

GR_GERICHTE S 2016 132 vom 12. Juli 2017

GR Gerichte, 2017-07-12, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S 2016 132](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2016_132)

FR: GR_GERICHTE S 2016 132 du 12 juillet 2017

IT: GR_GERICHTE S 2016 132 del 12 luglio 2017

Regeste

prestazioni assicurative LAINF | Unfallversicherung

Erwägungen

E. 1

a) Materialmente, la controversia verte sul grado d'invalidità dell'istante, mentre non è contestata l'indennità per menomazione dell'integrità. Oltre ad addurre una violazione del diritto di audizione, l'istante chiede ulteriori accertamenti di carattere medico e una definizione del grado d'invalidità comprensiva della patologia psichica e femorale di cui è portatore. b) Il 1. gennaio 2017 sono entrate in vigore le nuove disposizioni della legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF; RS 832.20). Giusta le disposizioni transitorie della modifica del 25 settembre 2015, le

- 5 - prestazioni assicurative per infortuni avvenuti prima dell'entrata in vigore della modifica del 25 settembre 2015 e per malattie professionali insorte prima di questa data sono effettuate secondo il diritto anteriore. Per quanto ha tratto al diritto procedurale, le nuove disposizioni non apportano alcun cambiamento rispetto al diritto previgente.

E. 2

a) Per costante giurisprudenza, dal diritto di essere sentito - esplicitamente disciplinato all'art. 29 cpv. 2 della Costituzione federale (Cost.; RS 101) – deve in particolare essere dedotto il diritto dell'interessato di esprimersi su tutti i punti essenziali di un procedimento prima della resa di una decisione sfavorevole nei suoi confronti (DTF 133 I 277 cons. 3. 1, 126 I 16 cons. 2a/aa, 124 I 51 cons. 3a), di fornire prove riguardanti i fatti suscettibili di influire sul provvedimento, di poter prendere visione dell'incarto, di partecipare all'assunzione delle prove, di prenderne conoscenza e di determinarsi in proposito (DTF 132 V 370 cons. 3. 1 e riferimenti). In sostanza, il diritto di essere sentito, quale diritto di partecipazione al procedimento, comprende tutte quelle facoltà che devono essere riconosciute a una parte affinché possa efficacemente far valere la propria posizione nella procedura (DTF 135 II 286 cons. 5. 1). In quanto garanzia costituzionale di natura formale, la violazione del diritto di audizione implica l'annullamento della decisione impugnata, indipendentemente dalle possibilità di successo di fondo del ricorso (DTF 137 I 195 cons. 2.2, 135 I 187 cons. 2.2 e rinvii nonché 121 I 330 cons. 2a). b) Nell'ambito delle assicurazioni sociali, in conformità a quanto sancito all'art. 49 cpv. 3 della legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA; RS 830.1), le decisioni sono accompagnate da un avvertimento relativo ai rimedi giuridici e devono essere motivate se non corrispondono interamente alle richieste delle parti. L'art. 42 LPGA sembra però relativizzare il diritto di audizione prevedendo che "le parti hanno il diritto di essere sentite, ma che non devono obbligatoriamente

- 6 - essere sentite prima di decisioni impugnabili mediante opposizione". L'istante è consapevole della disposizione di cui all'art. 42 LPGA, ma ritiene che la particolare situazione del caso in oggetto – quale la revoca di un altro provvedimento, la promessa trasmissione della documentazione medica e la richiesta di una perizia neutrale – avrebbe giustificato il diritto di meglio partecipare alla presa della decisione di rendita. c) Per questo giudice, pur comprendendo almeno in parte soggettivamente la tesi di parte attrice, non è dato concludere ad una violazione del diritto di audizione. Come non viene neppure contestato la decisione dell'11 luglio 2016 era reputata sostituire quella del 27 marzo 2015. Si trattava pertanto di una nuova decisione che godeva delle stesse possibilità di impugnazione del provvedimento precedente e che essendo deferibile all'assicuratore infortuni mediante opposizione non necessitava formalmente di una previa audizione dell'interessato giusta i dettami della LPGA. L'istante ammette che con la decisione impugnata gli siano state trasmesse anche le tre relazioni mediche che aveva richiesto. La promessa fatta dall'assicuratore infortuni a questo proposito era quella di trasmettere la documentazione "appena pronta", ma non erano state fatte assicurazioni quanto alla possibilità di esprimersi prima del rilascio della nuova decisione sulle nuove valutazioni mediche. Ne consegue che l'istante è certamente stato in grado di impugnare la decisione 11 luglio 2016 mediante opposizione con piena conoscenza di causa per cui è escluso che si possa parlare di una violazione del diritto di audizione. Il fatto che egli abbia richiesto una perizia neutrale, non muta le sorti del giudizio e non ha alcuna diretta pertinenza con la salvaguardia del diritto di audizione, ma è una questione che ha tratto all'esame materiale del contenzioso ed in particolare alla questione di sapere se l'istruttoria condotta da controparte permetta un giudizio conclusivo sulla questione dell'esigibilità o se invece si impongano altri accertamenti. Come giustamente rilevato dall'assicuratore infortuni, il semplice fatto di basare il

