

TI_GERICHTE 35.2023.94 vom 21. Mai 2024

TI Tribunale d'appello, 2024-05-21, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2023.94

FR: TI_GERICHTE 35.2023.94 du 21 mai 2024

IT: TI_GERICHTE 35.2023.94 del 21 maggio 2024

Erwägungen

E. 25

aprile 2018), questa Corte rileva che decide questa vertenza nella sua composizione ordinaria (pubblicata su FUCT N. 102 del 27 maggio 2022). Con scritto del 18 ottobre 2018 l'CO 1 ha infatti comunicato al TCA che, a partire da quella data, gli incarti affidati dall'assicuratore a un legale esterno all'istituto per le fasi della procedura giudiziaria non vengono gestiti, in seno alla Direzione, dalla giurista di lingua italiana figlia del Giudice Ivano Ranzanici (cfr. STF 8C_668/2021 del 18 febbraio 2022 consid. 2.1). in merito 2.2. Nel caso di specie, è litigiosa innanzitutto la questione di sapere se l'assicuratore convenuto era legittimato a dichiarare estinto dal 1° giugno 2023 il diritto alle prestazioni di corta durata, oppure no. In caso di risposta positiva, occorrerà esaminare se sono dati i presupposti per sottoporre a revisione la rendita d'invalidità in vigore. 2.3. Stabilizzazione dello stato di salute infortunistico a contare dal 1° giugno 2023? 2.3.1. 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. Né la possibilità remota di un risultato positivo dato dalla prosecuzione di un trattamento medico né un beneficio terapeutico minore prevedibile da nuovi provvedimenti – quali una cura termale – danno diritto a una sua attuazione (STF 8C_142/2017 del 7 settembre 2017 consid. 4). Non è parimenti sufficiente che un trattamento fisioterapeutico possa eventualmente apportare benefici alla persona assicurata (STF 8C_736/2017 del 20 agosto 2018 consid. 4.1). 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; STF 8C_301/2021 del 23 giugno 2021 consid. 3.2). 2.3.2.

Nella concreta evenienza, l'assicuratore convenuto ha posto termine dal 1° giugno 2023 alle prestazioni di corta durata (cura medica + indennità giornaliera), ritenendo che da quella data le condizioni di salute infortunistiche fossero ormai stabilizzate ai sensi dell'art. 19 cpv. 1 LAINF (cfr. doc. H e doc. A). La decisione si è fondata sugli esiti della valutazione dei medici assicurativi dr. _____, specialista in neurologia e dr. _____, specialista in ortopedia e traumatologia. Con la propria impugnativa, il patrocinatore pretende, invece, che lo stato di salute infortunistico dell'assicurato sarebbe ancora suscettibile di miglioramento grazie all'impianto di un neurostimolatore spinale, così come proposto dal PD dr. _____ in data 8 ottobre 2021 (cfr. doc. N) e in data 9 febbraio 2023 (doc. AA) e nuovamente indicato in data 17 ottobre 2023 dal dr. _____ (cfr. doc. G). Questa Corte è, dunque, in primo luogo, chiamata a verificare se le valutazioni del PD dr. _____ e del dr. _____ costituiscono una base decisionale sufficientemente affidabile per confermare la stabilizzazione dal 1° giugno 2023. Con apprezzamento neurologico del 14 dicembre 2021 il PD dr. _____, spec. in neurologia, attivo presso il Centro _____ di _____, si è così espresso: " Schlussfolgerung Eine nachvollziehbare oder fassbare Verschlimmerung kann hinsichtlich der nunmehr schwerpunktmässig sakralen, d.h. unterhalb des lumbalen Schädigungsgebiet liegenden Schmerzen, vorliegend nicht nachvollzogen werden, insbesondere nicht in einem überwiegend unfallkausalem Zusammenhang mit dem Ereignis bereits vom 27.08.2002. Diesbezüglich gibt es auch keine neuen Befunde. Eine richtunggebende Verschlimmerung ist auf dieser Grundlage nicht plausibel. Das erneute Kostengutsprachegesuch für einen SCS aus dem Schmerzzentrum des _____ ist zum einen formal ungenügend, und zum anderen kontraindiziert gemäss einschlägigen Leitlinien. Auf neurologischem Fachgebiet ist die zuvor mehrfach festgestellte leichte Arbeitsfähigkeit daher auch als unverändert einzuschätzen. Beantwortung der Fragen 1) L'application de stimulation du test satisfait-elle les critères convenus par la MTK? Correspond la demande d'un test SCS aux critères de la MTK? Non, comme expliqué ci-dessous, la demande de SCS est à la fois formellement et matériellement non conforme aux lignes directrices de la MTK. Une demande de SCS est donc recommandée. D'autres demandes devraient être déposées à ce sujet. 2) Dans l'affirmative (...) 3) Dans le négatif, veuillez s'il vous plaît motiver et évaluer si la situation actuelle est confrontable à une situation médicale stabilisée. Si non, veuillez prendre position, nous sommes-ils encore du côté médical dans une situation de santé stabilisée? Une détérioration directionnelle des douleurs de dos est-elle constatée? Dans ce cas, la capacité de travail précédente est-elle évaluée comme inchangée? En ce qui concerne le nouvel événement du 25.02.2021, la capacité de travail de la main gauche doit être évaluée par un médecin spécialiste de la chirurgie de l'épave. 3.1.) Compte tenu des conséquences de l'accident, quelles activités et quels actes sont encore raisonnablement exigibles de la part de la personne assurée? En ce qui concerne les conséquences de l'accident – Quelles activités peut exercer l'assuré? Ici, sur le plan neurologique, la capacité de travail précédente est évaluée inchangée. Le 21.01.2010 et à nouveau le 05.08.2014, voir ci-dessus, avec une capacité de travail non limitée adaptée aux travaux légers dans une position principalement assise. 3.2.) Quelle est la limitation en termes de durée et de rendement (léger/modérée/grave)? Une évaluation détaillée de l'exigibilité est-elle requise? Inchangée. 4) Pour les conséquences de l'accident, le droit à l'IMI de 30% a-t-il été évalué? Quelle est l'entité d'une éventuelle dégradation de l'intégrité due à l'accident? Aucune modification. 5) Vos observations?"

