

GR_GERICHTE S 2012 3 vom 17. April 2012

GR Gerichte, 2012-04-17, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2012_3

FR: GR_GERICHTE S 2012 3 du 17 avril 2012

IT: GR_GERICHTE S 2012 3 del 17 aprile 2012

Regeste

prestazioni assicurative LAINF | Unfallversicherung

Erwägungen

E. 1

La controversia verte sul grado d'invalidità dell'assicurato.

E. 2

a) A norma dell'art. 18 cpv. 1 della legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF), l'assicurato invalido almeno al 10% a seguito d'infortunio ha diritto alla rendita d'invalidità. Le nozioni d'invalidità e d'incapacità al guadagno sono contenute nella legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA). E' considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata (art. 8 cpv. 1 LPGA). E' considerata incapacità al guadagno la perdita, totale o parziale, provocata da un danno alla salute fisica o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure e alle misure d'integrazione esigibili, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione (art. 7 LPGA). Giusta quanto previsto all'art. 16 LPGA, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato invalido potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che esso avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (DTF 128 V 30 cons. 1). b) Per poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal

medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 261 cons. 4). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (DTF 125 V 352 cons. 3a, 122 V 160 cons. 1c; STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008, I 462/05 del 25 aprile 2007, U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003). c) Va qui inoltre evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può

di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, cons. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_9/2010 del 29 settembre 2010, cons. 3.4 e i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati).

E. 3

a) Nella sentenza S 10 64 del 28 settembre 2010, questo Giudice aveva ritenuto che “dopo l'infortunio subito, l'istante continua a presentare un quadro di disturbi di carattere essenzialmente psichico. Infatti, sia dal punto di vista ortopedico che neurologico, la sintomatologia accusata dal paziente non aveva più alcun correlato organico (vedi referti del 28 maggio 2007 e del 18 settembre 2008 dello specialista in ortopedia dott. med. ..., del 22 maggio

2007 e 19 settembre 2008 del neurologo dott. med. ... nonché del 22 febbraio 2008 del dott. med. ...).” Nell'ambito del presente ricorso, l'istante adduce invece il persistere di una serie di sequele di carattere fisico che avrebbero ripercussioni sulla sua residua abilità. Pur non esprimendosi sull'origine infortunistica della maggior parte dei disturbi ancora lamentati dal paziente, era essenzialmente il dott. med. ... che reputava sussistere una inabilità lavorativa completa per motivi di carattere fisico. Nelle proprie attestazioni, l'ortopedico riferiva la presenza di algie prima riferite alla spalla destra e che sarebbero insorte nel 2008 dopo una lussazione della spalla risalente al 2000 (vedi relazione del 21 settembre 2009) e poi a livello del cingolo scapolare maggiormente a sinistra (vedi relazione del 2010). In generale poi, il paziente lamentava importanti contratture muscolari dorso-lombari e alla radice degli arti inferiori che giustificavano un'inabilità al lavoro completa (vedi relazioni del 4 luglio, 2 agosto, 1. settembre e 25 ottobre 2010). Poiché a detta dell'ortopedico la situazione subiva solo un leggero miglioramento anche nel 2011 (vedi relazioni del 12 maggio e 26 agosto 2011), su consiglio dello stesso dott. med. ..., il ricorrente era visitato dal reumatologo dott. med. ..., che non poteva rilevare patologie funzionali o strutturali dell'apparato locomotorio suggestive per una malattia della sfera reumatologica (relazione del 20 settembre 2011). Anche gli ulteriori esami eseguiti in seguito confermavano pianamente questa tesi, in particolare le lastre eseguite mostravano patologie minime senza alterazioni strutturali delle sacroiliache (relazione completa del 28 settembre 2011). Sentito sulla questione, il dott. med. ... confermava il giudizio espresso in occasione della visita pluridisciplinare dell'istante presso l'istituto convenuto il 22 e 23 maggio 2007. Dal punto di vista ortopedico, dopo aver esaminato nel dettaglio la nuova documentazione sottopostagli, lo specialista in ortopedia concludeva all'inesistenza di patologie riconducibili all'infortunio assicurato in quanto una eventuale lesione del labbro acetabolare, i disturbi alle due spalle e le alterazioni della colonna lombare non sarebbero con probabilità preponderante riconducibili all'infortunio avvenuto 8 anni prima e i disturbi a livello del rachide cervicale sarebbero troppo poco specifici per essere ricondotti ad una pseudoartrosi del tratto infortunato (vedi relazione del 16 novembre 2011). Per quanto riguarda la presenza di eventuali conseguenze fisiche, questo Giudice ritiene che la tesi di controparte sia convincente. La serie di dolori poco specifici ancora lamentati dal ricorrente non è più con probabilità preponderante riconducibile all'infortunio subito. Le