- 7 - proprio giudizio su atti redatti da medici interni all'amministrazione non accorda all'interessato, nell'ottica del diritto di audizione, il diritto ad una perizia esterna neutrale (vedi sul tema DTF 135 V 465). Infatti, un medico alle dipendenze dall'assicuratore infortuni non può essere considerato in virtù di tale rapporto già come prevenuto e imparziale. d) Infine, l'istante censura che uno degli ortopedici non abbia visitato personalmente l'assicurato ed abbia quindi redatta una perizia sulla semplice base degli atti. Giusta la giurisprudenza del Tribunale federale anche tale modo di agire non costituisce ancora una violazione del diritto di audizione, per quanto il medico disponga di sufficienti elementi risultanti da altri accertamenti personali (sentenza del Tribunale federale 8C_184/2013 del 7 giugno 2013 cons. 2.5 e cfr. ad esempio anche sentenze 9C_223/2014 del 4 giugno 2014 cons. 6.1 e riferimenti, 8C_947/2011 del 27 gennaio 2012 cons. 4.2, 9C_839/2008 del 29 ottobre 2009 cons. 5.4 con riferimento). Nell'evenienza in parola, per la valutazione meramente ortopedica, l'apprezzamento era avvenuto sia da parte del medico circondariale che aveva visitato il paziente sia da parte di un secondo specialista. Ne consegue che non è dato intravedere nell'operato dell'assicuratore infortuni una violazione del diritto di audizione in quanto sulla base di un ammissibile apprezzamento anticipato delle prove, detto assicuratore poteva reputare la fattispecie sufficientemente chiarita e quindi prescindere dal disporre ulteriori accertamenti e rinunciare a chiedere una perizia esterna. La questione di sapere se tale conclusione sia pure lecita, ha tratto all'esame materiale della controversia.

E. 3

a) Conformemente all'art. 6 cpv. 1 LAINF, per quanto non previsto altrimenti dalla legge, le prestazioni assicurative sono effettuate in caso d'infortuni professionali, d'infortuni non professionali e di malattie professionali. La nozione d'infortunio è definita all'art. 4 LPGGA. L'assicurazione infortuni è di carattere causale. Il diritto a prestazioni assicurative sussiste dal

- 8 - momento in cui il danno alla salute sia in relazione causale naturale ed adeguata con l'infortunio. 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 (DTF 129 V 181 cons. 3.1; 126 V 361 cons. 5c, 119 V 337 cons. 1 e 118 V 289 cons. 1b, con i rispettivi riferimenti). È questione di fatto lo stabilire se tra l'evento infortunistico e il danno alla salute esista un nesso di causalità naturale. Su questa questione assicurazione e giudice si determinano secondo il principio della probabilità preponderante, essendo la sola possibilità di una relazione causale insufficiente a fondare un diritto a prestazioni assicurative (DTF 129 V 181 cons. 3.1 e 402 cons. 4.3.1; 119 V 339 cons. 1 e 118 V 289 cons. 1b con i rispettivi riferimenti). Per l'apprezzamento delle prove, assicurazione e giudice si attengono, di regola, alle attestazioni mediche, quando non ricorrano elementi idonei a giustificarne la loro disattenzione (DTF 113 V 311 ss. e sentenza del Tribunale federale 8C_814/2011 del 12 gennaio 2012 cons. 2.2). b) Occorre inoltre rilevare che il diritto a prestazioni assicurative presuppone pure l'esistenza di un nesso di causalità adeguata tra gli elementi summenzionati. Un evento è da ritenere causa adeguata di un determinato effetto quando secondo il corso ordinario delle cose e l'esperienza della vita il fatto assicurato è idoneo a provocare un effetto come quello che si è prodotto, sicché il suo verificarsi appaia in linea generale propiziato dall'evento in questione (DTF 129 V 181 cons. 3.2 e 405 cons. 2.2, 125 V 461 cons. 5a, 117 V 361 cons. 5a e 382 cons. 4a e sentenze ivi citate). La giurisprudenza ha inoltre stabilito che la causalità adeguata, quale fattore restrittivo della responsabilità dell'assicurazione contro gli infortuni allorché esiste un rapporto di causalità naturale, non