Ich empfehle eine kreisärztliche Stellungnahme zur Schulterverletzung links vom 25.02.2021 in Ergänzung zu der vorliegenden neurologischen Stellungnahme.” (Doc. 584)

In occasione della visita medica del 7 marzo 2022, il dr. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore, ha fornito il seguente apprezzamento: " Reperti oggettivi Oggettivamente muscolatura simmetrica senza miogelosi. Dolenzia alle articolazioni sacroiliache senza segni per un blocco. Nessun notevole dolore alla palpazione e percussione a livello L2-L3. Nessun segno per radicolopatia. Ipoestesia pseudo radicolare lateralmente alla gamba destra. Leggera glutalgia sopra i muscoli piriformi bilateralmente. Per la forza del braccio destro, per l'abduzione della spalla e la capacità di camminare i referti sono invariati. Vengono dichiarati dolori che aumentano con la flessione delle ginocchia in posizione prona che non sono spiegabili, non spiegabile anche la mancanza della forza per la chiusura del pugno. Anche i dolori che vengono mostrati dall'assicurato in modo drammatico e teatrale ad una leggera palpazione cutanea sopra il livello dell'osso sacro e dell'articolazione sacro iliache non sono spiegabili fisiologicamente. Riflessi rotulei achillei bilateralmente simmetrici come anche la forza della muscolatura degli arti inferiori è ben conservata e simmetrica. Alla visita odierna vi sono alcune incoerenze nei referti dimostrati. Alla Clinica _____ di _____ l'assicurato era in grado di piegarsi in avanti con una distanza dita-pavimento di 40 cm, questo non è più possibile nonostante l'assicurato riferisce che non vi sono stati peggioramenti con situazione stabile. L'assicurato riferisce che può camminare per un massimo di 100 m ma alla pianta dei piedi vi è comunque una callosità simmetrica, maggiormente sull'articolazione MTP2. Anche la muscolatura che è simmetrica e atrofica non correla con una immobilità sia degli arti inferiori che superiori. La forza ridotta mostrata alla chiusura del pugno che è dimostrata in modo incostante, non è una conseguenza della rottura del muscolo sovraspinato. I dolori dimostrati in modo drammatico e teatrale sopra le articolazioni sacro iliache non correlano con un segno di Mennell negativo e di un Joint Play fisiologico. Anche l'aumento dei dolori alla colonna lombare dopo flessione delle ginocchia e in posizione prona non è ben spiegabile. Nell'ultimo intervento eseguito nel 2020 è stato fatto un prolungamento della distanza della fusione a causa di una discopatia senza evidente spondilopatia. L'assicurato riferisce di non avere avuto un segno clinico sopra il livello della spondilodesi e con una sola discopatia senza grave segno di una instabilità o lesione delle articolazioni delle faccette non si può stabilire una chiara degenerazione della connessione della spondilodesi, tuttavia una complicazione secondaria. Per il nesso causale per la spalla sinistra il sollevamento di un peso ha peggiorato uno stato tendinopatico che si evidenzia nella risonanza magnetica del 26.03.2021 (per esempio nella serie 8, immagine da 8 a 12) dove si vede una classica tendinopatia del tendine sovraspinato causata da un impingement sottoacromiale causato da un'artrosi acromion-clavicolare con rottura loco-tipica all'inserzione (parte avascolare) del tendine all'osso. Vi è inoltre leggera atrofia muscolare, una tendinopatia del tendine bicipite e del sottoscapolare come sofferenza cronica. Non vi sono segni posttraumatici. Il meccanismo descritto dall'assicurato ha quindi causato un peggioramento temporaneo, lo status quo sine era raggiunto dopo tre mesi. Colonna lombare Con il prolungamento del TLIF non si presenta una cifotizzazione o scoliosi avanzata rispetto agli ultimi esami. Clinicamente non vi è un grave peggioramento rispetto alla visita del 05.08.2014 dove vi era anche un aggravamento dei sintomi con dolori di 10/10 su scala VAS trattati solo con Arcoxia e un'immobilità della colonna lombare dimostrata senza chiari segni per un'atrofia o ipertensione muscolare. Anche alla visita odierna vi sono degli aggravamenti ed