algie alla spalla destra e poi a quella sinistra non sono evidentemente riconducibili alla lussazione del 2000, essendo trascorsi 8 anni dall'insorgenza dei dolori e riferendosi la patologia ad ambedue le spalle e non solo a quella lussata. Anche i disturbi a livello lombare non trovano alcun riscontro sulle radiografie eseguite e neppure il dott. med. ... pretenderebbe che gli stessi siano imputabili all'infortunio assicurato. Per i disturbi all'anca, il ricorrente stesso descriveva l'insorgere della coxalgia intensa poco prima dell'estate del 2000, senza alcun precedente infortunio a questo riguardo (vedi relazione del 3 febbraio 2011 pag. 2). Del resto che il problema del ricorrente fosse essenzialmente di carattere muscolare e non imputabile ad alterazioni della colonna era confermato anche dall'intervento eseguito sui rami articolari cervicali in data 16 giugno 2008 presso il Centro per la Terapia del Dolore EOC, come conferma la relazione del dott. med. ... della stessa data. In detto referto, veniva escluso con certezza che l'origine dei dolori potesse essere generata dalle articolazioni posteriori. b) Quanto all'abilità lavorativa attestata dal dott. med. ... nel corso del 2010, questa non dà certo prova di oggettività. In primo luogo, il medico riferisce essenzialmente dei disturbi lamentati dal paziente, senza che venga eseguito un approfondito esame clinico con l'indicazione delle concrete limitazioni riscontrate. Nel corso del 2011, l'ortopedico omette qualsiasi concreta valutazione dell'abilità lavorativa, pur essendo intervenuto un certo miglioramento. Infine, anche da quanto è stato accertato in seguito presso il centro di riforma professionale (vedi rapporto del 27 dicembre 2011), un'inabilità dell'entità di quella accertata dal dott. med. ... è ingiustificata. Che la pretesa completa inabilità al lavoro non trovi alcun riscontro oggettivo è poi documentato nella relazione del 3 febbraio 2011, allorquando lo psichiatra e psicoterapeuta dott. med. ... attestava: "Si sottolinea infine un dato oggettivo, che è balzato all'occhio del perito e che non può essere omissis. L'assicurato presenta delle mani piuttosto robuste e callose, tipiche di chi effettua quotidianamente dei lavori manuali (es. muratori, impiantisti, etc..) o dei lavori all'aria aperta (es. agricoltori, giardinieri, etc..)”. Ne consegue che le conclusioni alle quali giunge la convenuta riguardo all'assenza di sequele fisiche invalidanti post-infortunistiche merita in questa sede piena conferma.

E. 4

a) Nell'evenienza concreta si tratta pertanto di valutare l'incidenza dei disturbi di carattere psichico sulla residua abilità dell'istante. Dal punto di vista terapeutico, dall'autunno del 2010 l'istante ha interrotto le settimanali sedute presso la psicoterapeuta e mantiene solo dei contatti una volta al mese con lo psichiatra per la prescrizione farmacologica. Dopo le incongruenze messe in evidenza da questo Giudice nel precedente giudizio, soprattutto riguardo alle ripercussioni dei disturbi di natura psichica sulla residua attività lavorativa, l'istante veniva peritato su incarico dell'AI dal dott. med. Detto specialista conosceva l'anamnesi personale del ricorrente e il consulto con il paziente avveniva il 25 gennaio 2011. Nella dettagliata perizia del 3 febbraio 2011, lo psichiatra e psicoterapeuta, dopo aver escluso la presenza o comunque la persistenza di un eventuale disturbo post-traumatico da stress (vedi perizia pag. 9/10), poneva la diagnosi di sindrome ansioso-depressiva e accentuazione di tratti di personalità, mentre esprimeva dei dubbi sulla presenza di una sindrome somatoforme da dolore persistente. Per il perito, l' "accentuazione di tratti di personalità" non avrebbe carattere invalidante: "detti tratti di personalità vanno considerati come dei fattori di vulnerabilità individuale, ma non configurano un disturbo di personalità (una malattia) in senso stretto, secondo i manuali diagnostici. D'altra parte si sottolinea che i curanti non hanno mai diagnosticato un disturbo di personalità in senso stretto secondo