- 9 - gioca un ruolo in presenza di disturbi fisici consecutivi ad un infortunio, dal momento che l'assicurazione risponde anche per le complicazioni più singolari e gravi che solitamente non si presentano secondo l'esperienza medica (DTF 127 V 102 cons. 5 b/bb, 118 V 286 e 117 V 365). c) Per accertare l'esistenza di un nesso di causalità adeguata tra disturbi psichici e infortunio, la giurisprudenza ha sviluppato dei criteri oggettivi (DTF 123 V 104 cons. 3e, 115 V 138 cons. 6-7, 405 cons. 4-6). Il Tribunale federale ha in particolare classificato gli infortuni, a seconda della loro dinamica, nella categoria degli eventi insignificanti o leggeri, in quella degli eventi gravi e in quella di grado medio. Per procedere a tale classificazione, non si deve considerare il modo in cui l'infortunio è stato vissuto dall'interessato ma piuttosto l'evento traumatico in quanto tale da un punto di vista oggettivo. Nei casi d'infortunio insignificante (battere leggermente la testa o slogarsi il piede) o leggero (fare una caduta o scivolata banale) l'esistenza di un nesso di causalità adeguata può di regola essere negata a priori. Secondo l'esperienza della vita e ritenute le cognizioni acquisite in materia di medicina degli infortuni, può, in effetti, essere ammesso, senza dover procedere ad accertamenti psichici particolari, che un infortunio insignificante o leggero non sia di natura tale da provocare un'incapacità lavorativa e di guadagno di

origine psichica. Se l'assicurato è rimasto vittima di un infortunio grave, l'esistenza del nesso di causalità adeguata fra l'evento e la successiva incapacità lavorativa dovuta a disturbi psichici deve di regola essere riconosciuta, poiché secondo il corso ordinario delle cose e l'esperienza della vita, gli infortuni gravi sono, in realtà, idonei a provocare danni invalidanti alla salute psichica. Sono considerati infortuni di grado medio tutti gli eventi che non possono essere classificati nelle due predette categorie. La questione circa l'esistenza di un rapporto di causalità adeguata non può essere risolta riferendosi unicamente all'evento stesso. Occorre piuttosto tener conto, da un profilo oggettivo, di tutte le circostanze che sono strettamente connesse con l'infortunio o che risultano essere un effetto

- 10 - diretto o indiretto dell'evento assicurato. Esse possono servire da criterio di apprezzamento nella misura in cui secondo il corso ordinario delle cose e l'esperienza della vita sono tali da provocare o aggravare, assieme all'infortunio, un'incapacità lavorativa e di guadagno (sentenza del Tribunale federale 8C_518/2012 del 27 maggio 2013 cons. 6.2). Nel caso di infortuni medio-leggeri, la causalità adeguata va ammessa qualora le circostanze si cumulino (adempimento di quattro criteri) o rivestano un'importanza particolare (sentenze del Tribunale federale 8C_259/2016 del 23 gennaio 2017 cons. 6.2, 8C_211/2011 del 22 agosto 2011 cons. 5 e 8C_622/2010 del 3 dicembre 2010 cons. 4.1 in fine).

E. 4

Accanto alla sintomatologia alle due spalle, l'assicurato presenta dei disturbi di carattere psichico quali un episodio depressivo di media gravità con sintomi biologici in sindrome ricorrente (ICD-10 F33.11), un disturbo della personalità ansioso (ICD-10 F60.06) e abuso e danno da alcool in astinenza (F10.1) che la curante dott. med. C. _____ ritiene ormai di carattere invalidante (vedi relazione dell'8 luglio 2015). Per la psichiatra i disturbi psichici sarebbero insorti a seguito dell'infortunio, con la perdita del posto di lavoro, "difficoltà ad accettare il lungo iter con le operazioni chirurgiche" e l'incapacità lavorativa in qualità di muratore nonché la paura del futuro (vedi relazioni del 2 marzo 2012, 15 luglio 2013, 15 ottobre 2013, 16 giugno 2014 e 8 luglio 2015). Inoltre dopo la rottura del femore, la posa di un chiodo gamma, l'insorgenza di una infezione e la posa di una protesi all'anca a mente dell'istante dovrebbero sussistere, in termini di esigibilità, anche delle importanti limitazioni a seguito di tale patologia. Per l'assicurato tutta questa molteplicità di disturbi andrebbe a carico dell'assicuratore infortuni.

