

# GR\_GERICHTE S 2015 53 vom 1. Dezember 2015

GR Gerichte, 2015-12-01, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr\\_gerichte\\_S\\_2015\\_53](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2015_53)

FR: GR\_GERICHTE S 2015 53 du 1 décembre 2015

IT: GR\_GERICHTE S 2015 53 del 1 dicembre 2015

## Regeste

prestazioni assicurative LAINF | Unfallversicherung

## Erwägungen

### E. 1

della legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali [LPGA; RS 830.1]) e materialmente (art. 57 LPGA in combinato disposto con l'art. 49 cpv. 2 lett. a della legge sulla giustizia amministrativa [LGA; CSC 370.100]) competente per il presente ricorso. Inoltre, il ricorrente, quale destinatario, è toccato dalla decisione impugnata ed ha un interesse degno di protezione al suo annullamento (art. 59 LPGA) per cui è dato entrare nel merito del ricorso presentato a tempo debito e nella dovuta forma (art. 60 cpv. 1 e 61 lett. b LPGA).

### E. 2

Nel caso di specie, essenzialmente è controversa l'esistenza del nesso di causalità naturale tra i disturbi lamentati dal ricorrente e l'infortunio stradale del 31 ottobre 2010. A tal riguardo viene contestato dal ricorrente l'apprezzamento da parte della convenuta delle perizie mediche agli atti. Critica questa che egli suffraga, in fase di ricorso, presentando ulteriori rapporti medici. Nel seguito, verrà quindi esaminato se la convenuta ha dimostrato con il grado della probabilità preponderante l'estinzione del nesso di causalità.

### E. 3

a) Il diritto a prestazioni assicurative sussiste dal momento in cui il danno alla salute sia in relazione causale naturale ed adeguata con l'infortunio. Primo presupposto per l'erogazione di prestazioni assicurative è quindi l'esistenza di un nesso di causalità naturale. Cause, nel senso della causalità naturale, sono tutte le circostanze senza le quali un determinato evento non si sarebbe potuto verificare o si sarebbe verificato in altro modo o in altro tempo. Affinché si ammetta l'esistenza di un nesso di causalità naturale, non occorre che l'infortunio sia stato la sola o immediata causa del danno alla salute. È sufficiente che l'evento, unitamente ad altri fattori, abbia comunque provocato un danno all'integrità corporale o psichica dell'assicurato. 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 si

- 6 - determinano secondo il principio della probabilità preponderante, essendo la mera possibilità di una relazione causale insufficiente a fondare un diritto a prestazioni assicurative (DTF 129 V 177 cons. 3.1 con rinvii a 119 V 337 cons. 1 e 118 V 289 cons. 1b, ciascuno con i rispettivi rinvii). b) Se uno stato patologico preesistente è aggravato oppure si manifesta in seguito ad un infortunio, l'obbligo dell'assicurazione contro gli infortuni di

corrispondere le prestazioni decade se l'evento non costituisce più la causa naturale (e adeguata) del danno, ossia se quest'ultimo è da ricondurre soltanto ed esclusivamente a fattori extra-infortunistici. Ciò si verifica in particolare con il ripristino dello stato di salute esistente immediatamente prima dell'infortunio (status quo ante) oppure con il raggiungimento di quello stato che, prima o poi, secondo l'evoluzione ordinaria, sarebbe intervenuto anche senza l'infortunio (status quo sine). L'estinzione del nesso di causalità deve essere stabilita con il grado della verosimiglianza preponderante richiesto in materia di assicurazioni sociali. Per contro, la semplice possibilità che l'evento non espliciti più effetto causale non è sufficiente. Trattandosi della soppressione del diritto a prestazioni, l'onere della prova non incombe all'assicurato, bensì all'assicuratore. Esso deve provare che le cause riconducibili all'infortunio non esplicano più effetti, non però l'esistenza di un motivo estraneo all'incidente (STF 8C\_790/2010 del 15 febbraio 2011 cons. 4.2 con riferimenti).

c/aa) Per determinarsi sull'esistenza ed estinzione di un rapporto di causalità naturale, il Tribunale deve ricorrere, in ambito medico, per necessità di cose, alle indicazioni del personale sanitario specializzato (DTF 129 V 177 cons. 3.1, 402 cons. 4.3.1; 119 V 335 cons. 1; 118 V 286 cons. 1b e sentenze ivi citate). Quanto alla valenza probatoria di un rapporto medico, determinante, secondo la giurisprudenza, è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su