l'ICD-10 e che questi tratti di personalità immaturi e dipendenti non hanno mai impedito l'assicurato di lavorare. Resta pertanto valida la formulazione diagnostica senza ripercussione sulla capacità lavorativa di: Z73.1: accentuazione di tratti di personalità" (vedi perizia pag. 9). b) Giusta la giurisprudenza riguardante il disturbo da dolore somatoforme (DTF 132 V 70 cons. 4.2.1 e 130 V 352), non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà anche se la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile (DTF 127 V 298 cons. 4c in fine). In principio, un disturbo da dolore

somatoforme non è atto a determinare, in quanto tale, una limitazione duratura della capacità lavorativa suscettiva di dare luogo a un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI. Un'eccezione a questo principio entra in linea di conto soltanto in quei casi in cui il disturbo presenta una gravità tale da rendere in pratica oggettivamente non più esigibile dalla persona assicurata lo sfruttamento della sua capacità lavorativa residua oppure dove ciò risultasse insostenibile per la società (DTF 127 V 298 cons. 4c in fine). Una simile inesigibilità, da ammettersi soltanto in casi eccezionali, presuppone tuttavia l'esistenza concomitante di una comorbidità psichica di notevole gravità, intensità e durata oppure la presenza qualificata di altri criteri, quali ad esempio l'esistenza di concomitanti affezioni organiche croniche accompagnate da un decorso patologico pluriennale con sintomi stabili o in evoluzione senza remissione duratura, l'accertamento di un ritiro totale dalla vita sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia come pure un insuccesso, nonostante gli sforzi profusi, di trattamenti e di provvedimenti riabilitativi. Da notare ancora che i fattori psicosociali o socioculturali non figurano nel novero delle affezioni alla salute suscettibili di originare un'incapacità di guadagno ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI (vedi STF I 404/03 del 23 aprile 2004). c) Nell'evenienza, anche se l'istante continuerebbe ad accusare dei disturbi dolorosi cronici, per il dott. med. ... la diagnosi di sindrome somatoforme restava dubbia non presentando la situazione concreta il quadro caratteristico per porre una tale diagnosi. Infatti, il paziente non presenterebbe una concomitante di una comorbidità psichica di notevole gravità, avrebbe riconosciuto anche se limitatamente dei miglioramenti apportati tramite le cure fisioterapiche e diminuito la frequenza degli incontri con i curanti. Inoltre parte dei disturbi potrebbero trovare una spiegazione. In ogni caso, anche ammettendo una simile diagnosi, il perito considera esigibile che l'interessato si sforzi per attivare le proprie risorse, cercando di superare i vantaggi secondari che si sono instaurati con la condizione di malato quali: la possibilità di vivere in Italia, nel paese d'origine dei genitori, vicino agli stessi nonché a parenti ed amici, in un grande appartamento di sua proprietà e nelle vicinanze del terreno su cui alleva animali che sono la sua grande passione. Ne

consegue che il disturbo da dolore somatoforme, oltre a non poter essere diagnosticato chiaramente sarebbe in ogni caso per il perito superabile. d) Di natura invalidante erano invece i sintomi "di marca ansioso depressiva" che però il perito non metteva più in relazione diretta con l'infortunio del 2003, ma ascriveva alla situazione socio-lavorativa del paziente. In ogni caso tale disturbo veniva qualificato come una depressione ormai lieve che non giustificava la grave limitazione della capacità lavorativa espressa dal curante e dalla dott. med. ... Concretamente, il perito riteneva che un episodio di depressione grave sarebbe inconciliabile con le aspettative che il ricorrente aveva riposto nella relazione di coppia (fare una famiglia e diventare padre). L'istante si recherebbe poi da due a tre volte al giorno al bar in cerca degli amici, quasi ogni giorno andrebbe in macchina nella vicina cittadina

