cui l'effetto dell'infiltrazione alle faccette articolari non sia di lunga durata e non porti all'effetto desiderato a lungo termine.”). A margine della sua audizione del 14 agosto 2019, RI 1 ha segnatamente dichiarato di lavorare “... al mattino in ufficio a _____ e al pomeriggio si reca a casa, dove se necessario svolge ancora delle attività per la ditta. Di regola inizia tra le 7.30 e le 9.00, a dipendenza di come riesce a “mettersi in moto” e dei dolori. Rimane in ufficio fino a mezzogiorno e poi si reca a casa dove può coricarsi per riposare. Dopo un po' di tempo seduto sulla carrozzina inizia ad infiammarsi il nervo crurale della gamba sinistra e deve mettersi in posizione supina per scaricare il peso. (...). In accordo confermeremo le percentuali d'abilità lavorativa espressa dalla Clinica di _____, ossia 50% dal 17.7.2019, 60% dal 5.8.2019 e al 70% dal 26.8.2019.” (doc. 307). In occasione di quella tenutasi l'11 dicembre 2019, egli ha osservato che “dopo l'infiltrazione è rimasto inabile al 100% qualche giorno (28.10.2019 al 3.11.2019), dal 4.11.2019 al 11.11.2019 ha lavorato al 50% e dal 12.11.2019 ha ripreso al 70%. Il sig. RI 1 afferma che probabilmente queste inabilità lavorative giungeranno abbastanza puntualmente a dipendenza dei dolori, d'altronde l'età avanza. Ci tiene però a confermare che non ha accusato un peggioramento oggettivo. Spiego al sig. RI 1 che sulla base dell'annuncio di ricaduta del 10.8.2017 le ore lavorate erano 42, quindi al

100% con un salario mensile di CHF 13'936.- al mese. Sulla base dell'esito del soggiorno a _____ risulta che necessita di 2 ore di pausa al giorno e che risulta abile al lavoro al 70% come capo impresa. Pertanto considerata la rendita CO 1 al 50% (ca. CHF 31'700.- all'anno) e l'abilità al 70% procederemo con la sospensione delle IG ma non toccheremo la rendita d'invalidità. Il sig. RI 1 afferma che, per gestire i dolori, la sua abilità lavorativa è del 50% e non del 70%. Solitamente lavora al mattino, mentre al pomeriggio va a casa a riposarsi e prendersi cura del corpo.” (doc. 327). Con certificazione del 13 dicembre 2019, il medico curante, dott. _____, spec. FMH in medicina interna, ha attestato che, dopo aver infiltrato la regione d'inserzione del muscolo piriforme, il ricorrente aveva avvertito “... un progressivo miglioramento dei dolori. Ho certificato un temporaneo aumento dell'IL al 100% dal 28.10.2019 al 3.11.2019, poi al 50% dal 4.11.2019 al 11.11.2019, con poi rientro al pensum abituale grazie all'efficacia della procedura.” (doc. 334). Lo stesso dott. _____, con rapporto del 19 dicembre 2020, ha riferito che nel frattempo il suo paziente aveva accusato “... un netto peggioramento della sintomatologia algica, coinvolgente sia la regione lombare che quella dell'anca destra con estensione verso la gamba. Si tratta dei dolori “abituati” di cui soffre a intermittenza da tempo . I dolori erano tali da richiedere una certificazione di IL completa, che ho emesso a partire dal 30.11.2020 per il periodo fino al 6.1.2021. Nelle prime 2-3 settimane il paziente ha beneficiato di trattamenti di fisioterapia intensa prescritti dal Dr. med. _____ (della clinica _____), per i quali si reca dalla fisioterapista _____ a _____; per ora sembra esserci un beneficio, che non è ancora tale da far considerare un rientro a breve. Consideriamo l'ipotesi di procedere alla spondilodesi, come proposto a _____ qualche tempo fa.” (doc. 373 – il corsivo è del redattore). È in questo contesto che all'istituto assicuratore è stata annunciata la ricaduta del dicembre 2020 (doc. 368) e che, nel luglio 2021, si è proceduto a operare l'assicurato (doc. 460). Attentamente vagliata la documentazione agli atti, questa Corte non ritiene dimostrato, con un sufficiente grado di verosimiglianza, che l'intervento del 21 luglio 2021 abbia migliorato sensibilmente la capacità di guadagno dell'insorgente, né che grazie ad esso ne sia stato evitato un peggioramento. Dalle carte processuali emerge anzi che la capacità lucrativa dell'assicurato è addirittura peggiorata a causa degli effetti dell'operazione in discussione, posto come la sua capacità lavorativa residua è passata dal 50 (75%, secondo quanto stabilito con la decisione su opposizione dell'8 maggio 2020, cresciuta incontestata in giudicato [doc. 360]) al 25% (in questo senso, si veda in particolare il rapporto 2 marzo 2022 del dott. _____ – doc. 533, p. 2: “Riassumendo il Signor RI 1 ci riferisce che pur avendo avuto un miglioramento per ciò che riguarda la sintomatologia algica, vista l'alterazione della sua mobilità (spasticità con flessione degli arti inferiori) nelle attività di vita quotidiana non è più in grado di gestire la direzione operativa dei cantieri ed è obbligato a delegare queste attività a terze persone (...). Dal punto di vista psichico riferisce di soffrire molto di questa situazione ed in particolare per non riuscire più a lavorare in modo indipendente e concentrato per la sua impresa. Mi comunica inoltre che la sua capacità lavorativa attuale è del 25% .” – il corsivo è del redattore). La circostanza che, secondo quanto dichiarato dal ricorrente stesso, l'intervento avrebbe migliorato la sua qualità di vita , nel senso che, grazie ad esso, egli non avvertirebbe più un “dolore lancinante e continuo nella zona lombare”, né “i dolori della spasticità data dai muscoli estensori” (in base al contenuto della sua mail dell'8 giugno 2022, ora egli lamenterebbe comunque dei dolori diffusi nella zona lombare e del bacino dopo poche ore di lavoro in posizione seduta, per il trattamento dei quali assume una terapia con oppiacei, come pure dei dolori provocati dalla spasticità dei muscoli

