

TI_GERICHTE 35.2024.10 vom 17. Juni 2024

TI Tribunale d'appello, 2024-06-17, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2024.10

FR: TI_GERICHTE 35.2024.10 du 17 juin 2024

IT: TI_GERICHTE 35.2024.10 del 17 giugno 2024

Regeste

Discussa l'esistenza di una ricaduta, in via subordinata l'esistenza di motivi per sottoporre a revisione una precedente sentenza del Tribunale

Erwägungen

E. 14

ottobre 2016 (che aveva confermato quella formale del 22 dicembre 2014) (cfr. decisione formale del 19 giugno 2023: “ La richiesta di revisione ai sensi dell’art. 53 cpv. 1 LPGA del 2 dicembre 2020 e 5 ottobre 2022 non viene accolta. ”). Ora, va ricordato che la decisione su opposizione in questione è stata oggetto di un esame giudiziario. In effetti, essa era stata impugnata dinanzi a questa Corte che l’aveva finalmente confermata con la sentenza 35.2016.103 del 23 marzo 2017. Il successivo ricorso al TF era stato dichiarato inammissibile, di modo che la Corte federale non aveva proceduto a un esame di merito della fattispecie (cfr. STF 8C_289/2017 del 9 giugno 2017). Stante ciò, ammettendo che l’intenzione del ricorrente fosse effettivamente quella di chiedere la revisione processuale della decisione su opposizione del 14 ottobre 2016, l’CO 1 non avrebbe potuto pronunciarsi in merito ma avrebbe dovuto trasmettere la domanda per competenza a questa Corte, ovvero all’ultimo tribunale che, a suo tempo, aveva deciso nel merito (cfr. Basler Kommentar ATSG – Flückiger, Basilea 2020, art. 53 n. 19; Häfelin/Müller, Grundriss des allgemeinen Verwaltungsrechts, Zurigo 1990, n. 1416, p. 303; Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, Zurigo 1993, n. 574, p. 319). Per economia processuale, il TCA verificherà comunque in questa sede se sono dati i presupposti per sottoporre a revisione la propria sentenza 35.2016.103. 2.2. Giusta l'art. 61 cpv. 1 lett. i LPGA, le decisioni devono essere sottoposte a revisione se sono stati scoperti nuovi fatti o mezzi di prova oppure se il giudizio è stato influenzato da un crimine o da un delitto. Pedissequamente, l'art. 24 Lptca prevede che contro le decisioni del Tribunale cantonale delle assicurazioni è ammessa la revisione: a) se sono stati scoperti fatti nuovi o nuovi mezzi di prova; b) se un crimine o un delitto ha influito sul giudizio. A norma dell'art 25 cpv. 1 Lptca, poi, la domanda di revisione deve essere presentata, con l'indicazione dei motivi e dei mezzi di prova, entro il termine massimo di 90 giorni dalla data in cui sono state conosciute le circostanze nuove previste dalle lett. a) e b) dell'art. 24. Nel caso dell’art. 24 lett. a), la domanda di revisione deve inoltre essere interposta entro 10 anni dalla notificazione della sentenza. 2.3. Perché il TCA possa rivedere una sua sentenza cresciuta in giudicato, è dunque necessario che siano stati scoperti fatti nuovi o nuovi mezzi di prova. Un fatto è da considerarsi nuovo se esisteva già al momento in cui il giudizio è stato emanato, ma non è stato portato a conoscenza del Tribunale, poiché non era noto al ricorrente malgrado la sua diligenza. Ne discende che non è data alcuna revisione laddove l'istante, se avesse usato l'attenzione che da lui si poteva esigere, avrebbe potuto addurre il