per svagarsi, si dedicherebbe giornalmente al suo passatempo accudendo agli animali (galline, conigli e capre) e cercherebbe il contatto con la famiglia. A detta del perito, la capacità d'interagire con altre persone, la progettualità, lo slancio vitale, l'aspetto fisico affatto deperito, gli interessi e le attività svolte dall'istante escluderebbero la presenza di una depressione grave. Anche i pretesi disturbi del sonno non sarebbero veramente tali in quanto accanto alle cinque ore di sonno notturno il ricorrente riposerebbe almeno ancora un'ora la mattina e due il pomeriggio, per cui le ore complessive di sonno sarebbero consone al fabbisogno di una persona della sua stessa età. Da ricordare a questo proposito è poi anche la possibilità che la situazione psichica possa ulteriormente evolvere positivamente in quanto per il perito "il dosaggio degli psicofarmaci assunti dal paziente risulta al di sotto dell'intervallo terapeutico" e che quindi "il tasso plasmatico degli antidepressivi è migliorabile" (perizia 3 febbraio 2011 pag. 7 e 13). e) Di diverso parere è invece il Prof. dott. med. ... che ancora il 13 settembre 2011 riteneva il paziente interamente inabile al lavoro dal punto di vista psicopatologico. Il curante confermava la presenza di tutte e tre le diagnosi discusse dal perito - ovvero stato ansioso-depressivo, sindrome da dolore persistente e grave disturbo della personalità - senza però ricorrere alle classificazioni dell'ICD-10 o meglio concretizzare tali pareri. Il curante

ometteva pure qualsiasi presa di posizione concreta sulla valutazione operata dal collega. In base alla certificazione rilasciata non sarebbe poi neppure possibile stabilire a quali limitazioni il paziente sarebbe concretamente soggetto e in che modo queste si ripercuoterebbero sulla capacità lavorativa. Il semplice rinvio a quanto già attestato due anni prima non convince. In particolare, è difficile considerare il ricorrente completamente inabile al lavoro dopo la valutazione dell'abilità lavorativa scaturita dall'accertamento professionale svolto e pur presentando il peritando "le mani di chi compie quotidianamente lavori manuali all'aria aperta" (perizia del 3 febbraio 2011 pag. 1) per dirla con il perito. Che poi dal 2010 sia intervenuto un ulteriore miglioramento è pure confermato dalla riduzione della richiesta terapeutica iniziata dall'interessato stesso e dalla descrizione della sua situazione personale dinnanzi al perito che differisce essenzialmente dal quadro clinico riportato nella valutazione fatta dal Prof. dott. med. ... il 4 novembre 2009 (non vengono più ricercate nuove cure, sonno frammentato ma sufficiente, nessuna indicazione per accelerazioni cardiache o sudorazione ecc.). Per il resto il basso livello di affaticabilità ed energia sono stati considerati anche dal dott. med. ... per definire il grado di abilità residua (vedi perizia pag. 13). Alla luce di tali dati, per questo Giudice non sussistono motivi oggettivi per scostarsi dalla valutazione fatta dallo specialista in data 3 febbraio 2011 in quanto tale giudizio è privo di contraddizioni e si fonda su considerazioni del tutto convincenti (VSI 2001 pag. 108 cons. 3b/aa e riferimenti). Quanto genericamente accertato dal curante non è in queste condizioni suscettibile far sorgere dei dubbi sull'attendibilità della perizia in discussione (DTF 125 V 352 cons. 3 e riferimenti).

E. 5

a) Per la malattia psichica in senso stretto, il dott. med. ... ammetteva una inabilità lavorativa del 25% per l'attività da ultimo svolta. Nella precedente attività, il ricorrente era per l'80% impiegato nell'attività di macchinista di cantiere e per il restante 20% come muratore (vedi atto 62 della parte convenuta). Come autista di mezzi pesanti sui cantieri edili, il perito non vedeva alcuna controindicazione di carattere neuropsicologico, giacché il paziente era in grado di guidare per lunghe tratte l'automobile (settimanalmente viaggio di andata dal suo domicilio in Italia a Bellinzona),

