

GR_GERICHTE S 2020 103 vom 9. Dezember 2021

GR Gerichte, 2021-12-09, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2020_103

FR: GR_GERICHTE S 2020 103 du 9 décembre 2021

IT: GR_GERICHTE S 2020 103 del 9 dicembre 2021

Regeste

prestazioni assicurative LAINF | Unfallversicherung

Erwägungen

E. 1

Ai sensi dell'art. 1 cpv. 1 della Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni del 20 marzo 1981 (LAINF; RS 832.20) in unione con l'art. 56 cpv. 1 e con l'art. 58 cpv. 2 della Legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali del 6 ottobre 2000 (LPGA; RS 830.1) contro le decisioni su opposizione delle assicurazioni contro gli infortuni l'assicurato domiciliato all'estero può interporre ricorso al tribunale delle assicurazioni del cantone in cui il suo ultimo datore di lavoro aveva domicilio. Nell'occorrenza il ricorrente è domiciliato a U._____ in Italia e ha lavorato da ultimo, appena prima dell'infortunio, presso una ditta con sede a C._____ nel Cantone dei Grigioni. La competenza per materia è anch'essa data in base all'art. 57 LPGA in unione con l'art. 49 cpv. 2 lett. a della Legge sulla giustizia amministrativa del 31 agosto 2006 (LGA; CSC 370.100). Questa Corte è dunque competente per trattare la pratica in giudizio. In quanto destinatario formale e materiale della decisione su opposizione, il ricorrente è particolarmente toccato dalla decisione impugnata, ha un interesse degno di protezione all'annullamento o alla modifica della stessa ed è quindi legittimato a presentare ricorso (art. 59 LPGA). Sul ricorso tempestivo e presentato nella dovuta forma può perciò essere entrato nel merito (artt. 60 e 61 lett. b LPGA).

E. 2

Controverso è se il resistente ha chiuso il caso d'infortunio del ricorrente a giusto titolo, sospendendo il versamento delle indennità giornaliere dal 31 ottobre 2019 in poi e negando il diritto a una rendita d'invalidità LAINF nonché a un'indennità per menomazione dell'integrità. Va esaminato innanzitutto se i problemi di salute ancora lamentati dal ricorrente siano da ricondurre all'infortunio del 10 giugno 2018 e se questi siano invalidanti o costituiscano una menomazione all'integrità del ricorrente.

- 24 -

E. 3

Dapprima vanno ricordati i principi delle varie prestazioni assicurative della LAINF.

E. 3.1

Giusta l'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. L'assicurazione effettua le prestazioni anche per fratture e altre lesioni corporali, sempre che non siano dovute prevalentemente all'usura o a una malattia

(cpv. 2). Effettua le prestazioni pure per lesioni causate alla persona infortunata durante la cura medica (cpv. 3).

E. 3.2

Secondo l'art. 10 cpv. 1 LAINF una persona assicurata ha diritto alla cura appropriata dei postumi d'infortunio. Devono dunque esserle pagate o indennizzate le spese per prestazioni sanitarie createsi in tal senso. Tale diritto non comprende però tutti gli atti medici possibili e immaginabili, bensì unicamente i trattamenti necessari, grazie all'impiego di mezzi adeguati, per ristabilire la salute. Ai sensi dell'art. 54 LAINF le misure sanitarie devono essere limitate a quanto richiede lo scopo del trattamento. La persona assicurata ha diritto al pagamento delle spese di cura previste dalla legge solo fino al momento in cui è preventivabile un notevole miglioramento dello stato di salute. Quando una misura riesce con probabilità preponderante soltanto ad attenuare per un periodo limitato i disturbi causati da un danno alla salute stazionario, non sussiste alcun diritto alla continuazione del trattamento. In altre parole il diritto alle cure cessa qualora dalla loro continuazione del trattamento non sia da attendersi un sensibile miglioramento della salute della persona assicurata. Nemmeno persistenti dolori bastano a conferire il diritto alla continuazione del trattamento se da questo non è dato sperare in un miglioramento sensibile dello stato di salute.