fatto ora invocato già nell'ambito della precedente procedura. Inoltre, un simile fatto deve essere rilevante, vale a dire suscettibile di modificare la fattispecie posta a fondamento della decisione dedotta in revisione e condurre ad un giudizio diverso sulla base di un apprezzamento giuridico corretto (DTF 144 V 245 consid. 5.2; 143 III 272 consid. 2.2; 134 IV 48 consid. 1.2; 127 V 353 consid. 5b). Per quanto riguarda i nuovi mezzi di prova, essi devono servire a dimostrare nuovi fatti rilevanti in grado di giustificare la revisione oppure fatti che già erano conosciuti in precedenza, ma che però non avevano potuto essere stabiliti con certezza. Anche in quest'ultimo caso l'istante deve dimostrare che tale circostanza non sia stata cagionata dalla sua negligenza (DTF 144 V 245 consid. 5.3 succitata; 127 V 353 consid. 5b succitata). Costituisce, dunque, fatto nuovo o nuovo mezzo di prova soltanto il fatto o il mezzo di prova che non era già conosciuto nella precedente procedura o che non avrebbe potuto venir prodotto dall'interessato anche qualora quest'ultimo avesse dato prova della necessaria diligenza (RCC 1983 p. 157; RCC 1970 p. 457 consid. 3). In una sentenza C 223/06 del 16 gennaio 2008, il Tribunale federale ha così illustrato i principi che stanno alla base della revisione di una sentenza: " 3.2 La nozione di fatti o mezzi di prova nuovi si apprezza allo stesso modo in caso di revisione (processuale) di una decisione amministrativa (art. 53 cpv. 1 LPGA), di revisione di un giudizio cantonale (art. 61 lett. i LPGA) o di revisione di una sentenza fondata sull'art. 137 lett. b OG (cfr. sentenza U 397/05 del 24 gennaio 2007, consid. 4.2 con riferimento). Sono nuovi ai sensi di queste disposizioni solo i fatti già esistenti all'epoca della procedura precedente, ma che non erano stati allegati poiché non ancora noti nonostante tutta la diligenza del caso; i fatti verificatisi dopo la fine del processo, e comunque dopo il momento in cui, secondo le regole di procedura applicabili, potevano ancora essere adottati, non vanno invece considerati e non possono quindi fondare una domanda di revisione (DTF 121 IV 317 consid. 2 pag. 321; 118 II 199 consid. 5 pag. 204; 110 V 138 consid. 2 pag. 141; 108 V 170 consid. 1 pag. 171; Elisabeth Escher, Revision und Erläuterung, in: Thomas Geiser/Peter Münch [a cura di], Prozessieren vor Bundesgericht, 2a ed., Basilea e Francoforte 1998, n. 8.21; René A. Rhinow/Beat Krähenmann, Schweizerische Verwaltungsrechtsprechung, Ergänzungsband, Basilea e Francoforte 1990, n. 43 B I c, pag. 132). I fatti nuovi devono inoltre essere rilevanti, vale a dire devono essere di natura tale da modificare la fattispecie alla base della sentenza contestata e da condurre a un giudizio diverso in funzione di un apprezzamento giuridico corretto. Per quanto concerne i nuovi mezzi di prova, gli stessi devono servire a comprovare i fatti nuovi che giustificano la revisione oppure fatti già noti e allegati nel procedimento precedente, che tuttavia non avevano potuto venir provati, a discapito del richiedente (DTF 127 V 353 consid. 5b pag. 358). Se i nuovi mezzi sono destinati a provare dei fatti sostenuti in precedenza, il richiedente deve pure dimostrare di non essere stato in grado di invocarli in tale procedimento. Una prova deve essere considerata concludente quando bisogna ammettere che essa avrebbe condotto il giudice a statuire in modo diverso se egli ne avesse avuto conoscenza nella procedura principale. È decisiva la circostanza che il mezzo di prova non serva solamente all'apprezzamento dei fatti, ma alla determinazione degli stessi. Come già rilevato dai primi giudici, non costituisce pertanto motivo di revisione il semplice fatto che il tribunale potrebbe aver mal interpretato fatti conosciuti all'epoca del procedimento principale dal momento che la revisione non può determinare la correzione di una decisione apparentemente erronea agli occhi del richiedente. L'apprezzamento inesatto deve, al contrario, essere la conseguenza dell'ignoranza o della carenza di prove riguardanti fatti essenziali per la sentenza (DTF 127 V 353 consid. 5b pag. 358; 110 V 138 consid. 2 pag. 141, 291 consid. 2a pag. 293; 108 V 170 consid. 1 pag. 171;