incoerenze discordanti con i chiari segni clinici e radiologici. Proposte diagnostiche e terapeutiche Da parte mia non sono previste altre terapie o proposte diagnostiche. La fisioterapia può essere continuata per mantenere lo stato attuale. Per una terapia sufficiente faccio riferimento al rapporto neurologico del dr. med. _____.” (Doc. 617) Il PD dr. _____, nuovamente interpellato dall’amministrazione, in data 17 aprile 2023 ha ribadito la validità delle proprie precedenti valutazioni del 19 agosto 2019 e del 14 dicembre 2021, ritenendo in particolare che l’impianto di un neurostimolatore spinale proposto dal PD dr. _____ non porterebbe ad un sostanziale miglioramento dello stato di salute dell’assicurato. Egli ha infatti rilevato che: " (...) Hier darf eingangs freundlicherweise auf die möglicherweise nicht ausreichend zur Kenntnis genommenen neurologischen Beurteilungen vom 29.08.2019 und vom 14.12.2021 diesbezüglich nochmals freundlich hingewiesen werden, um Wiederholungen der Einzelfallbegründung zu vermeiden. Darüber hinaus werden die anästhesiologischen Kollegen aus dem _____ gebeten, die aktuelle wissenschaftlichen Literatur mit einer neuen klärenden prospektiven kontrolliert randomisierten Studie mit Cross-Over Design zur Kenntnis zu nehmen, die nachweist, dass ausdrücklich bei indikativer Diagnose “Failed back surgery syndrom" die Implantation eines SCS ohne ausgewiesene Wirkung im Placebo-Vergleich war (siehe bitte dazu auch key points im Anhang zur ersten Orientierung), und diesbezügliche indikative Diagnosen mit Antragsstellung SCS in Zukunft daher zu vermeiden sind, da nach WZW-Kriterien (gemäss UVG Art. 48 und 54) die Unfallversicherung nicht mehr auf eine Kostengutsprache eintreten darf. Es kann also vorliegend erneut keine SCS-Implantation zur Kostengutsprache empfohlen werden, sondern nur die jahrelange konservative Schmerztherapie sollte fortgeführt werden zum Erhalt der residuellen Arbeitsfähigkeit. Beantwortung der Fragen Nel caso la proposta del dr. _____ non fosse accolta, si chiede: è ancora possibile, con il grado della verosimiglianza preponderante, ottenere un sensibile miglioramento della salute mediante altre misure terapeutiche o mediante assuefazione/adeguamento/allenamento? Eineutig nein, hier bei überwiegend wahrscheinlich wirkungslosem invasivem Therapieansatz mit einem SCS, was aktuell wissenschaftlich ausgewiesen wurde hinsichtlich der spezifisch vorliegenden Diagnose eines “Failed back surgery syndrom”. Tenuto conto delle conseguenze dell’infortunio, al momento attuale quali attività e quali atti sono ancora ragionevolmente esigibili da parte della persona assicurata, tenendo conto dell’esigibilità già espressa nel 2010? Die Arbeitsfähigkeit wird ohne richtungsgebende Verschlimmerung als unverändert eingeschätzt. Possiamo eventualmente inviare l’assicurato presso la clinica di Bellikon per un periodo di cure, terapie e esami necessari con EFL finale? Ich siehe hier keinen Sinn bei einem chronifizierten Schmerzzustand mit langjährigem Fallabschluss. Eine richtungsgebende Verschlimmerung kann versicherungsmedizinisch-neurologisch nicht anerkannt werden, nochmals mit Hinweis auf die letzte neurologische Beurteilung vom 19.08.2019 un 14.12.2021 mit bereits vorliegender ausführlicher Stellungnahme diesbezüglich.” (Doc. 733) 2.3.3. Chiamato a pronunciarsi, il TCA ritiene di poter fondare il proprio giudizio sull’apprezzamento espresso dai medici fiduciari dell’amministrazione, in base ai quali non vi sono più provvedimenti terapeutici suscettibili con probabilità preponderante di migliorare notevolmente lo stato di salute infortunistico dell’insorgente. Del resto, gli specialisti curanti sono tutti concordi nell’indicare che dopo i plurimi interventi ai quali l’assicurato è stato già sottoposto, non vi sono ulteriori trattamenti chirurgici da proporre (cfr., da ultimo, referto del 17 ottobre 2023 del dr. _____, sostituto Capoclinica di neurochirurgia, doc. G). Questa Corte non ignora che, secondo