E. 5

a) Per giudicare in merito alla causalità adeguata dei disturbi psichici con l'infortunio assicurato, le parti divergono già sulla qualifica dell'evento stesso che per l'assicuratore infortuni andrebbe assegnato alla categoria degli infortuni leggeri, mentre per l'istante si tratterebbe di un evento di

- 11 - gravità medio-leggera. In effetti, una distinzione tra infortunio leggero e medio-leggero non è sempre facile. Nella sentenza U 145/02 del 2 dicembre 2002 cons. 3.2, la caduta con rottura della testa del femore in caso di gelicidio veniva assegnata agli infortuni di carattere leggero, mentre nella sentenza 8C_211/2011 del 22 agosto 2011, la questione veniva lasciata aperta per un assicurato che durante il trasporto di un telaio per finestre scivolava battendo la spalla e la coscia sinistra a terra e riportava la lesione del muscolo sovraspinato della spalla (rottura della cuffia rotatoria). Nella sentenza U 285/05 del 22 marzo 2006 veniva qualificata - quale infortunio al limite dell'evento di entità

medio-leggera - una caduta a terra spostando delle casse di plastica con ferimento della testa, del gomito e del ginocchio. Alla stessa categoria venivano assegnati la caduta durante la doccia con ferimento della testa, collo e schiena (U 344/02 del 10 ottobre 2003) o una caduta all'indietro sul ghiaccio con botta in testa (U 299/03 del 20 aprile 2004). b)

Nell'evenienza in oggetto, la dinamica dell'accaduto giusta quanto riportato dall'istante all'ispettore del convenuto in occasione dell'incontro del 18 febbraio 2011 è riassumibile come segue: dopo la cena della ditta, l'istante in compagnia del capo-operaio è uscito dal ristorante e ha percorso pochi metri per recarsi alla macchina di un amico. Mentre scendeva lungo la stradina tra il ristorante e il posteggio è scivolato sul ghiaccio ed è caduto in avanti. Quella notte c'erano 16 ° sotto zero. Avendo le mani in tasca, il ricorrente non è riuscito a parare la caduta ed ha battuto a terra le spalle, la testa e il naso. L'accompagnatore lo ha aiutato a rialzarsi e lo ha scortato fino agli alloggi della ditta. Il giorno dopo i dolori erano troppo forti ed è stata chiamata l'ambulanza. Il ricovero ospedaliero confermava la rottura delle teste omerali a destra ed a sinistra. Per questo giudice, in base allo svolgimento della caduta l'infortunio va qualificato come di gravità media al limite dell'infortunio lieve. Certo la dinamica della caduta come tale non riveste ancora carattere eccezionale ed il fatto che l'assicurato abbia immediatamente

- 12 - potuto contare sull'aiuto di qualcuno per rialzarsi ed andare a letto, senza che risentisse la necessità di un immediato ricovero ospedaliero, lasciano effettivamente supporre che l'accaduto fosse stato risentito almeno sul momento e soggettivamente come un infortunio da poco, anche se un eventuale consumo alcolico, modesto a detta dell'assicurato, potrebbe aver turbato la capacità di percezione dell'infortunato (vedi la trascrizione del colloquio telefonico del 29 agosto 2011, atto no. 79 di parte convenuta). Valutando però l'accaduto da un punto di vista oggettivo, va ritenuto che la caduta sul ghiaccio è stata sicuramente fulminea e di una certa intensità vista la rottura di ambedue le spalle, che l'assicurato ha battuto la testa e il naso venendo a trovarsi faccia a terra prima di realizzare cosa stesse accadendo e poter schermare la caduta con le mani. Nella sua dinamica complessiva ed oggettiva l'evento non può essere classificato come un caso lieve, ma la sua attribuzione ad un infortunio di entità media al limite del infortunio leggero rende decisamente meglio giustizia all'accaduto. c) I criteri da applicare in caso di evoluzione psichica abnorme sono le circostanze concomitanti particolarmente drammatiche o la particolare spettacolarità dell'infortunio, la gravità o particolare caratteristica delle lesioni lamentate, la specifica cura medica protratta e gravosa, i notevoli disturbi, la cura medica errata che aggrava notevolmente gli esiti dell'infortunio, il decorso sfavorevole della cura e le complicazioni rilevanti intervenute, nonché la rilevante incapacità lavorativa malgrado la dimostrazione degli sforzi compiuti (cfr. DTF 134 V 109 cons. 10.3; sentenza 8C_424/2009 del 22 febbraio 2010 cons. 4.2). d) Non può essere contestato che né le circostanze nelle quali è avvenuto l'infortunio né la dinamica dello stesso siano contraddistinti da drammaticità o spettacolarità nel senso richiesto della giurisprudenza. Per quanto riguarda la caratteristica delle lesioni riportate va effettivamente fatto rilevare che la rottura di ambedue le spalle ha certamente limitato