cfr. pure DTF 118 II 199 consid. 5 pag. 205)." 2.4. Con il giudizio 35.2016.103 del 23 marzo 2017, cresciuto in giudicato, facendo capo essenzialmente alla valutazione dell'esigibilità lavorativa espressa dal consulente medico dell'CO 1 (dott. _____, spec. FMH in chirurgia e medicina generale) nel maggio 2013, alla quale è stata riconosciuta piena forza probatoria, il TCA ha ritenuto accertato che, nonostante i postumi residuali interessanti l'arto superiore sinistro, oggetto dell'infortunio del 26 novembre 2005, l'assicurato fosse in grado di svolgere, a tempo pieno e con un rendimento completo, un'attività sostitutiva adeguata, ovvero un'attività che non comportasse movimenti ripetitivi di flessione-estensione e di pro-supinazione del gomito sinistro specie se contro resistenza o con pesi superiori ai 2-3 kg e l'esecuzione ripetitiva di più di 3-4 movimenti al minuto. Dopo raffronto dei redditi (da valido e da invalido), questa Corte ha confermato la decisione su opposizione impugnata, nella misura in cui l'assicuratore convenuto aveva rifiutato l'assegnazione di una rendita d'invalidità. Con la propria impugnativa, l'avv. RA 1 fa in sostanza valere che, rispetto al momento in cui gli è stato negato il diritto alla rendita, le condizioni di salute infortunistiche di RI 1 sarebbero nel frattempo peggiorate, come lo dimostrerebbe la perizia pluridisciplinare allestita dal _____ nel febbraio 2020 e le certificazioni agli atti dei medici curanti specialisti (cfr. doc. I, p. 8: "A fronte dell'aggravamento delle difficoltà derivanti dagli eventi infortunistici, i periti della _____ in data 21.01.2020 lo ritengono totalmente inabile al lavoro nella sua professione di parrucchiere e con un'abilità lavorativa ridotta al 60% in lavori adeguati che tengono conto delle limitazioni cui è sottoposto e ciò in seguito alle patologie reumatologiche e ortopediche e la IMI è stata riconosciuta al 33%. Il ricorrente, giusta l'attuale condizione fisica, è sottoposto a un ricorso continuo a pesanti terapie antidolorifiche. Nel dettaglio la dott.ssa med. _____ in data 19 luglio 2021 indica di sostituire l'ossicodone con fentanil transdermico 25 mcg ogni 3 gg, aumentando dopo 9 gg a 37.5 e poi a 50 mcg (doc. C). Nella valutazione conclusiva del dr. Med. _____ evidenzia come nonostante l'alto dosaggio di antidolorifici assunti il paziente sia sottoposto a incessanti dolori che non subiscono alcuna riduzione (doc. D). Inoltre, la dott.ssa med. _____ in data 21.03.2023 prescrive una visita reumatologica e l'aumento dell'assunzione della cannabis terapeutica (doc. E). Oltracciò, in data 04.05.2023 il dott. Med. _____ afferma che in anamnesi fratture prima del ginocchio destro, poi della mano destra e quindi del gomito sinistro hanno comportato algia persistente ed ingrossamento (doc. F). (...)."). Tutto ben considerato, questo Tribunale ritiene che non siano adempiuti i presupposti per sottoporre a revisione la propria sentenza 35.2016.103, già per la sola ragione che l'insorgente stesso sostiene che il suo stato di salute infortunistico si sarebbe aggravato successivamente al momento in cui è stato emanato il giudizio appena citato (marzo 2017); del resto, in questo senso e a prescindere da considerazioni inerenti la causalità, si veda la perizia _____ del 21 febbraio 2020 – doc. XII, p. 41: "Sulla base di quanto descritto dai nostri consulenti (in particolare dopo discussione del caso con il consulente in ortopedia), la capacità lavorativa globale attuale descritta nei capitoli G e H (0% nell'attività abituale, 60% in attività adeguata) vale dalla presente valutazione peritale, cioè da agosto 2019. In precedenza (cioè prima di agosto 2019), come indicato dal consulente in ortopedia, fa stato la valutazione della capacità lavorativa determinata nella valutazione medico-fiduciaria datata 29.5.2013 del Dr. med. _____, specialista in chirurgia, a _____." – il corsivo è del redattore). In effetti, in ossequio ai principi giurisprudenziali precedentemente esposti (cfr. supra, consid. 2.3.), i fatti verificatisi dopo la fine del processo, e comunque dopo il momento in cui, secondo le