quanto indicato nel referto del 9 febbraio 2023 dal PD dr. _____, Responsabile del Centro _____, “l’unica opzione terapeutica sul dolore ancora in grado di portare forse ad un miglioramento sarebbe un test di neurostimolazione spinale” (cfr. 718 – il corsivo è della redattrice). Anche il dr. _____, con referto del 17 ottobre 2023, ha indicato che viste “le condizioni in progressivo peggioramento a causa di un dolore ormai intrattabile”, confermiamo “ulteriormente l’indicazione a provare un nuovo trattamento con posa di stimolatore spinale” (cfr. doc. G). Tuttavia, con il proprio apprezzamento del 17 aprile 2023, il PD dr. _____ ha spiegato in modo approfondito e convincente le ragioni per le quali nei casi di sindrome da intervento chirurgico fallito, con condizioni di dolore cronico - come è il caso dell’assicurato - è scientificamente provato che un approccio terapeutico invasivo risulti inefficace (cfr. doc. 733). L’apprezzamento del PD dr. _____ risulta conforme alla dottrina medica in materia. Dall’articolo scientifico “Effect of Spinal Cord Burst Stimulation vs Placebo Stimulation on Disability in Patients With Chronic Radicular Pain After Lumbar Spine Surgery” del 18 ottobre 2022 citato dal PD dr. _____, emerge, infatti, quanto segue: " Conclusions Among patients with chronic radicular pain after lumbar spine surgery, spinal cord burst stimulation, compared with placebo stimulation, after placement of a spinal cord stimulator resulted in no significant difference in the change from baseline in self-reported back painrelated disability." Il tema relativo all’impianto di un neurostimolatore è, del resto, già stato affrontato da questo Tribunale in una STCA 35.2018.75 del 3 luglio 2019, confermata dall’Alta Corte con STF 8C_561/2019 dell’11 maggio 2020, nella quale si è constatato come quanto indicato dai neurologi di fiducia dell’amministrazione corrispondesse in effetti a quanto indicato 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 dall’assicurato (una lesione traumatica del nervo sciatico destro). In effetti, 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), prevedono, in particolare, quanto segue: " Patienten mit Rentenansprüchen bei Arbeitsunfähigkeit sollten nicht mit einem epiduralen Stimulationssystem versorgt werden. Für die Behandlung von Kreuzschmerzen mit Rückenmarkstimulation liegen lediglich historische Fall-Kontrollstudien vor (Barolat et al. 2001, Ohnmeiss u. Rashbaum 2001, Raphael 2004). In der Studie von Ohnmeiss wurden 41 Patienten mit überwiegenden Rückenschmerzen infolge einer Operation mit SCS behandelt. Hierbei wurden entweder eine oder zwei mehrpolige Elektroden implantiert. Nach 5.5 - 19 Monaten wurden die Patienten mit Fragebögen analysiert. 60% der Patienten gaben eine klinische Besserung an, 78% würden die Methode weiter empfehlen und 75% sich dem Eingriff nochmals unterziehen. Bei 4 von 36 Patienten wurde die Elektrode wegen Ineffektivität wieder entfernt. In einer weiteren Studie (Raphael et al. 2004) wurde bei 12 Patienten die SCS mit intrathekalen Opiatgabe verglichen und eine nicht signifikant verbesserte Schmerzreduktion bei intrathekalen Opiattherapie, jedoch eine signifikant verbesserte Lebensqualität (QoL) angegeben. Aufgrund der Studienqualität der epiduralen Stimulation bei reinem Kreuzschmerz muß die Empfehlung offen bleiben. Die SCS sollte beim FBSS mit prädominantem radikulärem Schmerz bei Erfolglosigkeit konservativer Verfahren und Ausschluss psychologischer Kontraindikationen eingesetzt werden." Ora, nella presente fattispecie, il TCA evidenzia che l’assicurato non presenta dolori radicolari predominanti. Nel rapporto del 20 maggio

2021 il PD dr. _____, Caposervizio di Neurochirurgia, ha rilevato come “la sintomatologia è invariata, il paziente non ha nessun dolore radicolare agli arti inferiori” e che non vi è l’indicazione per procedere ad un nuovo intervento chirurgico, proponendo quindi al paziente di rivedere il PD dr. _____, “per adattare il trattamento conservativo e discutere nello stesso tempo l’indicazione a uno stimolatore” (cfr. doc. M - il corsivo è della redattrice). Analogamente alla giurisprudenza sopra citata, anche nel caso di specie il TCA non vede motivo per distanziarsi dalle ben motivate e approfondite considerazioni espresse riguardo alla terapia proposta dallo specialista del Neurocentro dal PD dr. _____ nell’apprezzamento neurologico del 14 dicembre 2021 (doc. 584) e del 17 aprile 2023 (doc. 733), giungendo alla conclusione che nei casi quali quello qui in disamina, un tale tipo di trattamento sia ininfluenza secondo quanto indicato dalla letteratura medica, confortata dalle linee guida della Federazione europea delle associazioni di neurologia consultabili in Internet. Alla luce di quanto appena esp. osto, questo Tribunale ritiene che la proposta del PD dr. _____, divergente dalle linee guida appena menzionate, non appare atta a generare dei dubbi, nemmeno lievi, circa la fondatezza della valutazione enunciata PD. dr. _____, che va quindi integralmente confermata. In esito a tutto quanto precede, è accertato, perlomeno con il criterio della verosimiglianza preponderante, caratteristico del settore della sicurezza sociale, che al momento in cui l’CO 1 ha chiuso il caso (1° giugno 2023), lo stato di salute infortunistico dell’assicurato era ormai stabilizzato ai sensi dell’art. 19 cpv. 1 LAINF. Giova qui ribadire che stabilizzazione non significa che l’insorgente non lamenti più disturbi ma soltanto che quelli ancora presenti non sono più suscettibili di migliorare in modo significativo mediante l’applicazione di ulteriori provvedimenti terapeutici. Stante ciò, l’amministrazione era pertanto legittimata a dichiarare estinto il diritto alle prestazioni di corta durata da quella data e a valutare le prestazioni di lunga durata (rendita d’invalidità e IMI).