- 7 - esami completi, che consideri parimenti le censure espresse, 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 tanto né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio, quale perizia o rapporto (DTF 125 V 351 cons. 3a; 122 V 157 cons. 1c; Hans-Jakob Mosimann, Zum Stellenwert ärztlicher Beurteilungen, in: Aktuelles im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 2001, pag. 266). In particolare, i referti affidati dagli organi dell'amministrazione a medici esterni oppure ad un servizio specializzato indipendente che fondano le proprie conclusioni su esami e osservazioni approfondite, dopo aver preso conoscenza dell'incarto, e che giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non vi siano indizi concreti a mettere in discussione la loro attendibilità (v. per il tutto STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008 cons. 5.3; cfr. anche DTF 113 V 307 cons. 3a con rinvii; STF 8C\_814/2011 del 12 gennaio 2012 cons. 2.2).

bb) Per quanto concerne le perizie di parte, il solo fatto che un parere medico sia procurato da una delle parti e messo agli atti non permette di dubitare del suo valore probatorio. Inoltre, anche ai rapporti di medici alle dipendenze interne dell'assicuratore va attribuito pieno valore probatorio purché essi si rivelino essere concludenti, sufficientemente motivati, senza contraddizioni e non sussistano indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato stia in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non lascia presumere una sua faziosità. Servono piuttosto delle circostanze particolari che permettano di ritenere fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. In considerazione dell'importanza da attribuire ai referti medici, nel diritto delle assicurazioni sociali bisogna applicare un severo metro di giudizio all'imparzialità del perito. In relazione alle attestazioni del medico curante, la Corte federale

- 8 - ha già ripetutamente stabilito che il giudice può ritenere, secondo la generale esperienza della vita, che, nel dubbio, alla luce del rapporto di fiducia esistente col paziente, egli tenda ad esprimersi a suo favore (DTF 125 V 351 cons. 3b con riferimenti).

cc) Se infine 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 precisando qual è l'opinione più adeguata (STF 8C\_126/2010 del 18 ottobre 2010 cons. 7 con riferimenti).

#### **E. 4**

a) Innanzitutto, va rilevato che la censura del ricorrente riguardante l'asserito pregiudizio del medico fiduciario non può essere sostenuta. Evidentemente gli appunti dell'ispettore della convenuta, quali atti interni, non devono essere prodotti e in ogni caso non ci sono elementi che lascino trasparire un comportamento prevenuto da parte del medico fiduciario (Dr. med. C.\_\_\_\_\_) nei confronti del ricorrente. Di conseguenza, sono respinte pure le richieste di testimonianza. Non appare inoltre opportuno ritenere la qualifica professionale Dr. med. C.\_\_\_\_\_ inappropriata per la valutazione dei disturbi del ricorrente. Dopotutto egli è specialista FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia. Oltretutto non c'è motivo per dubitare dell'affermazione della convenuta secondo cui, essa si rivolgerebbe usualmente a quest'ultimo per un parere specialistico, segnatamente in occasione di disturbi analoghi a quello di specie. La valenza probatoria dei referti del Dr. med. C.\_\_\_\_\_ va quindi riconosciuta. b) Tantomeno è giustificata la critica della violazione della buona fede da parte della convenuta. Infatti, è sì vero che la convenuta si è assunta le

- 9 - spese dell'intervento chirurgico di O.4.\_\_\_\_\_ ed in seguito ha erogato le sue prestazioni fino al 13 ottobre 2014; tuttavia, non vi si intravede un incontestato riconoscimento del nesso di causalità. Piuttosto, la convenuta si è presa a carico le spese necessarie e ha erogato le sue prestazioni finché sulla scorta di una perizia medica, che tuttavia considera le precedenti perizie, a suo avviso, non sarebbe più risultato un legame causale tra i disturbi e l'infortunio. Per l'accertamento del legame di causalità, infine, secondo il principio inquisitorio (art. 1 cpv. 1 LAINF in combinato disposto con l'art. 61 lett. c LPG) questo tribunale valuta liberamente – per quanto utili – tutte le perizie agli atti, incluse le nuove perizie inoltrate dal ricorrente e la perizia pluridisciplinare del Servizio accertamento medico (SAM).