- 13 - l'assicurato drasticamente. Mentre la semplice rottura di una spalla lascia la persona infortunata pur sempre nella situazione di poter badare in larga misura a se stessa - almeno nelle azioni quotidiane usuali grazie magari all'impiego di maggior tempo e prendendo alcuni semplici accorgimenti o cambiando certe abitudini - la rottura di ambedue gli omeri comporta invece una notevole perdita di autonomia, con una stretta dipendenza da terze

persone anche nelle attività quotidiane e intime della vita, basti pensare al vestirsi, all'igiene personale, al pettinarsi o al tagliare delle vivande. In questo senso quindi la limitazione attribuibile a tali lesioni è certamente notevole anche se solitamente perdura per un tempo limitato che può essere da quattro ad otto settimane per raggiungere una certa stabilità e da 12 settimane per il riacquisto di una certa forza muscolare. In questo senso quindi, contrariamente a quanto addotto dall'assicuratore infortuni, non è dato concludere che le lesioni come tali non abbiano comportata una perdita inizialmente pressoché completa e poi parziale di autonomia. Certo la prognosi era favorevole, almeno all'inizio, e quindi era dato contare su di un pronto recupero della funzionalità. In realtà invece, giusta i rapporti del 18 febbraio e del 3 maggio 2011 l'assicurato doveva due mesi dopo l'infortunio ancora essere aiutato a lavarsi e tagliare la carne e cinque mesi dopo a mettersi la giacca. Concretamente, questa questione può comunque essere lasciata aperta. e) Il criterio della specifica cura medica protratta e gravosa va considerato come soddisfatto. Dopo le due lesioni alle spalle, l'assicurato è stato sottoposto ad un intervento di osteosintesi (1), la persistenza di forti dolori rendeva necessario l'allontanamento delle viti troppo lunghe 5 mesi dopo l'intervento (2). Un anno dopo, a causa dell'istaurarsi di una necrosi ad ambedue le spalle seguiva l'impianto di una protesi alla spalla destra (3) dopo asportazione della placca. Si sviluppava allora un'infezione low grade, che rendeva necessaria la sostituzione della protesi il 18 giugno 2013 (4). Con il subentrare di disturbi anche alla spalla sinistra, all'assicurato veniva impiantata una protesi normale il 1. aprile 2014 (5),