regole di procedura applicabili, potevano ancora essere adottati, non vanno considerati e non possono fondare una domanda di revisione. 2.5. Ammettendo che l'intenzione del ricorrente fosse invece quella di annunciare una ricaduta dell'evento traumatico assicurato presso l'CO 1, si osserva quanto segue. In questo contesto, va innanzitutto evidenziato che, nel caso di specie, non può tornare applicabile l'art. 17 cpv. 1 LPGA, ricordato che con la pregressa decisione su opposizione, confermata da questa Corte, all'assicurato era stato negato il diritto a una rendita. D'altro canto, secondo la giurisprudenza, il rifiuto cresciuto in giudicato di riconoscere delle prestazioni da parte dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni, non esclude in ogni caso la successiva insorgenza di un diritto derivante dal medesimo evento assicurato. Una tale decisione è per contro subordinata a un successivo adeguamento alle mutate circostanze di fatto in relazione causale con l'infortunio. Questo principio, regolato nell'assicurazione per l'invalidità con l'istituto della nuova domanda, vale anche nell'ambito dell'assicurazione contro gli infortuni, potendo la persona assicurata far valere in ogni tempo una ricaduta o conseguenze tardive di un infortunio assicurato (cfr. art. 11 OAINF) e pretendere quindi nuovamente delle prestazioni dall'assicurazione (cfr. STF 8C_382/2018 del 6 novembre 2018 consid. 2.2 e riferimento). Fatte queste precisazioni, il TCA segnala che, secondo l'art. 11 OAINF, le prestazioni assicurative sono accordate anche in caso di ricadute o conseguenze tardive, i beneficiari di rendite d'invalidità dovendo tuttavia soddisfare le condizioni previste all'articolo 21 della legge. 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. STF U 122/00 del 31 luglio 2001). Nella sentenza pubblicata in RAMI 1994 U 206 p. 326 ss., il TF ha precisato che, trattandosi di una ricaduta, la responsabilità dell'assicuratore infortuni non può essere ammessa soltanto sulla base del nesso di causalità naturale riconosciuto in occasione del caso iniziale. Spetta piuttosto a colui che rivendica le prestazioni dimostrare l'esistenza di una relazione di causalità naturale fra i "nuovi disturbi" e l'infortunio assicurato. Soltanto qualora il nesso di causalità è provato secondo il criterio della verosimiglianza preponderante, può essere riconosciuto un ulteriore obbligo prestativo a carico dell'assicuratore-infortuni. In assenza di prove, la decisione sarà sfavorevole all'assicurato, il quale intendeva derivare diritti da un nesso di causalità naturale rimasto indimostrato. In concreto, si tratta quindi di esaminare se lo stato di salute infortunistico dell'assicurato (inteso quello dipendente dall'evento assicurato presso l'CO 1) che sta alla base della sentenza 35.2016.103 del 23 marzo 2017, si è nel frattempo modificato a tal punto da giustificare ora l'assegnazione di una rendita d'invalidità. L'assicuratore LAINF convenuto lo nega facendo principalmente capo al parere del proprio consulente medico (cfr. doc. V, p. 10: "Anche sulla base di quanto ha concluso il dr. med. _____ nel suo rapporto del 30.01.2023 (all. M66), una ricaduta non può essere ammessa. Anche in questa sede, va considerato che gli esami del 21.08.2019 sono sovrapponibili a quelli del 23.10.2012, di modo che non vi è un peggioramento oggettivo della situazione relativa al gomito sinistro. Va dunque ammesso che la situazione postinfortunistica in nesso causale con l'infortunio del 26.11.2005 è rimasta stabile. Il peggioramento soggettivo non fa stato ed è riconducibile ai tratti di personalità di cui si è riportato sopra. Ne consegue che anche sotto questo aspetto l'assicuratore LAInf non ha un nuovo obbligo prestativo nei confronti del ricorrente."). Da parte sua, l'avv. RA 1 fa per contro valere che lo stato di salute dell'assicurato dipendente dai tre infortuni subiti in