#### **E. 5**

a) Occorre anzitutto rilevare che dal giorno dell'infortunio (il 31 ottobre 2010) fino al 26 luglio 2011, quindi per quasi nove mesi, il ricorrente non è mai stato inabile al lavoro. Infatti, visitato dopo l'incidente il 2 novembre 2010 dal medico curante Dr. med. D.\_\_\_\_\_, non veniva certificata alcuna incapacità lavorativa e il ricorrente era in grado di riprendere da subito l'attività lavorativa. Il ricorrente veniva in seguito consultato dal neurologo Dr. med. E.\_\_\_\_\_ che escludeva un nesso fra i dolori e l'ernia discale riscontrata, e poi in due occasioni dal Dr. med. F.\_\_\_\_\_, ortopedico, il quale sulla scorta di una MRI riteneva possibile uno stato dopo contusione ossea della punta della scapola sinistra con eventuale algodistrofia della spalla sinistra. Siccome, nonostante i trattamenti intrapresi, la sintomatologia rimaneva invariata, il Dr. med. G.\_\_\_\_\_ tentava una terapia manuale che tuttavia, a dire del ricorrente, provocavano un ulteriore peggioramento. In data 26 luglio 2011 il Dr. med. F.\_\_\_\_\_ certificava un'incapacità al lavoro del 100%. Quest'ultimo chiedeva in seguito un consulto specialistico presso la clinica O.5.\_\_\_\_\_ da parte del Dr. med. H.\_\_\_\_\_, specialista FMH in reumatologia, il quale, a seguito della visita del 27

febbraio 2012, evidenziava quale problema

- 10 - principale la presenza di dolori interscapolari a sinistra, probabilmente postraumatici. Egli confermava inoltre la presenza di una sindrome da impingement postraumatico alla spalla sinistra (cfr. act M26 convenuta). Alla stessa diagnosi giungeva il Dr. med. I.\_\_\_\_\_, medico fiduciario della convenuta (specialista FMH in chirurgia e in medicina generale nonché esperto in medicina infortunistica) nel rapporto del 25 aprile 2012 (act. M29 convenuta), il quale confermava inoltre il protrarsi dell'inabilità completa. Egli rilevava come non fossero ravvisabili fattori esterni all'infortunio del 31 ottobre 2010. In base alle circostanze di allora, appare evidente che la convenuta effettuasse le prestazioni. Resta da chiarire se, a più di tre anni di distanza, dopo le varie visite mediche e quindi in considerazione dei nuovi referti prodotti, i disturbi attualmente lamentati dal ricorrente siano da collocare nel quadro dell'infortunio. b/aa) I primi dubbi in merito alla diagnosi dei disturbi del ricorrente insorgono con il rapporto del 15 ottobre 2012 (act. M67 convenuta) del Dr. med. K.\_\_\_\_\_ (specialista FMH in medicina interna, reumatologia nonché in fisioterapia e riabilitazione). Questi riferiva infatti che sarebbe risultato difficile spiegare la persistenza della sintomatologia. Quale causa, egli ipotizzava una cicatrice nella muscolatura profonda parascapolare a sinistra o uno stiramento di un ramo posteriore di un nervo dorsale. In data 19 dicembre 2012, dopo l'esame elettroencefalografico presso l'Ospedale O.6.\_\_\_\_\_, il Dr. med. L.\_\_\_\_\_, specialista FMH in chirurgia ortopedica, non segnalava alcuna causa neurologica. Egli riferiva inoltre come il ricorrente avrebbe lamentato delle algie a carico della muscolatura interscapolare (cfr. act. M47 convenuta). Parimenti, il 9 gennaio 2013, il Dr. med. M.\_\_\_\_\_, specialista FMH in neurologia, non riscontrava reperti neurologici rilevanti (cfr. act. M51 convenuta). Dopo il ricovero nella clinica di O.2.\_\_\_\_\_, nel rapporto d'uscita del 27 marzo 2013 (act. M64 convenuta), il Dr. med. K.\_\_\_\_\_ evidenziava come il ricorrente avrebbe descritto un netto miglioramento della funzionalità della spalla sinistra e