- 14 - che però doveva essere sostituita il 1. ottobre 2015 con una protesi inversa (6). Durante questi cinque anni di cure mediche, l'assicurato era inoltre degente dal 20 giugno al 26 luglio 2011 a Bellikon per riabilitazione, dall'11 al 17 novembre 2012 a Bellinzona per incipienti dolori alle spalle, dal 27 dicembre 2012 al 16 gennaio 2013, dal 2 al 31 luglio 2013, dal 3 al 23 novembre 2013 e dal 5 aprile al 2 maggio 2014 a Novaggio per riabilitazione. Che per le fratture alle teste omerali destra e sinistra la cura medica si sia protratta oltre i normali termini indicati in precedenza non vi è alcun dubbio. Quanto al tipo di cura - che accanto agli antidolorifici e l'intensa fisioterapia è stata però anche caratterizzata da sei interventi operatori e da altrettante degenze di riabilitazione o per la cura della patologia - questa va indubbiamente considerata come gravosa, già per la serietà degli interventi operatori subiti, la degenza forzata in nosocomi a scopo di cura e riabilitazione, nonché per il dolori e le limitazioni che hanno fatto seguito a dette operazioni e che hanno indubbiamente drasticamente inciso sulla qualità di vita dell'assicurato (vedi sentenze del Tribunale federale 8C_209/2008 del 2 dicembre 2008 cons. 5.4, in cui il presupposto è stato negato per della cure decisamente meno incisive di quelle del caso in oggetto come pure 8C_174/2011 del 1. giugno 2011 cons. 2.4 e 8C 327/2008 del 16 febbraio 2011 cons. 4.2 dove la terapia si limitava a sedute di fisioterapia o a regolari controlli sanitari o indagini mediche). f) Nella decisione su opposizione viene messo in dubbio che il criterio della specifica cura medica protratta e gravosa sia soddisfatto in quanto i primi disturbi di carattere psichico sarebbero già stati accusati dall'istante il 25 novembre 2011, ovvero 11 mesi dopo l'infortunio. La tesi ed il richiamo alle due sentenze del Tribunale federale 8C_647/2013 e 8C_312/2007 non sono convincenti. In primo luogo la diagnosi allora posta dalla curante dott. med. C._____ di reazione ansioso-depressiva da disadattamento (ICD-10 F43.22) e uso dannoso di alcool (ICD-10 F10.1) non corrisponde alla diagnosi posta attualmente che accanto al consumo alcolico evoca un

- 15 - episodio depressivo di media gravità con sintomi biologici in sindrome ricorrente (ICD-10 F33.11) e un disturbo della personalità ansioso (ICD-

E. 10

F60.06). Del resto nell'attestazione del 2 marzo 2012 la psichiatra e psicoterapeuta non certificava alcuna inabilità lavorativa, ma reputava per il momento incerta la prognosi lavorativa, mentre la valutazione che l'esperta fa dell'abilità lavorativa in data 8 luglio 2015 è ben diversa: dal punto di vista psichico l'abilità lavorativa era ridotta al 100 % a tempo indeterminato. Ai fini del presente giudizio è comunque decisivo che la successiva lunghezza della cura non possa essere essenzialmente da attribuire a fattori psichici bensì ad una chiara indicazione somatica. Ne consegue che l'argomentazione e la giurisprudenza citate per contestare il soddisfacimento di questo criterio non si rivelano pertinenti. g) Durante questi cinque anni l'assicurato ha dovuto convivere con dolori alle spalle e limitazioni funzionali gravi e continue, per cui il criterio dei notevoli disturbi è pure soddisfatto come non sembra neppure contestato da controparte. Per contro non è dato concludere ad cura medica errata o che abbia aggravato notevolmente gli esiti dell'infortunio. Per la frattura delle teste omerali le terapie applicate sia quella conservativa che quella su intervento di osteosintesi erano corrette. Le viti troppo lunghe erano state allontanate solo cinque mesi dopo l'intervento e non un anno dopo come avviene normalmente per l'asportazione del materiale di osteosintesi. Un secondo intervento in caso di posa di materiale d'osteosintesi rientra però nel normale decorso di cura. In questo senso non è dato concludere che la cura medica abbia in qualche modo aggravato gli esiti dell'infortunio. Infatti, il fatto che si sia in seguito instaurata una necrosi ad ambedue le spalle, dimostra che tale evoluzione non possa essere ascritta al materiale d'osteosintesi o in generale alla cura praticata, ma tale patologia costituisce una delle tante complicazioni che possono insorgere dopo una frattura omerale, senza che vi possa essere una responsabilità dei curanti. Anche l'infezione low grade è una possibile complicazione di un intervento chirurgico come

