

BGer 8C_41/2008 vom 14. Januar 2009

Bundesgericht, 2009-01-14, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_8C_41_2008

FR: TF 8C_41/2008 du 14 janvier 2009

IT: TF 8C_41/2008 del 14 gennaio 2009

Erwägungen

E. 1.1

Con scritto del 28 gennaio 2008 la ricorrente ha trasmesso al Tribunale federale una perizia pluridisciplinare del SAM del 30 novembre 2007. A tal proposito giova ricordare che nella sentenza 8C_354/2007 del 4 agosto 2008 (in: SVR 2009 UV n. 3 pag. 9) questa Corte, come già in una precedente sentenza 8C_260/2007 del 31 ottobre 2007, ha lasciato indecisa la questione di sapere se, nell'ambito del libero potere di esame che regge la procedura di ricorso in materia di assegnazione o di rifiuto di prestazioni pecuniarie dell'assicurazione militare o dell'assicurazione contro gli infortuni (art. 97 cpv. 2 e art. 105 cpv. 3 LTF), nuovi fatti e nuovi mezzi di prova, adottati entro il termine di ricorso, siano ammissibili. Ora, essendo in concreto stato prodotto comunque dopo la scadenza del termine di ricorso di 30 giorni (art. 100 cpv. 1 LTF), il referto in questione - che del resto avrebbe potuto essere tempestivamente inoltrato se l'interessata e il suo patrocinatore avessero fatto uso della necessaria diligenza - è sotto questo profilo prettamente formale inammissibile e non può essere considerato ai fini del presente giudizio (vedi sentenza 9C_559/2007 del 17 dicembre 2007 consid. 2.4; cfr. pure sentenza 8C_82/2007 del 20 giugno 2007 consid. 2.2, nonché ULRICH MEYER, in: Niggli/Uebersax/Wiprächtiger [a cura di], Basler Kommentar, Bundesgerichtsgesetz, Basilea 2008, n. 52 in fine ad art. 99). La medesima conclusione vale, coerentemente, per le decisioni di rendita AI allegate allo scritto inoltrato dalla ricorrente il 17 luglio 2008.

E. 1.2

Nella sentenza pubblicata in DTF 127 V 353 , resa sotto l'imperio della vOG, ma i cui principi sono validi ed applicabili anche sotto l'egida della LTF (sentenza 9C_40/2007 del 31 luglio 2007 consid. 3.1), il Tribunale federale delle assicurazioni ha stabilito che nuovi mezzi di prova presentati dopo la scadenza del termine di ricorso e al di fuori di un secondo scambio di allegati disposto dalla Corte possono essere presi in considerazione unicamente se contengono fatti nuovi rilevanti oppure prove decisive giusta l' art. 137 lett. b OG e se sono atti a giustificare un'eventuale revisione del giudizio. Ciò non si avvera per i documenti in esame. Come già detto sopra (consid. 1.1), la perizia del SAM poteva infatti agevolmente essere presentata entro i termini di ricorso e non può di conseguenza essere qualificata quale "nuovo" mezzo di prova nel senso suesposto (DTF 127 V 353 consid. 5b pag. 358). Per quanto concerne poi le decisioni dell'UAI, basta ricordare che per giurisprudenza la valutazione dell'invalidità operata dagli organi AI non esplica effetti vincolanti nei confronti dell'assicuratore infortuni, responsabile per le sole conseguenze infortunistiche (DTF 131 V 362 consid. 2.2 pag. 366). Viene in tal modo a mancare il necessario requisito della rilevanza di questi nuovi documenti. A nulla giova, infine, un eventuale richiamo al fatto che pendente causa, per decreto del 18 marzo 2008, alla ricorrente sia stata concessa la possibilità di completare il gravame, tale facoltà essendole

stata accordata al solo fine di rispettarne il diritto di essere sentita riguardo alla nuova prassi relativa ai "colpi di frusta". Anche da questo punto di vista, il Tribunale federale non può quindi far altro che dichiarare inammissibile la documentazione prodotta dall'insorgente fuori tempo utile.