flessori), è irrilevante ai fini del giudizio, ritenuto che, in ossequio alla giurisprudenza federale, è necessario che il trattamento in questione sia volto a migliorare oppure a mantenere la capacità di guadagno della persona assicurata, ciò che non è il caso nella presente fattispecie. In questo senso, il TCA può dunque seguire la valutazione espressa in proposito dagli specialisti interpellati dall'amministrazione, i quali, già da un punto di vista prospettivo, avevano negato che operazione rispettasse i criteri di efficacia, adeguatezza ed economicità (si veda l'apprezzamento 16 giugno 2021 del neurologo dott. _____, per il quale, constatata l'assenza di un aggravamento della situazione neurologica, l'ennesima recidiva dei dolori avrebbe potuto essere efficacemente trattata mediante l'applicazione di provvedimenti conservativi, come già era stato più volte il caso in passato). In particolare, occorre rilevare come agli atti non figurino avvisi specialistici divergenti, suscettibili di generare dubbi, neppure lievi, a proposito della fondatezza del parere enunciato dai fiduciari dell'assicuratore. Così come è stato pertinentemente sottolineato anche dal PD dott. _____ (cfr. doc. III 1), i medici privatamente consultati dall'assicurato, segnatamente i dottori _____ e _____, si sono impegnati soprattutto a dimostrare l'esistenza di una relazione di causalità naturale (indiretta) tra l'infortunio del gennaio 1989 e le note alterazioni degenerative lombari – questione che può qui rimanere insoluta (alla luce dei motivi che giustificano la reiezione dell'impugnativa) - senza discutere quegli aspetti che l'applicazione dell'art. 21 LAINF implica. A fronte di una situazione sufficientemente chiarita, questo Tribunale rinuncia all'assunzione di ulteriori prove (in particolare, all'esperimento di una perizia pluridisciplinare, come richiesto dal patrocinatore del 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). In queste condizioni, la decisione su opposizione impugnata deve essere confermata nella misura in cui l'assicuratore LAINF convenuto ha negato l'assunzione dei costi dell'operazione chirurgica al quale l'insorgente è stata sottoposto in data 21 luglio 2021. 2.8. Il rappresentante dell'insorgente non può essere seguito neppure laddove pretende che l'istituto assicuratore sarebbe tenuto a versare ulteriori indennità giornaliere dopo il 5 novembre 2021 (cfr. doc. I, p. 11, doc. V, p. 3 e doc. XIII, p. 5). In effetti, lo stato di salute infortunistico dell'assicurato è stato modificato durevolmente dall'intervento del luglio 2021, relativamente al quale l'amministrazione ha (giustamente) negato il proprio obbligo a prestazioni, di modo che anche l'ulteriore incapacità lavorativa attestata dal medico curante non può essere posta a carico dell'CO 1. 2.9. Con il ricorso, l'avv. RA 1 ha chiesto al TCA di sentire il proprio patrocinato (cfr. doc. I, p. 11 e doc. V, p. 3). Egli non ha formulato un'esplicita richiesta d'indire un pubblico dibattimento (cfr., su questo aspetto, la DTF 125 V 38 consid. 2), ma ha semplicemente chiesto un'udienza per essere sentito dinanzi al TCA, formulando di fatto una richiesta di assunzione di prove, nella forma dell'interrogatorio di parte. Ora, questa Corte può esimersi dal sentire l'assicurato in udienza, dando seguito al richiesto interrogatorio di parte, in quanto superfluo ai fini dell'esito della vertenza (cfr. STF 8C_525/2016 del 27 settembre 2017 consid. 2.3; 8C_186/2017 del 1° settembre 2017 consid. 2.3; 8C_64/2017 del 27 aprile 2017 consid. 4.2; 8C_723/2016 del 30 marzo 2017

consid. 3.2; I 472/06 del 21 agosto 2007 consid. 2). 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. fbis 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 16 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.