passato, si sarebbe nel frattempo aggravato, così come lo dimostrerebbe la perizia pluridisciplinare del _____ e le certificazioni agli atti dei suoi curanti (cfr. doc. I). Chiamato ora a pronunciarsi, il TCA rileva che, interpellato dall'istituto resistente nel quadro della procedura amministrativa, con apprezzamento del 30 gennaio 2023, il dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia, ha in effetti negato che dal rapporto relativo al consulto eseguito nell'agosto 2019 dal dott. _____ nel contesto della perizia ordinata dall'UAI, emerge l'insorgenza di un peggioramento oggettivabile delle condizioni del gomito sinistro. Egli si è pronunciato in particolare nei seguenti termini: " (...) La comparsa di nuovi disturbi dopo l'ultimo intervento chirurgico con scossa elettrizzante partendo dal gomito sinistro irradiando fino alla mano sinistra e contrattura muscolare intermittente all'avambraccio sinistro e il riferito peggioramento della sintomatologia algica all'arto superiore sinistro durante gli ultimi anni sono prettamente soggettivi e non oggettivabili tramite esame oggettivo clinico e strumentale. L'esame clinico specialistico oggettivo del gomito sinistro alla visita medica peritale del 21.08.2019 è sovrapponibile a quella del 23.10.2012 e non è emerso alcun rilevante peggioramento o nuovi elementi. In base alla documentazione la situazione postinfortunistica in nesso causale con l'infortunio del 26.11.2005 complessivamente è rimasta stabile e non si può affermare un peggioramento per quanto riguarda i postumi infortunistici oggettivabili. Il riferito peggioramento oggettivo con aumento della sintomatologia algica e conseguente peggioramento del disturbo funzionale a livello del gomito sinistro, che comporta una riduzione del rendimento lavorativo del 15% come valutato dal Dr. med. _____, non è oggettivabile in base all'esame oggettivo e ai dati anamnestici." (doc. M66) Ribadito che i disturbi che possono essere presi in considerazione in concreto sono unicamente quelli localizzati all'arto superiore sinistro, parte del corpo interessata dall'evento traumatico del 26 novembre 2005, va osservato che, in occasione della visita peritale del 21 agosto 2019, il dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia, ha dichiarato che l'insorgente lamentava "uno stato di dolori cronici polidistrettuali a livello dell'arto superiore sin. con dolori nella zona dell'olecrano con irradiazione all'intero arto superiore sin., accompagnati da sensibilità aumentata, diminuzione della forza, a volte formicolii, con aumento dei dolori a qualunque movimento anche lieve del gomito, del polso e delle dita a sin.". Tenuto conto della globalità dei disturbi (quindi anche di quelli riguardanti l'arto superiore destro, il ginocchio destro e il rachide lombare, disturbi estranei all'infortunio assicurato presso l'CO 1), l'esperto ha dichiarato RI 1 non più in grado di svolgere la sua precedente professione, ma ancora abile nella misura del 60% in attività alternative adeguate (cfr. doc. XI1, p. 35 s.). Interrogato in merito alla questione di sapere se le condizioni di salute dell'assicurato si fossero nel frattempo modificate, il dott. _____ ha risposto che "dai reperti riscontrati nella valutazione clinica emerge un peggioramento della componente algico-disfunzionale a livello dell'arto superiore sin., mano ds, anca ds, arto inferiore ds.; in particolare si è riscontrata un'aumentata faticabilità nella posizione eretta all'anca ds. ed all'arto inferiore ds.; un aumento del dolore al gluteo ds. nella posizione seduta rispetto alle valutazioni ortopediche temporalmente precedenti; un peggioramento della coxartrosi ds.; un minimo peggioramento della problematica lombare (da parte sua, il perito reumatologo ha ammesso un cambiamento nello stato del rachide, mentre i periti neurologo e psichiatra hanno dal canto loro negato l'insorgenza di modifiche). D'altra parte, per quanto riguarda l'incidenza della modifica sulla capacità/esigibilità lavorativa del ricorrente, "il consulente in reumatologia [dott. _____, spec. FMH in reumatologia, n.d.r.] descrive che di pertinenza