E. 3.3

Secondo l'art. 16 cpv. 1 LAINF ha diritto all'indennità giornaliera la persona assicurata totalmente o parzialmente incapace al lavoro ai sensi dell'art. 6

- 25 - LPGA in seguito a infortunio. Il diritto si estingue con il ripristino della piena capacità lavorativa, con l'assegnazione di una rendita o con la morte della persona assicurata (cpv. 2).

E. 3.4

Presupposto essenziale per l'erogazione di prestazioni da parte dell'assicurazione contro gli infortuni è l'esistenza di un nesso di causalità naturale fra l'evento e le sue conseguenze che nel caso delle indennità giornaliere si riassumono nel danno alla salute da cui deriva l'incapacità al lavoro. Questo presupposto è da considerarsi adempiuto qualora si possa ammettere che senza l'evento infortunistico il danno alla salute non si sarebbe potuto verificare o non si sarebbe verificato nello stesso modo. Non occorre invece 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 della persona assicurata, 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 l'assicurazione e il tribunale si determinano secondo il principio della probabilità preponderante. Ne discende che ove l'esistenza di un nesso di causalità tra infortunio e danno sia possibile, ma non possa essere reputata probabile, il diritto a prestazioni derivato dall'infortunio assicurato deve essere negato (DTF 129 V 177 consid. 3.1). Secondo la giurisprudenza il nesso di causalità deve però essere anche adeguato. 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 177 consid. 3.2).

E. 3.5

Il diritto alla cura medica e alle indennità giornaliere cessa con la nascita del diritto alla rendita (art. 19 cpv. 1 ultimo periodo LAINF). I due titoli di diritto sono dunque alternativi e si escludono a vicenda.

- 26 -

E. 3.6

Ha diritto a una rendita d'invalidità chi rimane invalido ai sensi dell'art. 8 LPGA almeno al 10% in seguito a infortunio se l'infortunio si è verificato prima del raggiungimento dell'età ordinaria di pensionamento (art. 18 cpv. 1 LAINF). Nasce qualora dalla continuazione della cura medica non sia da attendersi un sensibile miglioramento della salute della persona assicurata e siano conclusi eventuali provvedimenti d'integrazione dell'AI (art. 19 cpv. 1 primo periodo LAINF).

E. 3.7

Infine la persona assicurata ha diritto a un'equa indennità se, in seguito all'infortunio, accusa una menomazione importante e durevole all'integrità fisica, mentale o psichica (art. 24 cpv. 1 LAINF). L'indennità è determinata simultaneamente alla rendita d'invalidità o al termine della cura medica se la persona assicurata non ha diritto a una rendita (cpv. 2).

E. 4

Vanno rammentati ancora i principi del diritto probatorio.

E. 4.1

Sia la procedura amministrativa sia quella dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni sono governate dal principio inquisitorio. Secondo questo principio, l'amministrazione e il tribunale devono garantire d'ufficio l'accertamento corretto e completo dei fatti giuridicamente rilevanti (cfr. art. 43 cpv. 1 e art. 61 lett. c LPGA). L'assicuratore sociale quale organo di decisione e, in caso di ricorso, il tribunale possono accettare un fatto come provato soltanto se sono convinti della sua esistenza. Nel diritto delle assicurazioni sociali, a meno che la legge non preveda altrimenti, il tribunale deve prendere la sua decisione secondo il grado di prova della probabilità preponderante. La semplice possibilità di una certa circostanza non soddisfa i requisiti della prova. Piuttosto, il tribunale deve seguire il resoconto dei fatti che considera il più probabile tra tutti i possibili corsi degli eventi. Il principio inquisitorio esclude necessariamente l'onere della prova nel senso di onere di produrre prove, poiché spetta al tribunale delle assicurazioni sociali adito (o all'organo amministrativo chiamato a decidere) raccogliere le prove. Nel procedimento di assicurazione sociale

- 27 - generalmente le parti hanno l'onere della prova solo nella misura in cui in assenza di prove la decisione va a svantaggio della parte che voleva trarre dei diritti dai fatti non provati. Tuttavia, questa regola ha effetto soltanto se nell'ambito del principio inquisitorio si dimostra impossibile, sulla base di una valutazione delle prove, stabilire fatti che abbiano almeno la probabilità di corrispondere alla realtà (sentenza del Tribunale federale 8C_17/2017 del 4 aprile 2017 consid. 2.2 con rinvio alla DTF 138 V 218 consid. 6).