- 16 - l'impianto di una protesi, ma non può essere ricondotta ad un errore medico. Probabilmente l'assicurato ha un sistema immunitario debilitato, giacché anche l'impianto a livello del femore ha successivamente comportato complicazioni analoghe a quelle riscontrate a livello delle spalle. Per quanto riguarda la posa di una protesi normale e la successiva necessità di sostituire la stessa con una inversa, la conclusione è la stessa. A priori non era dato sapere che l'impianto di una protesi inversa meglio si sarebbe adattata alla muscolatura della spalla dell'istante. Nell'ottica della cura medica, l'impianto delle protesi era dettato dalle necrosi e il risultato che attualmente presenta l'istante non è stato aggravato dalla sostituzione delle protesi. h) Soddisfatto è invece il criterio inerente al decorso sfavorevole della cura e alle complicazioni rilevanti intervenute. Come prima complicazione della cura per quanto riguarda la spalla destra può essere nell'evenienza evocato l'intervento di osteosintesi con viti troppo lunghe (nel rapporto del 24 aprile 2012 si parla di completo sfondamento della testa omerale e protrusione delle viti), in seguito l'insorgenza di una necrosi e poi di un'infiammazione dopo la posa della protesi. In questo senso i primi tre interventi alla spalla destra sono stati seguiti da un'evoluzione diversa da quella normale. Quanto alle complicazioni per la spalla sinistra va evocata l'insorgenza di una necrosi e poi la scelta della protesi anatomica anziché di quella inversa. Alla posa della protesi anatomica era allora seguita la certo non gradevole sensazione che il braccio potesse cadere (vedi relazione del 15 ottobre 2013 della dott. med. C. _____) con l'accertamento di

una sublussazione della protesi verso anteriore (vedi rapporto dell'8 luglio 2015 del dott. med. D._____) e la presa di coscienza che meglio conciliabile con la muscolatura della spalla del paziente fosse una protesi inversa. Pur non potendo parlare di errore medico, è invece d'obbligo concludere al subentrare di complicazioni importanti che nella loro globalità non solo hanno ritardato per anni il processo di guarigione, ma che hanno lasciato delle pesanti sequele nel senso di una "importante

- 17 - limitazione funzionale alle due spalle (vedi referto del dott. med. E._____ del 27 maggio 2016 a pag. 5). i) Dal dicembre 2010 all'ottobre 2014 l'assicurato è stato inabile al lavoro e la sua completa inabilità nell'attività di muratore è stata sempre accertata dal curante e dai medici che lo hanno operato. Durante questo lasso di tempo vi è stato un tentativo di ripresa dal lavoro che però non ha dato i risultati sperati e il lavoratore era costretto a lasciare il lavoro due ore dopo, senza che l'insuccesso potesse essere attribuito a mancanza di volontà o di sforzi da parte dell'assicurato. I disturbi ancora sempre lamentati venivano in seguito resi oggettivamente dalla presenza di una necrosi. Nessuno in seguito ha poi mai contestata l'inabilità lavorativa completa in qualità di muratore medicalmente accertata dal profilo ortopedico. Ne consegue che anche questo criterio va nella fattispecie ritenuto soddisfatto. l) Giusta le considerazioni che precedono e vista la soddisfazione di almeno quattro dei criteri sopra indicati, i disturbi psichici lamentati dall'assicurato devono allora essere posti in relazione causale naturale ed adeguata con l'infortunio assicurato per cui l'assicuratore infortuni è tenuto a valutare la loro eventuale incidenza sulla capacità lucrativa sulla base di una valutazione specialistica che tenga complessivamente conto dei disturbi psichici e somatici. Già per questo motivo il ricorso deve essere accolto e gli atti rinviati all'assicuratore infortuni per l'espletamento dei necessari accertamenti e la presa di una nuova decisione di rendita. Non si giustifica allora un esame della validità delle conclusioni in termini di esigibilità operate dai due ortopedici alle dipendenze della parte convenuta in ricorso. 6. Il 4 gennaio 2015 l'assicurato cadeva dalle scale e riportava la rottura del femore. Come non viene neppure contestato, all'epoca non era più assicurato presso l'assicuratore infortuni convenuto. Per l'assicurato

- 18 - anche questa patologia sarebbe però una conseguenza dell'infortunio assicurato subito nel 2010. La tesi, sostenuta per la prima volta in sede di opposizione 12 settembre 2016, ad un anno e mezzo dall'evento, va recisamente respinta. A prescindere dal fatto che entro i termini di cui all'art. 45 LAINF non è stato notificato all'assicuratore alcun infortunio, non vi sono neppure indizi che lascino anche solo supporre che l'evento del gennaio 2015 abbia una relazione con il traumatismo alle spalle subito 5 anni prima. In nessuna delle numerose documentazioni mediche degli ultimi 5 anni viene fatto accenno ad una eventuale instabilità nella deambulazione dell'assicurato a seguito della patologia alle spalle per cui la pretesa è priva di qualsivoglia ben fondato. Basti al proposito ricordare che nell'opposizione presentata in data 12 maggio 2015, l'assicurato stesso non pretendeva neppure che la rottura del femore potesse essere in relazione con l'infortunio assicurato del 2010. Anche la comunicazione dell'assicuratore infortuni del 26 novembre 2015, mediante la quale per i disturbi alla gamba destra per esiti da frattura pertrocanterica non veniva riconosciuta la responsabilità dell'assicuratore infortuni, non suscitava alcuna reazione da parte dell'interessato. Non essendo quindi riuscito a rendere neppure plausibile una relazione tra la rottura del femore e l'evento del 2010, la decisione è sfavorevole a quella parte - ovvero l'assicurato - che intende dedurre un suo diritto da una circostanza di fatto che è rimasta non provata (DTF 117 V 261 cons. 3b e 114 V 213 cons. 5 con riferimenti nonché sentenza del