medico-assicurativa reumatologica, dopo il 2009, va osservato che l'A. è stato sottoposto a due interventi chirurgici al gomito sin., in data 19.2.2010 e 27.1.2011, determinanti un'inabilità lavorativa postoperatoria totale massimale di tre mesi, per qualsiasi tipo di lavoro. Dopo il 2009, sempre per quanto riguarda le patologie strutturalmente spiegabili nel suo campo di specialità, sono insorti dolori cervicali e lombari irradianti, portanti ad un accertamento neuroradiologico, dapprima del rachide cervicale l'1.10.2012, poi della lombare il 17.1.2013, con conseguenze sulle risorse fisiche dell'A., determinanti, per l'ultima attività lavorativa di parrucchiere, una capacità lavorativa sull'arco di una giornata lavorativa di otto-nove ore, ma con una diminuzione del rendimento del 25% dall'1.10.2012, mentre precedentemente risultava una diminuzione del rendimento dello 0%. Il consulente in ortopedia descrive che, nel 2009, per quanto riguarda l'attività di riferimento di parrucchiere dal punto di vista reumatologico e neurologico, l'A. è da ritenere abile al lavoro con una capacità lavorativa completa; per quanto concerne un'attività idonea allo stato di salute presentava una capacità lavorativa globale del 100%. Nel 2013, in accordo con la valutazione del Dr. med. _____ del 28.5.2013, la capacità lavorativa nell'attività di riferimento (parrucchiere) era del 30%; sempre nel 2013 era presente una capacità lavorativa in un'attività adeguata nel libero mercato del lavoro, in rapporto a un grado di occupazione del 100%, con una riduzione del rendimento del 20%. Attualmente invece, in un'attività rispettosa dei limiti funzionali emersi nell'allegato, vi sarebbe la possibilità di eseguire o un lavoro a tempo pieno con un rendimento ridotto nella misura del 40% (non elevazione di carichi superiori ai 5 kg) oppure una combinazione fra tempo ridotto e rendimento ridotto (non più di 5 ore di presenza al giorno); su una giornata lavorativa di otto-nove ore le pause compensatorie corrispondono a 20-25 min. ogni 60 min. Secondo il consulente in neurologia, dal 2009 ad oggi, la situazione neurologica non si è modificata. Secondo la consulente in psichiatria, non vi è mai stata una riduzione della capacità lavorativa dal punto di vista psichiatrico." (doc. XI1, p. 43 s.). Infine, per quanto qui d'interesse, il dott. _____ ha indicato che l'inabilità del 40% nell'esercizio di un'attività alternativa adeguata è determinata, nella misura del 15%, dalle conseguenze residuali dell'infortunio occorso nel novembre 2005 (doc. XI1, p. 46: "... è rapportata con un grado d'incidenza del 15% relativamente allo stato clinico con le disabilità associate all'infortunio del 2005."). Unitamente all'impugnativa, la patrocinatrice del ricorrente ha prodotto alcune certificazioni dei medici curanti di quest'ultimo, relative a visite di controllo avvenute nel 2021 e nel 2023. Dal rapporto 19 luglio 2021 della Struttura semplice di anestesia dell'Ospedale _____ risulta che l'assicurato presentava delle polialgie posttraumatiche con difficoltà alla deambulazione e ad estendere completamente l'arto superiore sinistro. Il quell'occasione, i sanitari hanno sostituito i farmaci contenenti ossicodone con l'applicazione di cerotti antidolorifici di Fentanil e Versatis (doc. C). Nell'ottobre 2021, RI 1 ha consultato il Servizio di cure palliative e terapia del dolore dell'Ospedale _____. I sanitari hanno refertato l'esistenza di una sintomatologia dolorosa di natura neuropatica interessante il braccio sinistro. Dal profilo terapeutico, gli sono state prescritte gocce di cannabis a scopo terapeutico, raccomandando una progressiva diminuzione dell'ossicodone (doc. D). Con referto del 21 marzo 2023, gli specialisti _____ hanno riferito che la cannabis aveva nel frattempo avuto un buon beneficio sui dolori e che, nonostante ciò, l'assicurato non era riuscito a ridurre l'uso di ossicodone che restava elevato per la persistenza di un dolore trafittivo al gomito e all'anca. Essi hanno quindi disposto l'esecuzione di una visita reumatologica (doc. E). La consultazione reumatologica si è tenuta il 4 maggio 2023 presso il Centro _____.