- 11 - delle performance in generale. Tuttavia, l'inabilità lavorativa completa veniva valutata invariata. Sul persistere dell'incertezza riguardo alla diagnosi si esprimeva anche il Dr. med. L.\_\_\_\_\_ con rapporto del 30 aprile 2013 (act. M70 convenuta). Tra giugno e agosto 2013 venivano così condotti ulteriori accertamenti dal Dr. med. N.\_\_\_\_\_, specialista FMH in radiologia. Nel rapporto del 22 agosto 2013 (act. M79 convenuta) inerente l'esame di neurografia, egli rilevava segni di neuropatia a carico del nervo scapolare dorsale sinistro ma non di un neuroma postraumatico. Il medico ipotizzava un fenomeno da intrappolamento. Il Dr. med. N.\_\_\_\_\_ avanzava con ciò una conclusione che veniva accolta anche dal Dr. med. P.\_\_\_\_\_, specialista FMH in neurochirurgia (cfr. act. M84 p. 46 convenuta). bb) In seguito, il Dr. med. P.\_\_\_\_\_, si attivava per cercare un medico specializzato per risolvere la problematica mediante intervento chirurgico. In ragione del rifiuto a procedere chirurgicamente comunicato dalla Dr. med. Q.\_\_\_\_\_, specialista FMH in chirurgia, il ricorrente si rivolgeva al Dr. med. R.\_\_\_\_\_ dell'ospedale O.3.\_\_\_\_\_ di O.4.\_\_\_\_\_, che nel rapporto del 29 novembre 2013 proponeva di intervenire mediante revisione chirurgica con decompressione del nervo scapolare dorsale, neurolisi microchirurgica e biopsia. Le conclusioni a cui giungeva il Dr. med. R.\_\_\_\_\_ venivano comunicate dal Dr. med. D.\_\_\_\_\_ al Dr. med. I.\_\_\_\_\_, il quale, nell'ottica di non lasciare nulla di intentato, proponeva alla convenuta di prendere a carico le spese del prospettato intervento (cfr. act. M84 convenuta). Fra il 23 e il 24 dicembre 2013 il ricorrente veniva dunque ricoverato presso l'ospedale O.3.\_\_\_\_\_ di O.4.\_\_\_\_\_, dove dalla zona periscapolare

sinistra veniva asportato del tessuto fibrolipomatoso a livello infrascapolare ed asportato il nervo terminale innervante il muscolo grande romboide al bordo inframediale della scapola. In seguito all'operazione, il ricorrente riferiva un netto miglioramento dei disturbi parascapolari. Con rapporto del 16 gennaio 2014 il Dr. med. R.\_\_\_\_\_ – la

- 12 - cui interpretazione tra le parti è controversa – proponeva una graduale ripresa delle attività diarie rispettando il dolore e inoltre – giusta interpretazione di questo tribunale – di differire dalle attività lavorative finché non ci fossero più dolori. In più, veniva consigliata la fisioterapia. Oltre a diagnosticare una neuropatia periscapolare sinistra, i medici di O.4.\_\_\_\_\_ non si sono espressi sulla causalità del disturbo (cfr. rapporto del 24 dicembre 2013, act. M86 p. 38 convenuta). cc) Il caso è stato annunciato anche all'Assicurazione invalidità, nel cui ambito si è allestita una perizia pluridisciplinare presso il SAM. In detta perizia del 23 gennaio 2014 (act. AI p. 3 segg. convenuta), il Dr. med. S.\_\_\_\_\_, specialista FMH in neurologia, giusta il suo rapporto del 9 dicembre 2013, affermava che non si troverebbero lesioni sicure [del nervo scapolare in questione] e che i sintomi del ricorrente sarebbero da imputare principalmente ad una problematica muscolo-tensiva locale. Dal punto di vista neurologico non vi sarebbe limitazione lavorativa. Va notato che – come affermato dal medico stesso – questa conclusione poggia su accertamenti medici già prodotti in precedenza, eccezion fatta per il rapporto del 16 gennaio 2014 del Dr. med. R.\_\_\_\_\_. Sempre nella perizia pluridisciplinare, il Dr. med. T.\_\_\_\_\_, specialista FMH in reumatologia, con rapporto del 10 dicembre 2013 asseriva che in attività adatta allo stato di salute il ricorrente sarebbe abile al lavoro al 100 %. Egli diagnosticava, tra gli altri, delle alterazioni degenerative. I medici del SAM, in conclusione, riferivano che le conseguenze sulla capacità di lavoro si manifesterebbero a causa dei disturbi a livello psicologico e mentale (presenza di una sindrome depressiva ricorrente e una sindrome somatoforme da dolore persistente, attestate dal Dr. med. U.\_\_\_\_\_), nonché muscoloscheletrico. dd) Su richiesta della convenuta, il ricorrente veniva visitato in data 10 aprile 2014 dal Dr. med. C.\_\_\_\_\_, specialista FMH in chirurgia ortopedica e