mezzo che richiederebbe una prontezza ed una presenza mentale maggiori rispetto al lavoro richiesto con un escavatore. Anche in qualsiasi altra attività manuale, l'istante era ritenuto abile in ragione del 75%. Sull'arco di una giornata lavorativa di 8 ore, l'assicurato era reputato poter lavorare 6 ore. Il ricorrente contesta tale conclusione anche sulla base di quanto accertato presso il centro di riforma professionale. In realtà invece, anche quanto stabilito in detto ambito non contrasta con la valutazione fatta dal dott. med. b) La valutazione fatta il 27 dicembre 2011 presso il centro di accertamento professionale considera, accanto alla patologia di carattere prettamente psichico, come fattore invalidante anche una probabile pseudoartrosi del processo spinoso C4 a sinistra, diagnosi però non condivisa dal dott. med. ..., che reputava i disturbi a livello cervicale non più riconducibili all'infortunio subito (relazione del 16 novembre 2011). Tra le diagnosi invalidanti veniva pure evocata la sospetta sindrome somatoforme da dolore persistente, benché alla stessa, per quanto esposto in precedenza, non poteva essere riconosciuto valore invalidante. Ne consegue che la valutazione della residua abilità fatta presso il centro d'accertamento professionale considera elementi che in questa sede non sono più stati considerati di natura infortunistica o invalidante. Fatta questa premessa, le risultanze collimano in ampia misura con quanto stabilito dal perito il 3 febbraio 2011. L'assicurato è in grado di lavorare 6 ore lavorative su 8, ovvero al 75% in un'attività che permette il porto di pesi fino a 13 kg e che quindi non viene più definita come leggera (solitamente il porto di pesi inferiori a 10 kg configura un'attività leggera vedi STF 8C_831/2010 del 31 marzo 2011 e 8C_176/2010 del 14 giugno 2010). Preferibilmente il soggetto svolgerebbe un lavoro seduto con il busto appoggiato allo schienale. Come lavori particolarmente indicati al suo stato vengono indicati manutenzione di stabili, logistica in un magazzino e consegne con furgoncino. E' in queste condizioni evidente che anche l'attività prevalentemente di macchinista di cantiere svolta in precedenza è comunque ancora consona allo stato di salute attuale. Per quali motivi nell'esercizio della precedente attività di macchinista di cantiere, accanto alle pause, dovrebbe permanere una diminuzione del rendimento non è oggettivamente, spostandosi l'assicurato praticamente giornalmente in macchina ed essendo in grado di condurre anche per lunghe tratte. Per questo Giudice, in queste condizioni, la valutazione operata dal perito mantiene anche sotto questo aspetto piena validità. c) In base alle risultanze dell'accertamento professionale svolto trova poi indirettamente conferma la positiva prognosi espressa dal dott. med. ... il 3 febbraio 2011. Tra le cause prevalenti della reazione ansioso-depressiva l'esperto annoverava i fattori sociali come la perdita del ruolo lavorativo - "la mancanza di un ruolo socio-lavorativo rappresenta infatti un evento che rende molto fragile le persone, perché non possono più confrontarsi con dei contesti stimolanti e con delle prestazioni che diano un rinforzo positivo alla propria autostima" - e riteneva che una riduzione di tali fattori stressati sul piano lavorativo avrebbero potuto migliorare la condizione psichica del ricorrente (pag. 11). Da quanto emerso dall'indagine professionale, con il passare dei giorni era stata osservata un'evoluzione del tutto positiva sul piano relazionale e l'istante dava prova di una maggiore apertura e disponibilità al dialogo. Anche sul piano lavorativo, veniva riscontrata un'evoluzione verso una maggior presa di confidenza con gli incarichi assegnati. Che la ripesa di un'attività dopo il lungo periodo d'inabilità, sono trascorsi 8 anni tra l'infortunio e la decisione di rendita, non sia facile non viene posto in discussione. Per il dott. med. ... l'assicurato ora quarantenne disporrebbe però delle sufficienti risorse per sormontare un tale ostacolo e rientrare in un processo socio-lavorativo indubbiamente a lungo termine più soddisfacente della condizione attuale.

E. 6

Nell'ambito della valutazione del grado d'invalidità l'assicurazione infortuni ha quindi giustamente calcolato il grado dell'impedimento medico riscontrato in funzione dell'attività precedentemente svolta dall'interessato e che per i motivi esposti in precedenza risulta ancora esigibile. In questo senso il grado dell'impedimento del 25% corrisponde anche al grado d'invalidità. Ne consegue che il ricorso deve essere respinto. Giusta l'art. 61 cpv. 1 lett. a LPGa, la procedura è gratuita. L'assicurazione convenuta non ha diritto a ripetibili (art. 61 cpv. 1 lett. g e contrario).

Il Tribunale decide: 1. Il ricorso è respinto. 2. La procedura è gratuita.

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