E. 4.2

Il dovere inquisitorio dura fino a quando non vi è sufficiente chiarezza sui fatti necessari per la valutazione della pretesa. Il principio inquisitorio è strettamente legato al principio della

libera valutazione delle prove a livello amministrativo e giudiziario. Se, con una valutazione delle prove completa, accurata, obiettiva e orientata sul contenuto, gli accertamenti da effettuare d'ufficio nell'ambito del principio inquisitorio portano l'assicuratore sociale o il tribunale alla convinzione che un certo fatto è da considerarsi prevalentemente probabile e che ulteriori misure di prova non potrebbero più modificare questo risultato stabilito, la rinuncia all'assunzione di ulteriori prove non costituisce una violazione del diritto di essere sentiti (valutazione anticipata delle prove). Tuttavia, se permangono dubbi significativi sulla completezza e/o sulla correttezza delle costatazioni di fatto finora effettuate, devono essere effettuati ulteriori accertamenti, nella misura in cui dalle ulteriori misure di prova ci si possono ancora attendere nuovi risultati essenziali (cfr. per il tutto le sentenze del Tribunale federale 8C_831/2019 del 13 febbraio 2020 consid. 3.2.1 e 8C_281/2018 del 25 giugno 2018 consid. 3.2.1). Se l'assicuratore sociale rispettivamente l'amministrazione non ottempera al suo dovere inquisitorio o lo fa solo parzialmente, la causa può essere rinviata per ulteriori accertamenti e susseguente nuovo giudizio (cfr. la DTF 132 V 368 consid. 5).

E. 4.3

Per poter valutare lo stato di salute e con questo la questione di quali prestazioni lavorative possano ancora essere pretese dalla persona

- 28 - assicurata, l'amministrazione rispettivamente il tribunale adito in caso di ricorso dipendono da documenti che devono essere allestiti e forniti da medici o eventualmente da altri specialisti, il cui compito consiste nel valutare lo stato di salute e di prendere posizione in merito alla misura in cui e in riferimento a quale attività l'assicurato sia incapace al lavoro. In altre parole sono chiamati a fornire referti, in base a esami medici professionali e tenendo conto dei lamenti soggettivi, e fare una diagnosi basata su questo. In tal modo il perito medico svolge il suo compito originale, per il quale l'amministrazione e il tribunale adito non sono competenti.

E. 4.4

Il diritto federale non prescrive come debbano essere valutate le singole prove. Il principio del libero apprezzamento delle prove si applica a tutte le procedure di ricorso amministrativo e giudiziario. Secondo questo principio gli assicuratori sociali e i tribunali delle assicurazioni sociali devono valutare le prove liberamente, cioè senza essere vincolati da regole formali di prova, così come in modo completo e doveroso. Per la procedura di ricorso ciò significa che il tribunale deve esaminare obiettivamente tutte le prove, indipendentemente da chi le ha fornite, e poi decidere se i documenti disponibili permettono una valutazione affidabile della pretesa giuridica in questione. In particolare, in caso di rapporti medici contrastanti non può decidere il caso senza valutare le prove nel loro insieme e indicare i motivi per cui si basa su una tesi medica piuttosto che sull'altra (DTF 143 V 124 consid. 2.2.2 e DTF 125 V 351 consid. 3a). Quanto alla valenza probatoria di un rapporto medico, secondo la giurisprudenza è determinante che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti i disturbi lamentati dall'assicurato, che sia stato stilato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico e della situazione medica sia chiara e che le conclusioni dell'esperto siano ben motivate. Di conseguenza in linea di principio per

- 29 - stabilire se un rapporto medico abbia valore di prova o meno non è decisivo né l'origine né la sua denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (DTF 134 V 231

consid. 5.1, DTF 125 V 351 consid. 3a). La giurisprudenza ha ciononostante ritenuto compatibile con il principio del libero apprezzamento delle prove stabilire alcune direttive per la valutazione delle prove in relazione a determinate forme di attestazioni mediche (DTF 125 V 351 consid. 3b, DTF 118 V 286 consid. 1b, DTF 112 V 30 consid. 1a con rinvii).