- 13 - traumatologia, che nel rapporto del 23 luglio 2014 riferiva come fossero ancora presenti residui segni per lievi disturbi in zona periscapolare in occasione di particolari sollecitazioni, ma che tali disturbi con affaticamento e soggettivo deficit funzionale globale non si lascerebbero spiegare con una lesione strutturale o con gli effetti collaterali dei farmaci assunti. Il Dr. med. C.\_\_\_\_\_ concludeva perciò ritenendo che non si sarebbe più potuto ammettere un nesso causale tra gli attuali disturbi soggettivi e l'infortunio. A tal proposito egli asseriva come, per le sole conseguenze dell'infortunio, non sarebbero più indicate ulteriori misure diagnostiche e terapeutiche e che il ricorrente sarebbe da ritenere abile al lavoro in misura completa. c) Riassumendo, alle prime diagnosi mediche, ovvero a quella data dal Dr. med. H.\_\_\_\_\_, di dolori probabilmente postraumatici e a quella del Dr. med. I.\_\_\_\_\_, secondo cui non sarebbero ravvisabili fattori esterni all'infortunio, si contrappongono dunque, innanzitutto, dei dubbi in merito all'origine dei dolori, come segnalato dal Dr. med. K.\_\_\_\_\_ e dal Dr. med. L.\_\_\_\_\_, e inoltre la diagnosi del Dr. med. N.\_\_\_\_\_ – tra l'altro sostenuta dal Dr. med. P.\_\_\_\_\_ – ipotizzante un fenomeno da intrappolamento del nervo scapolare senza segni di un neuroma postraumatico. Una neuropatia è poi confermata dai medici dell'ospedale O.3.\_\_\_\_\_ di O.4.\_\_\_\_\_ ma non è compatibile in special modo con le conclusioni del Dr. med. M.\_\_\_\_\_, del Dr. med. S.\_\_\_\_\_ e del Dr. med. C.\_\_\_\_\_. Sia il Dr. med. S.\_\_\_\_\_ che il Dr. med. C.\_\_\_\_\_ nei loro rapporti espongono dei validi motivi a fondamento delle loro tesi (cfr. act. AI p. 39 risp.

M97 p. 10). Dal punto di vista neurologico le opinioni quindi divergono. Per l'accertamento del nesso di causalità occorre tuttavia tener presente che, pur ammettendo il fenomeno da intrappolamento, secondo quanto riferito dal Dr. med. N.\_\_\_\_\_ già nell'agosto 2013 non ci sarebbero comunque stati indizi postraumatici. Siccome, in seguito all'intervento chirurgico, nel rapporto del Dr. med. R.\_\_\_\_\_ non si fa accenno al nesso di causalità con

- 14 - l'infortunio, a questo tribunale appare perciò fondato ricorrere anzitutto al referto del Dr. med. C.\_\_\_\_\_ del 23 luglio 2014, emesso dopo il consulto del 10 aprile 2014, il quale in ogni caso tiene debitamente conto di tutte le precedenti constatazioni mediche, in particolare della perizia pluridisciplinare del SAM. Di conseguenza, appare altamente probabile che l'origine dei dolori attuali non sia postraumatica bensì da ricondurre ad alterazioni degenerative, ad affaticamento e in più, in base anche alla perizia pluridisciplinare, ad una somatizzazione ed a una problematica muscolo-tensiva. Il valore probatorio del rapporto del Dr. med. C.\_\_\_\_\_ – sebbene trattasi del medico consulente della convenuta – come pure della perizia pluridisciplinare del SAM è fuori discussione; essi infatti sono completi, le loro conclusioni sono comprensibili e date in conoscenza dell'intero incarto. Anche i rapporti prodotti dai medici di O.4.\_\_\_\_\_ e dal Dr. med. K.\_\_\_\_\_ prima della decisione su opposizione non cambiano nulla a tal proposito. Nel rapporto del 2 ottobre 2014 del Dr. med. R.\_\_\_\_\_ risp. X.\_\_\_\_\_ si riferiva in merito alle difficoltà nell'esecuzione confortevole delle attività quotidiane. Si consigliava di integrare progressivamente le attività che non producessero dolore e di evitare la ripresa dell'attività lavorativa, continuando con i cicli di fisioterapia al fine di rafforzare la muscolatura. Il Dr. med. R.\_\_\_\_\_ constatava che la causa esatta della formazione del tessuto fibroadiposo non sarebbe chiara ma che potrebbe stare in relazione con la lesione traumatica. In seguito, il Dr. med. K.\_\_\_\_\_, consultato in data 7 ottobre 2014, rilevava come dopo l'intervento del 23 dicembre 2013 a O.4.\_\_\_\_\_ il percorso sarebbe stato molto positivo. Stando ad egli, il ricorrente non avrebbe quasi più avuto nessun dolore, durante l'anno avrebbe avuto unicamente due crisi dolorose. Da metà settembre, il ricorrente descriverebbe invece un dolore anche a riposo. Il medico constatava un dolore alla rotazione e alla palpazione della spalla. In conclusione, egli consigliava delle applicazioni di caldo, senza prevedere alcun ulteriore controllo. Solamente il Dr. med. R.\_\_\_\_\_ dunque, dopo aver constatato che la causa esatta della