2.4. Revisione della rendita d’invalidità in vigore? 2.4.1. Secondo l’art. 17 cpv. 1 LPGA, nella versione in vigore dal 1° gennaio 2022, qui applicabile in virtù della disposizione transitoria di cui all’art. 82 a LPGA, per il futuro la rendita d’invalidità è aumentata, ridotta o soppressa, d’ufficio o su richiesta, se il grado d’invalidità del beneficiario della rendita subisce una modificazione di almeno cinque punti percentuali (lett. a) o aumenta al 100 per cento (lett. b). 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 dagli assicuratori contro gli infortuni, indipendentemente dal fatto che essa sia disciplinata dall’art. 80 LAMI oppure dall’art. 22 LAINF (RAMI 1987 U 32 p. 446s.).

2.4.2. L’invalidità può modificarsi essenzialmente per due ordini di motivi: sia perché cambia lo stato di salute, sia perché il danno alla salute, pur rimanendo immutato, si ripercuote diversamente sulla capacità lucrativa dell’assicurato, ossia sulla sua capacità di procurarsi un guadagno col proprio lavoro (cfr. DTF 130 V 343 consid. 3.5, 126 V 75 consid. 1b, 113 V 275 consid.

1a, 109 V 116 consid. 3b). L'assicurato può, infatti, migliorare, in prosieguo di tempo, le proprie attitudini professionali, acquisire conoscenze che gli consentano l'inserimento in attività meglio remunerate, reperire un posto confacente in modo ideale al suo stato di salute ed alle sue attitudini, ben pagato e sicuro, mettendo in atto una situazione non prevedibile al momento di stabilire il reddito ipotetico da invalido. Oppure le sue capacità di guadagno possono, per motivi diversi, peggiorare. 2.4.3. Per rivedere una rendita di invalidità non basta un semplice cambiamento passeggero: le circostanze di base devono mutare presumibilmente a lungo termine. In particolare, non è motivo di revisione un temporaneo aumento di guadagno dell'assicurato (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 114). 2.4.4. 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). 2.4.5. In concreto, dalle carte processuali emerge che il grado d'invalidità del 26% riconosciuto dall'CO 1 a far tempo dal 1° ottobre 2014 (cfr. doc. 343), è stato calcolato effettuando il confronto dei redditi tra quanto avrebbe potuto guadagnare nella sua professione e quanto potrebbe ancora conseguire, nonostante il danno alla salute infortunistico, nell'esercizio di attività leggere adeguate, esigibili al 100%. In effetti, dalla decisione del 13 febbraio 2015 risulta quanto segue: " (...) Dagli accertamenti medici ed economici è risultato che lo stato di salute del signor RI 1, rispetto alla nostra decisione di rendita del 03.05.2010, è invariato. L'attività da lui esercitata al momento della ricaduta, non è però esigibile. Abbiamo pertanto quantificato le prestazioni di invalidità con lo stesso metodo allora utilizzato, aggiornando i dati salariali. Il salario da valido 2014, dopo aggiornamento tramite contratto collettivo dell'edilizia, ammonta a CHF 76'396.00. Il salario da invalido è quantificato tramite i dati forniti dall'Ufficio federale di statistica che, attraverso la propria pubblicazione "Rilevazione svizzera della struttura dei salari 2012" indica che una persona adibita ad attività non qualificate percepisce un salario medio annuo, dopo rivalutazione nominale al 2014 (2013: +0.7%, 2014: +0.8%), di CHF 66'158.41. da tale cifra applichiamo la deduzione sociale del 15% (DTF 126 V 75), pertanto il salario da invalido ammonta a CHF 56'235.00. Dal confronto delle due cifre risulta un'incapacità al guadagno del 26%, quindi dal 01.10.2014 accordiamo la corrispondente rendita di invalidità." (Doc. 343) Con decisione formale del 4 maggio 2023 (doc. T), poi confermata con decisione su opposizione del 22 settembre 2023 (cfr. doc. A), facendo capo all'apprezzamento del dr. _____, tenuto conto di una capacità lavorativa in attività