rapporto si evince segnatamente che i sanitari hanno ordinato l'esecuzione di alcuni test ematici e di alcuni esami radiologici (doc. F). 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; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in BJM 1989, p. 30ss.). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10 p. 33 ss. e RAMI 1999 U 356 p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. In una sentenza 8C_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, neppure 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. Nella concreta evenienza, il TCA ritiene di poter far capo al parere espresso dal dott. _____, specialista proprio nella materia che qui interessa e che vanta un'ampia esperienza in

materia di medicina assicurativa e infortunistica. In questo senso, dalla documentazione medica acquisita successivamente alla pronuncia in questione emerge che, all'arto superiore sinistro, l'assicurato lamenta in sostanza dei dolori neuropatici che ne limitano la funzionalità, trattati senza successo con una terapia farmacologica analgesica, segnatamente a base di ossicodone (cfr. XI1, p. 35: "L'assicurato è attualmente affetto da uno stato di dolori cronici polidistrettuali a livello dell'arto superiore sin. con dolori nella zona dell'olecrano con irradiazione all'intero arto superiore sin., accompagnati da sensibilità aumentata, diminuzione della forza, a volte formicolii, con aumento dei dolori a qualunque movimento anche lieve del gomito, del polso e delle dita a sin." e i doc. C-F). Ora, occorre sottolineare che un quadro clinico analogo era già presente al momento in cui il TCA ha emanato il proprio giudizio. In particolare i rapporti agli atti del Centro per la terapia del dolore dell'Ospedale _____ relativi al periodo settembre 2011 – dicembre 2014, testimoniano in effetti che, a quel momento, il ricorrente soffriva già d'invalidanti dolori neuropatici che interessavano l'intero arto superiore sinistro (in proposito, si veda pure la certificazione 22 luglio 2011 del chirurgo della mano dott. _____ – doc. M44: "Il problema principale che mi concerne è una iperpatia del nervo ulnare, iperpatia che praticamente prende tutto l'asse dall'ascella all'apice del mignolo e dell'anulare ." – il corsivo è del redattore), che erano stati approfonditamente indagati da tutti i possibili profili. Dato che già allora i dolori si erano rivelati refrattari a ogni tipo di terapia medicamentosa (compresa quella con il farmaco Oxycontin), il dott. _____, Vice-primario, aveva finalmente proposto di effettuare un test di neuromodulazione a livello dei gangli spinali cervicali, proposta alla quale l'interessato non aveva però aderito (cfr. doc. M46, M48, M50, M53, M54, M56 e M57). Da notare che i referti del Centro per la terapia del dolore appena menzionati erano stati debitamente considerati dal Tribunale, il quale non li aveva giudicati atti a mettere in dubbio la fondatezza dell'apprezzamento dell'esigibilità lavorativa formulato dal dott. _____ (cfr. doc. A78, p. 17 ss.). Tutto ben considerato, il TCA non può ritenere dimostrato, con un sufficiente grado di verosimiglianza, che lo stato di salute dipendente dall'evento traumatico di pertinenza dell'assicuratore convenuto (dunque quello del 26 novembre 2005), è oggettivamente peggiorato rispetto a quello considerato nella sentenza 35.2016.103, con la quale RI 1 era stato dichiarato totalmente abile in attività sostitutive adeguate. Il fatto che il dott. _____ abbia dichiarato l'assicurato inabile in misura del 15% anche in attività alternative adeguate a causa dei postumi residuali dell'infortunio del novembre 2005 (cfr. supra, consid. 2.5.), è dunque piuttosto il frutto di una diversa valutazione del medesimo stato di salute, che non la conseguenza del preteso aggravamento. Del resto, non può neppure essere ignorato che quando gli è stato chiesto di descrivere in cosa sarebbe consistito concretamente il (preteso) peggioramento, lo specialista interpellato dall'UAI ha affermato che, in particolare era stata refertata "un'aumentata faticabilità nella posizione eretta all'anca ds. ed all'arto inferiore ds.; un aumento del dolore al gluteo ds. nella posizione seduta rispetto alle valutazioni ortopediche temporalmente precedenti; un peggioramento della coxartrosi ds.; un minimo peggioramento della problematica lombare", senza dunque alcuna precisazione a proposito dell'arto superiore sinistro (doc. XI1, p. 42). Parimenti ininfluyente è la circostanza che l'assicurazione per l'invalidità abbia riconosciuto il ricorrente invalido nella misura del 33%, considerato che essa, in qualità di assicuratore finale, ha tenuto conto della globalità del danno alla salute (e non soltanto di quello interessante l'arto superiore sinistro). In conclusione, posto che le condizioni di salute infortunistiche non sono peggiorate, non si può parlare di ricaduta ai sensi dell'art. 11