E. 4.5

Alle perizie ottenute nell'ambito della procedura amministrativa di medici specialisti esterni che rilasciano i propri rapporti in base a indagini e osservazioni approfondite e dopo aver preso visione di tutta la documentazione medica e che nella descrizione dei loro referti giungono a risultati concludenti va riconosciuto pieno valore probatorio nella valutazione delle prove, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro attendibilità (DTF 137 V 210 consid. 1.3.4, DTF 125 V 351 consid. 3b/bb). Anche i rapporti e le perizie dei medici impiegati dall'assicurazione hanno un valore probatorio comparabile, a condizione che appaiano conclusivi, comprensibilmente motivati e privi di contraddizioni e che non vi siano indizi atti a mettere in causa la loro attendibilità (vedi la DTF 137 V 210 consid. 1.2.1, sentenza del Tribunale federale 8C_839/2016 del 12 aprile 2017 consid. 3.1 seg.). Il semplice fatto che il medico interpellato sia impiegato dall'assicuratore sociale non permette di per sé di concludere a una mancanza di obiettività o a una parzialità. Piuttosto sono richieste circostanze speciali che fanno apparire oggettivamente giustificata la sfiducia nell'imparzialità della valutazione. Vista la notevole importanza delle perizie mediche nel diritto delle assicurazioni sociali, occorre però applicare uno standard rigoroso all'imparzialità del perito (cfr. per il tutto le DTF 125 V 351 consid. 3b/ee, DTF 122 V 157 consid. 1c). In caso di dubbi, anche minimi, sull'affidabilità e la conclusività delle costatazioni mediche interne dell'assicuratore,

- 30 - devono essere fatti ulteriori accertamenti (DTF 139 V 225 consid. 5.2, DTF 135 V 465 consid. 4.3.2 e 4.4; sentenze del Tribunale federale 9C_415/2017 del 21 settembre 2017 consid. 3.2, 8C_452/2016 del 27 settembre 2016 consid. 4.2.2 seg. e 8C_245/2011 del 25 agosto 2011 consid. 5.3). Per quanto attiene ai rapporti dei medici curanti il tribunale può e deve tenere conto del fatto che, per esperienza, nel dubbio essi tendono talvolta a testimoniare a favore dei loro pazienti, vista la loro posizione di fiducia instauratasi contrattualmente (DTF 135 V 465 consid. 4.5, DTF 125 V 351 consid. 3b/cc). In particolare, la diversa natura del mandato di cura della persona (specialista) terapeutica da un lato e del mandato di valutazione peritale commissionato d'ufficio dall'altro (cfr. la DTF 124 I 170 consid. 4) non basta, per sé stessa, per mettere in discussione una perizia amministrativa o giudiziaria e per dare adito a ulteriori accertamenti, se i medici curanti giungono a opinioni differenti da quelle dei periti. Sono fatti salvi i casi in cui si impone una valutazione diversa dalla perizia (ufficiale) perché i rapporti dei medici curanti menzionano degli aspetti importanti che non sono puramente frutto di un'interpretazione soggettiva e che sono rimasti non riconosciuti o non apprezzati nella perizia (sentenze del Tribunale federale 8C_317/2019 del 30 settembre 2019 consid. 2.3, 8C_379/2019 del 21 agosto 2019 consid. 2.2 e 8C_835/2018 del 23 aprile 2019 consid. 3).

E. 4.6

In termini fattuali e temporali, nella procedura di ricorso per il tribunale adito è determinante lo stato di salute come si è concretizzato al momento dell'emanazione della decisione impugnata (vedi fra tante la sentenza del Tribunale federale 8C_136/2017 del 7

agosto 2017 consid. 3; cfr. UELI KIESER, op. cit., n. 109 ad art. 61 LPGA). Nel caso qui in giudizio vanno dunque considerate le circostanze sussistenti il 12 agosto 2020.