sostitutive adeguate sostanzialmente invariata, l'istituto ha negato che fossero dati i presupposti per aumentare la rendita d'invalidità in vigore. Per quanto riguarda la capacità/esigibilità lavorativa, con apprezzamento medico del 20 settembre 2023 il dr. _____, FMH in ortopedia e traumatologia, ha rilevato: " Rispondiamo alle domande poste dall'avvocata _____ della divisione giuridica: La prego di prendere conoscenza dell'evoluzione dopo l'ultima sottoposizione. La CO 1 ha chiuso l'ultima ricaduta con l'01.05.2023 e rifiutato di prendere a carico un test di neurostimolazione così come prospettato dal PD dott. _____. È ora indispensabile fare il punto della situazione dal lato ortopedico. I limiti funzionali definiti in data 20.01.2021 sono ancora attuali oppure è subentrato un notevole peggioramento dell'esigibilità? Solo in caso di risposta positiva vogliate definire i nuovi limiti funzionali e indicare se, in un'attività adatta, l'assicurato è o meno abile al lavoro al 100%. Mi riferisco alla pianificata visita in cui l'assicurato non si è presentato: «L'assicurato tramite il suo avvocato, signor RA 1, ha comunicato di non presentarsi alla visita odierna richiesta dalla CO 1 richiedendo una perizia esterna volta a valutare lo stato di salute del signor RI 1. Secondo l'opinione dell'avvocato siamo confrontati con una incongruenza tra i certificati dei medici CO 1 e quelli degli specialisti che hanno in cura da anni il paziente senza dare giustificazione oggettivabile su base medica. Il 25.07.2023 l'avvocata signora _____ ha risposto all'avvocato e faccio riferimento alla sua lettera con un termine di 10 giorni per rispondere se intende o meno di sottoporsi alla visita prospettata presso la CO 1. In caso contrario la CO 1 si esprimerà in base agli atti». L'ultima valutazione dell'esigibilità lavorativa si basava sulla situazione nel 2010. Dopo la chiusura dell'ultima ricaduta in data 01.05.2023 - basata su una situazione stabile riguardando la situazione post-ultimo intervento del 20.06.2022, in cui è stata eseguita una revisione di stabilizzazione con sostituzione delle viti in L2, estensione della stabilizzazione in L1 e fusione L1-L2 con tecnica PLIF mediante ausilio di neuronavigazione Medtronic e controllo CT O-Arm intraoperatorio - da oltre un anno la situazione è rimasta stabile. Non è stato valutato nessuno scollamento e nessuna lisi delle viti in un assicurato che lamenta dolori cronici che non sono ben valutabili. Non è stata eseguita l'infiltrazione proposta dell'articolazione ileo-sacrale. Si risponde alla domanda È subentrato un peggioramento con dolore di non chiara origine in assicurato con prolungamento della spondilodesi fino L1 a S1 della colonna lombare? Per quanto riguarda l'esigibilità lavorativa si esprime un leggero peggioramento dell'esigibilità prendendo in considerazione l'ultimo intervento alla colonna lombare con prolungamento della spondilodesi, con una riduzione della restante mobilità, in presenza di una situazione clinicamente stabile e guarita senza segni per una lisi. L'assicurato non ha limitazioni nel sollevare e portare pesi fino a 5 kg fino all'altezza dei fianchi. Talvolta può sollevare e portare pesi tra 5, massimo 10 kg fino all'altezza dei fianchi e mai più pesi superiori a 10 kg. Può molto spesso sollevare pesi fino a 5 kg fino all'altezza del petto e di rado pesi superiori a 5 kg oltre l'altezza del petto. L'assicurato non ha limitazioni nel maneggio di attrezzi leggeri di precisione. Può eseguire il maneggio di attrezzi di media entità di rado e non più attrezzi pesanti. La rotazione manuale non è impedita. L'assicurato può molto spesso effettuare lavori al di sopra della testa, di rado effettuare la rotazione del tronco, può assumere talvolta la posizione seduta e inclinata in avanti, talvolta la posizione in piedi e inclinata in avanti. Non ha limitazioni per la posizione inginocchiata e flessione delle ginocchia. Può spesso assumere la posizione seduta e talvolta la posizione in piedi. Può molto spesso camminare fino a 50 metri e talvolta camminare oltre 50 metri, raramente per lunghi tratti e raramente su terreni accidentati. Talvolta può salire le scale, mai più salire su

scale a pioli. Nessuna limitazione per lavori di precisione e rotazione della mano. Nessuna limitazione nell'uso delle due mani e stare in equilibrio. Raramente può eseguire lavori in posizione in piedi e inclinata in avanti. Rispettando questi limiti funzionali persiste un'abilità lavorativa al 100%". (Doc. 772) L'insorgente ha contestato la valutazione eseguita dal dr. _____, in quanto basata solo sugli atti e, inoltre, facendo valere che il proprio stato di salute totalmente compromesso e tale da impedirgli di svolgere qualsiasi attività. A conferma di ciò, egli ha trasmesso un certificato medico del 9 ottobre 2023 del dr. _____, attestante una incapacità lavorativa del 100% dal 1° ottobre 2023 al 31 ottobre 2023 (doc. C); un referto datato 11 luglio 2023 del dr. _____, attestante una totale inabilità lavorativa dal 1° agosto 2023 al 20 settembre 2023 (doc. N); un referto del 17 ottobre 2023 del dr. _____, il quale ha indicato che "tenuto conto delle condizioni di salute attuali del signor RI 1, ritengo il suo stato assolutamente incompatibile con qualsiasi attività lavorativa, anche minima" (doc. G) e, infine, altri due referti del dr. _____, spec. FMH in chirurgia, attestanti una piena inabilità lavorativa per il mese di novembre 2023 (doc. BB) e dicembre 2023 (doc. DD), a causa di infortunio. 2.4.6.