OAINF, di modo che l'assicuratore convenuto non era tenuto a ripristinare il diritto alle prestazioni di corta durata (cura medica + indennità giornaliera) né, visto che l'esigibilità lavorativa non ha subito nel frattempo modifiche, a porre l'assicurato al beneficio di una rendita d'invalidità LAINF. A fronte di una situazione sufficientemente chiarita, questa Corte rinuncia all'assunzione di ulteriori prove (in particolare, all'esperimento di una perizia pluridisciplinare, come richiesto dalla patrocinatrice 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, il ricorso deve essere respinto. 2.8. Deve ancora essere esaminato se l'assicurato può essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria con il gratuito patrocinio dell'avv. RA 1, oppure no. I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (cfr. DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b e riferimenti). Nel caso di specie, dalla documentazione che è stata prodotta in corso di causa si evince che l'assicurato, a causa dei problemi di salute, non svolge alcuna attività lucrativa e inoltre che risiede presso i propri genitori che provvedono, grazie alle loro pensioni di vecchiaia, al suo sostentamento (cfr. allegati al doc. IV). In tali circostanze, l'indigenza deve essere ammessa. Ritenuto, inoltre, che anche le altre condizioni poste da legge e giurisprudenza appaiono adempiute, l'istanza tendente alla concessione dell'assistenza giudiziaria va accolta. 2.9. L'art. 61 lett. a LPGA, in vigore fino al 31 dicembre 2020, prevedeva che la procedura deve essere semplice, rapida, di regola pubblica e gratuita per le parti; la tassa di giudizio e le spese di procedura possono tuttavia essere imposte alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. In data 1° gennaio 2021 è entrata in vigore una modifica della LPGA. L'art. 61 lett. a LPGA prevede ora unicamente che la procedura deve essere semplice, rapida e, di regola pubblica. Dalla medesima data è entrato in vigore l'art. 61 lett. f bis LPGA secondo cui in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. Trattandosi di una controversia relativa a prestazioni LAINF, il legislatore non ha previsto di prelevare le spese. 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. A. 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.