Tribunale federale 9C_354/2011 del 9 marzo 2012 cons. 4). 7. Lamentando dei disturbi di carattere ortopedico e psichico riconducibili alla caduta del 2010, l'assicurato dovrà essere sottoposto ad un esame in questi due ambiti di competenza medica, onde determinare l'incapacità complessiva medico-teorica. L'assicurato chiede un accertamento pluridisciplinare in coordinazione con l'ufficio dell'assicurazione invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE). Anche se la proposta potrebbe rivelarsi condivisibile sotto più punti di vista, essendo possibile

- 19 - chiedere agli esperti un giudizio in merito agli impedimenti riscontrati dall'assicurato che siano in relazione con l'infortunio (spalle e psichici) e quelli che invece non lo sono (altri fattori invalidanti quali disturbi all'anca ed eventuali altre patologie), non spetta al Tribunale amministrativo ordinare una coordinazione degli accertamenti, senza che vi sia al riguardo una espressa base legale. La LPGA si esprime infatti sulla coordinazione delle prestazioni, ma non su quella degli accertamenti medici. Considerata però l'intera l'anamnesi medica dell'istante e la gravosità della cura alla quale è stato finora sottoposto, in termini di esigibilità una coordinazione delle indagini mediche nel senso proposto nel ricorso sarebbe altamente auspicabile. 8. In conclusione, il ricorso è accolto e la decisione su opposizione del 15 settembre 2016 è annullata e gli atti vengono rinviati all'assicuratore infortuni per la presa di una nuova decisione dopo l'esplicazione degli accertamenti medici necessari nel senso esposto nei considerandi. Giusta l'art. 61 LPGA la procedura è gratuita (lett. a). Per la procedura davanti al Tribunale amministrativo, ha diritto alle ripetibili il ricorrente che vince la causa in applicazione all'art. 61 cpv. 1 lett. g LPGA, fermo restando che un giudizio di rinvio equivale sotto questo aspetto al pieno accoglimento del ricorso (DTF 132 V 215 cons. 6.2 e 110 V 54 cons. 3a nonché sentenza del Tribunale federale U 199/02 del 10 febbraio 2004 cons. 5). Ai sensi dell'art. 3 cpv. 1 dell'ordinanza sulla determinazione dell'onorario degli avvocati (OOA; CS 310.250), viene considerata corrente una tariffa oraria fra i 210 e i 270 franchi. Conformemente alla nota d'onorario introdotta il 23 dicembre 2016, vengono conteggiate 19 ore e 55 minuti di onorario a fr. 250.-- e dei costi per un ammontare di fr. 439.--. Giusta però la prassi di questo giudice (sentenze del Tribunale amministrativo S 16 49, S 15 93 e V 13 2), i costi che come quelli fatturati nell'evenienza non corrispondono alle spese vive (come quelli per una fotocopia di fr. 2.--) vengono stabiliti dal tribunale mediante l'applicazione di una percentuale del 3 %. Ne consegue che le ripetibili pari a fr. 4'979.15 di onorario e fr.

- 20 - 149.40 di spese ammontano a fr. 5'128.55. Vivendo l'assicurato all'estero non vi è addebito dell'IVA. Il Tribunale decide: 1. Il ricorso è accolto e la decisione impugnata è annullata. Gli atti vengono ritornati all'assicuratore infortuni per l'esperimento dei necessari accertamenti medici nel senso dei considerandi e la resa di una nuova decisione. 2. La procedura è gratuita. 3. L'istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni versa a A._____ fr. 5'128.55 (senza IVA) a titolo di ripetibili. 4. [Vie di diritto] 5. [Comunicazioni] L'interposto ricorso al Tribunale federale è stato respinto con sentenza del 16 ottobre 2018 (8C_585/2017).

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