Preliminarmente, riguardo all'obiezione ricorsuale circa il fatto che l'amministrazione ha espresso il proprio parere senza nemmeno visitare l'assicurato (doc. I), va rilevato che, con scritto del 18 luglio 2023, l'amministrazione aveva convocato l'assicurato per una visita medica presso il dr. _____, prevista per il 25 luglio 2023 (doc. 760). Egli, tuttavia, per il tramite del proprio patrocinatore, aveva annullato tale appuntamento, richiedendo di essere sottoposto ad una visita peritale esterna (doc. 762). Nonostante la diffida del 25 luglio 2023 ricevuta dall'Istituto assicuratore, con l'assegnazione di un termine per comunicare il proprio assenso a sottoporsi alla prevista visita presso il dr. _____, pena "in caso di risposta negativa o mancato riscontro, la CO 1 si esprimerà in base agli atti" (doc. 765), con osservazioni del 31 luglio 2023 il legale dell'insorgente aveva confermato il rifiuto, insistendo nel richiedere una perizia esterna (cfr. doc. 766). Alla luce di quanto sopra, essendosi l'assicurato stesso rifiutato di presentare alla visita medica predisposta dall'amministrazione, nonostante la diffida ricevuta, le sue obiezioni ricorsuali che vorrebbero inficiare il valore probatorio dell'apprezzamento del dr. _____ poiché lo stesso è stato reso sulla base degli atti appaiono, oltre che infondate, del tutto pretestuose e in contraddizione con il suo stesso agire. Da notare, inoltre, per inciso, che già in ambito AI, con STCA 32.2019.186 del 6 luglio 2020, confermata dall'Alta Corte con STF 9C_533/2020 del 4 marzo 2021, questo Tribunale aveva confermato l'agire dell'Ufficio AI, il quale aveva rifiutato all'interessato il diritto alle prestazioni AI quale sanzione per la violazione dell'obbligo di collaborazione dell'assicurato, segnatamente per non avere reso tutte le informazioni necessarie per l'analisi del suo diritto a prestazioni. In quel caso l'amministrazione, da un controllo spontaneo nel RC del Cantone Grigioni, era venuta a conoscenza del fatto che l'assicurato figurava quale socio e gerente di una Sagl, richiedendo pertanto allo stesso informazioni in merito. Nonostante svariati solleciti con relative comminatorie, l'interessato non ha ottemperato alle richieste di informazioni dell'UAI necessarie all'analisi del suo caso, agire dal quale è derivato il rifiuto di prestazioni AI per mancata collaborazione. Quanto alla contestata necessità di una perizia, il TCA segnala che la procedura in materia di assicurazione contro gli infortuni è retta dal principio inquisitorio, secondo il quale i fatti rilevanti della causa devono essere accertati d'ufficio dall'assicuratore che intraprende i necessari accertamenti e raccoglie le informazioni di cui ha bisogno (cfr. art. 43 cpv. 1 LPGA; STF 8C_445/2021 del 14 gennaio 2022 consid. 4.4). L'obbligo istruttorio si estende fino a che i fatti necessari all'esame delle domande siano

sufficientemente chiariti (STF 9C_1012/2008 del 30 giugno 2009 consid. 3.2.1). Secondo la giurisprudenza, la grande diversità delle situazioni peritali esige flessibilità e l'assicuratore gode di un ampio margine d'apprezzamento per quanto concerne la necessità, l'estensione e l'adeguatezza delle indagini mediche (DTF 147 V 79 consid. 7.4.2 e i riferimenti ivi menzionati). Da parte sua, in ossequio al dovere di collaborare all'istruttoria della causa, l'assicurato è tenuto a sottoporsi agli esami medici e specialistici necessari all'apprezzamento dei fatti e che sono ragionevolmente esigibili (art. 43 cpv. 2 LPGA). Sono ritenuti necessari tutti quei mezzi di prova che consentono di stabilire i fatti pertinenti per l'applicazione del diritto. Nell'ambito dell'analisi del carattere ragionevolmente esigibile del provvedimento, non è determinante l'apprezzamento soggettivo della persona assicurata ma piuttosto se le circostanze soggettive (quali l'età, lo stato di salute o le esperienze pregresse) autorizzano, sul piano oggettivo, il provvedimento in questione (J. O. Piguet, in: Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, ad art. 43 LPGA n. 10 et 11). Giusta l'art. 43 cpv. 3 LPGA, se l'assicurato o altre persone che pretendono prestazioni, nonostante un'ingiunzione, rifiutano in modo ingiustificato di compiere il loro dovere d'informare o di collaborare, l'assicuratore può, dopo diffida scritta e avvertimento delle conseguenze giuridiche e dopo aver impartito un adeguato termine di riflessione, decidere in base agli atti o chiudere l'inchiesta e decidere di non entrare in materia. Tuttavia, vi è violazione del dovere di collaborare ai sensi di questa norma soltanto se essa è stata commessa in maniera ingiustificabile. In questo senso, la violazione deve essere colpevole, ciò che è il caso se non si è in presenza di alcun motivo giustificativo o se il comportamento della persona assicurata appare manifestamente incomprensibile (STF 9C_259/2022 del 20 settembre 2022 consid. 5.1.1 e i riferimenti ivi citati). Nel caso di specie, questa Corte è dell'avviso che la decisione dell'CO 1 di sottoporre l'insorgente ad una visita presso il dr. _____ non fosse censurabile da nessun punto di vista e che l'assicurato non avesse motivo alcuno per sottrarsi a tale accertamento. Nell'ambito del libero apprezzamento delle prove è in linea di principio consentito che l'assicuratore e il giudice delle assicurazioni sociali fondino la loro decisione esclusivamente su basi di giudizio interne dell'istituto assicuratore, il quale è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale, mentre nella fase che precede la decisione è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (cfr. DTF 136 V 376 consid. 4 pag. 377 segg.). Per quanto riguarda l'imparzialità e l'attendibilità di simili prove, devono tuttavia essere poste esigenze severe (DTF 122 V 157). Per la giurisprudenza del Tribunale federale, nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione dei pareri medici interni dell'assicurazione, occorrerà sottoporre l'assicurato a una perizia medica esterna (DTF 135 V 465 consid. 4.4 pag. 469 seg.). Giova altresì ricordare che di principio deve essere considerato con la necessaria prudenza il referto dei medici curanti a causa dei particolari legami che essi hanno con il paziente (cfr. DTF 125 V 351 consid. 3b/cc pag. 353), per cui, secondo l'esperienza comune, il medico curante tende generalmente, in caso di dubbio, a pronunciarsi in favore del proprio paziente in ragione del rapporto di fiducia che lo unisce a quest'ultimo. Contrariamente all'opinione del ricorrente, l'assicuratore e il giudice delle assicurazioni sociali non devono sistematicamente ordinare una perizia esterna, ma possono fondarsi sui pareri dei medici interni all'amministrazione, a condizione che non sussista un minimo dubbio. Ora, nella fattispecie concreta, come illustrato qui di seguito (cfr. consid. 2.4.7.), l'attestazione di una totale incapacità lavorativa da parte dei medici curanti (cfr. doc. C, N, G, BB, DD) non risulta sufficientemente circostanziata e motivata da poter sovvertire il convincimento a cui è giunto il medico