- 15 - formazione del tessuto fibroadiposo non sarebbe chiara, afferma che i disturbi potrebbero essere in relazione con la lesione traumatica. Tuttavia, nonostante la qualifica professionale del Dr. med. R.\_\_\_\_\_, ciò non basta a minare le conclusioni del Dr. med. C.\_\_\_\_\_. Infatti anche il Dr. med. R.\_\_\_\_\_ non parla di una probabilità preponderante ma si limita ad avanzare un'ipotesi. Nel seguito si deve quindi esaminare se le ulteriori perizie inoltrate dal ricorrente in sede di ricorso possano smentire la tesi del Dr. med. C.\_\_\_\_\_ risp. avvalorare l'ipotesi del Dr. med. R.\_\_\_\_\_. d) Nel rapporto dell'8 aprile 2015 il Dr. med. K.\_\_\_\_\_ riferiva che, vista l'intensità dei dolori e l'attuale limitazione del cingolo omero-scapolare sinistro, il paziente rimarrebbe inabile al lavoro fino a fine mese. Il medico rivedeva il ricorrente in data 22 aprile 2015 attestando un decorso molto positivo. Tuttavia, egli valutava il ricorrente ancora inabile al 100 %. Il Dr. med. R.\_\_\_\_\_, dal canto suo, con rapporto del 30 aprile 2015 consigliava l'integrazione graduale di attività non comportanti dolore. In quanto alla diagnosi, egli sostanzialmente asseriva che l'elettromiografia presentata dal ricorrente avrebbe decisamente attestato una lesione del nervo dorsale della scapola. Nell'intervento si sarebbe potuto confermare una compressione di tale nervo nel

tessuto cicatriziale e sotto il margine mediale inferiore della scapola con i movimenti che starebbero in relazione con il punto doloroso localizzato previamente con i test anestetici e con il dolore riferito dal paziente immediatamente dopo il suo incidente. Secondo il Dr. med. R. \_\_\_\_\_ dunque, un nesso di causalità dei dolori sarebbe ancora sussistito prima e fino all'intervento. Il Dr. med. R. \_\_\_\_\_ non si esprime però su un nesso di causalità tra le conseguenze dell'infortunio e i disturbi che il ricorrente lamenta tutt'oggi. Nel rapporto, inoltre, egli confermava un miglioramento, seppur lento, dei dolori, consigliando la continuazione del trattamento a livello psicologico. Al di là della dimostrazione dei disturbi ancora presenti, per mezzo dei nuovi rapporti il ricorrente non è quindi in grado di far dubitare dell'estinzione del

- 16 - nesso di causalità naturale tra questi e l'infortunio del 31 ottobre 2010, il quale è dunque stato dimostrato dalla convenuta con il grado di verosimiglianza preponderante. Se viene a mancare il nesso di causalità naturale, non occorre esaminare il requisito della causalità adeguata per cui, in base a quanto esposto il ricorso va respinto.

#### **E. 6**

La procedura in questo caso è gratuita (art. 61 lett. a LPGA) e la parte convenuta non ha diritto a ripetibili (art. 61 lett. f LPGA e contrario). Il Tribunale decide: 1. Il ricorso è respinto. 2. La procedura è gratuita. 3. [Vie di diritto] 4. [Comunicazioni] L'interposto ricorso al Tribunale federale è stato respinto dal Tribunale federale con sentenza del 7 luglio 2016 (8C\_36/2016).

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