E. 2

Nei considerandi del querelato giudizio, cui si rinvia, il primo giudice ha già correttamente indicato le disposizioni applicabili per stabilire il diritto all'erogazione di prestazioni da parte dell'assicurazione contro gli infortuni. In proposito va ribadito che il diritto a prestazioni a dipendenza di un infortunio presuppone in primo luogo l'esistenza di un nesso di causalità naturale fra l'evento infortunistico e il danno alla salute. Questo presupposto è da considerarsi adempiuto qualora sia lecito ammettere che, senza l'evento infortunistico, il danno alla salute non si sarebbe potuto verificare del tutto o comunque non nel modo in cui si è prodotto. Non occorre, viceversa, che l'infortunio sia stato la sola o immediata causa del danno alla salute; è sufficiente che l'evento, se del caso unitamente ad altri fattori, abbia comunque provocato un danno all'integrità corporale o psichica dell'assicurato, vale a dire che l'evento appaia come una condizione sine qua non del danno. È questione di fatto lo stabilire se tra evento infortunistico e danno alla salute esista un nesso di causalità naturale; su detta questione amministrazione e giudice, fondandosi essenzialmente su indicazioni di natura medica, si determinano secondo il principio della probabilità preponderante applicabile generalmente nell'ambito dell'apprezzamento delle prove in materia di assicurazioni sociali. Ne discende che ove l'esistenza di un nesso di causalità tra infortunio e danno sembri possibile, ma essa non possa essere reputata probabile nel caso di specie, il diritto a prestazioni derivato dall'infortunio assicurato dev'essere negato (DTF 129 V 177 consid. 3.1 pag. 181, 402 consid. 4.3.1 pag. 406; 119 V 335 consid. 1 pag. 337; 118 V 286 consid. 1b pag. 289 e sentenze ivi citate).

E. 3

Dopo aver preliminarmente accertato l'inapplicabilità della giurisprudenza specifica in materia di infortuni del tipo "colpo di frusta" al caso concreto, conclusione cui l'insorgente non si oppone e alla quale anche il Tribunale federale può prestare adesione, il primo giudice ha negato l'esistenza del necessario nesso causale tra i disturbi fisici lamentati dalla ricorrente e l'infortunio fondandosi essenzialmente sulle valutazioni specialistiche del dott. O._____, medico di circondario dell'INSAI, che li ha ritenuti d'origine esclusivamente extrainfortunistica. Per negare l'esistenza di problemi di ordine psichico, l'autorità cantonale ha fatto proprie, invece, le considerazioni del dott. G._____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, il quale non ha potuto rilevare, dal suo punto di vista, la presenza di disturbi posttraumatici o depressivi. Dopo un attento esame dell'incarto, visto pure che nel ricorso di ultima istanza non si adducono argomenti idonei a stravolgere le conclusioni dell'autorità di primo grado (dell'inammissibilità della perizia del SAM, inoltrata fuori tempo utile, già si è detto al consid. 1), la quale ha esposto in modo convincente come di fronte a valutazioni mediche contraddittorie, per quanto concerne l'origine dei disturbi cervico-cefalici (in particolare il dott. C._____, curante dell'assicurata, riconosce infatti agli stessi un'eziologia traumatica), si debba ritenere maggiormente attendibile il parere espresso dal medico di circondario dell'istituto assicuratore resistente, anche questo Tribunale non vede valido motivo per scostarsi da questa opinione (cfr. sull'attendibilità dei rapporti medici interni all'amministrazione e sulla facoltà per il giudice di basare la sua pronuncia su tali rapporti, DTF 122 V 157 consid. 1c pag. 161 in fine; v. pure GAAC 2000

n. 138 pag. 1341 segg.).

E. 4

In esito a quanto precede, il giudizio cantonale querelato, che rifiuta la presa a carico dei disturbi cervico-cefalici da parte dell'INSAI (dopo avere correttamente constatato non essere contestato il fatto che, tenuto conto della sola situazione a livello dell'anca, l'assicurata presenta una capacità lavorativa completa e non necessita più di cure mediche), denegando inoltre l'esistenza di disturbi psichici conseguenti all'infortunio del 2002, merita tutela, senza che sia necessario procedere ad ulteriori indagini. Gli atti all'inserto permettono di esprimersi sulla vertenza con sufficiente cognizione di causa. In tali condizioni il ricorso si avvera manifestamente infondato e dev'essere respinto (art. 109 cpv. 2 lett. a LTF). Le spese seguono la soccombenza (art. 66 cpv. 1 LTF).

E. 5

È nondimeno utile ricordare alla ricorrente che, giusta l' art. 11 OAINF , le prestazioni assicurative sono accordate anche in caso di ricadute o conseguenze tardive. Qualora ritenesse adempite le relative condizioni per quel che riguarda la situazione a livello dell'anca, l'interessata resta libera di rivolgersi nuovamente agli organi dell'assicuratore opponente e di chiedere il riconoscimento di prestazioni assicurative a questo titolo.

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