dell'CO 1. 2.4.7. Chiamata a pronunciarsi, questa Corte ritiene che l'apprezzamento del dr. _____ possa servire da valido fondamento al giudizio che è chiamato a rendere e che le estremamente generiche certificazioni dei curanti (le quali si limitano per l'essenziale ad attestare una inabilità lavorativa del 100% "per infortunio"), non siano atte a sminuirne il valore probatorio. Contrariamente a quanto preteso dall'insorgente in sede ricorsuale - facendo valere che il medico fiduciario si sia limitato a ripetere la valutazione dell'esigibilità già espressa tredici anni prima - il TCA constata che il dr. _____ ha comunque proceduto ad una valutazione dell'esigibilità lavorativa sulla base - forzatamente, stante la violazione del proprio obbligo di collaborazione, rifiutando di presentarsi alla prevista visita medico-fiduciaria (cfr. supra, consid. 2.4.6.) - della documentazione medica a disposizione. Non corrisponde, dunque, al vero quanto sostenuto con il ricorso, avendo l'apprezzamento del dr. _____ tenuto debitamente conto dell'evoluzione dello stato di salute dell'interessato rispetto al momento di concessione della rendita del 26%, giungendo alla conclusione che, nonostante il leggero peggioramento dell'esigibilità, lo stesso continui a presentare una piena capacità lavorativa nello svolgimento di attività adatte, rispettose delle sue limitazioni funzionali (cfr. doc. 772). Il TCA non ha motivo per distanziarsi da queste motivate considerazioni del dr. _____, le quali, del resto, trovano conferma in quanto già valutato in occasione della visita medica del 7 marzo 2022 del dr. _____, il quale aveva concluso che "per quanto riguarda l'esigibilità del lavoro i limiti funzionali rimangono quelli espressi nel mese di gennaio 2010. Confermo una capacità lavorativa nei limiti dell'esigibilità del 02.04.2008" (doc. 617).

2.4.8. Stante tutto quanto precede, occorre ritenere accertato, con un sufficiente grado di verosimiglianza, che l'insorgente sarebbe ancora in grado di svolgere un'attività lavorativa confacente al suo stato di salute somatico (ortopedico) in misura del 100%, così come ritenuto dal dr. _____ (cfr. supra, consid. 2.4.7.). A fronte di una situazione giudicata sufficientemente chiarita, il TCA rinuncia all'assunzione di ulteriori prove (in particolare, a disporre la perizia giudiziaria pretesa dall'avv. RA 1). In proposito, va ricordato che, per costante giurisprudenza, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato (valutazione anticipata delle prove), si rinuncerà ad assumere altre prove (cfr. STF 9C_632/2012 del 10 gennaio 2013; STF 9C_231/2012 del 24 agosto 2012), senza che ciò costituisca una lesione del diritto di essere sentito sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata).

2.5. In esito a tutto quanto precede il TCA deve confermare la decisione su opposizione emessa il 22 settembre 2023 dall'CO 1.

2.6. 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. Il 1° gennaio 2021 è entrata in vigore una modifica della LPGA. L'art. 61 lett. a LPGA enuncia ora unicamente che la procedura deve essere semplice, rapida e, di regola pubblica. Dalla medesima data è 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. Nella presente fattispecie, trattandosi di una controversia concernente prestazioni LAINF, in relazione alle quali il legislatore non ha previsto di prelevare le

spese, non si riscuotono spese giudiziarie (cfr. STCA 35.2023.36 del 14 agosto 2023 consid. 2.9.; STCA 35.2022.50 del 19 settembre 2022 consid. 2.5.; STCA 35.2022.95 del 10 maggio 2023 consid. 2.14.). Sul tema, cfr. anche STF 9C_369/2022 del 19 settembre 2022; STF 9C_368/2021 del 2 giugno 2022; SVR 2022 KV Nr. 18 (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 pag. 107).

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