- 31 -

E. 5

Nel seguito deve essere esaminato se il resistente ha giustamente chiuso il caso d'infortunio e quindi sospeso le prestazioni di breve durata, cioè il pagamento di spese di cura e di indennità giornaliera a partire dal 31 ottobre 2019. In caso non dovesse sussistere il diritto alle spese di cura e all'indennità giornaliera, in un secondo passo va giudicato l'eventuale diritto a una rendita d'invalidità e a un'indennità per menomazione dell'integrità.

E. 6

Una chiusura del caso con conseguente sospensione delle prestazioni di breve durata è possibile qualora dalla continuazione della cura medica non sia da attendersi un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato e siano conclusi eventuali provvedimenti d'integrazione dell'AI (cfr. art. 19 cpv. 1 primo periodo LAINF; DTF 134 V 109 consid. 4.1). Il presupposto del "sensibile miglioramento" si definisce nella misura del prevedibile incremento o ripristino della capacità lavorativa compromessa dall'infortunio. Il prevedibile miglioramento dalla continuazione della cura medica deve essere significativo, da qui il termine "sensibile" (cfr. DTF 134 V 109 consid. 4.3). La questione del sensibile miglioramento deve essere giudicata prospettivamente al momento della sospensione delle prestazioni. Questa valutazione si fonda sulle informazioni mediche a proposito delle opzioni terapeutiche e del decorso della patologia, generalmente riassunte nel concetto di prognosi (cfr. la sentenza del Tribunale federale 8C_277/2012 del 12 ottobre 2012 consid. 2.2.2). La conclusione del caso presuppone unicamente che da ulteriori cure mediche non ci si debba più aspettare un sensibile miglioramento dello stato di salute; non è invece richiesto che un trattamento medico non sia più necessario (cfr. le sentenze del Tribunale federale 8C_590/2008 del 3 dicembre 2008 consid. 4.2 e 8C_432/2009 del 2 novembre 2009 consid. 3.2).

E. 6.1

Nel caso qui in giudizio è incontestato che l'incidente con il mezzo agricolo del 10 giugno 2018 costituisca un infortunio non professionale ai sensi

- 32 - dell'art. 8 LAINF. Sono inoltre conclusi, per quanto si possa costatare dagli atti, i provvedimenti d'integrazione dell'AI. Pacifico è inoltre che il ricorrente dichiara di soffrire ancora di vari danni alla salute. Controverso è d'una parte quali di questi danni alla salute siano da ricondurre causalmente all'infortunio, e d'altra parte pure quali di essi siano guariti rispettivamente se a quel proposito ci si debba ancora aspettare un sensibile miglioramento ai sensi della giurisprudenza. Ciò va giudicato esclusivamente sotto l'ottica del diritto dell'assicurazione contro gli infortuni (e non ad esempio anche dell'assicurazione malattia; cfr. l'art. 3 cpv. 1 LPGA che definisce la malattia come qualsiasi danno alla salute fisica, mentale o psichica che non sia la conseguenza di un infortunio e che richieda un esame o una cura medica oppure provochi un'incapacità al lavoro).

E. 6.2

Mentre le parti sono d'accordo nel ritenere postumi d'infortunio i problemi al torace, solo il ricorrente afferma che anche i disturbi lamentati al rachide cervicale e alla spalla sinistra sarebbero da ricondurre direttamente all'infortunio. A tal proposito si nota innanzitutto

come la descrizione dell'incidente stesso è cambiata sensibilmente. Nelle prime deposizioni e descrizioni ai medici, il ricorrente non aveva mai menzionato la spalla o comunque di non sapere se fosse stato colpito al petto dal manubrio o dal roll-bar. Nel ricorso invece sostiene d'un tratto di aver usato il braccio sinistro per respingere il mezzo e di essere rimasto incastrato con la testa piegata. Da queste circostanze non provate tenta di dedurre che i problemi alla spalla e al rachide cervicale sarebbero nati proprio da detto incidente, il che non è stato corroborato dai tanti medici che lo hanno visitato. I documenti da lui inoltrati con la replica, ad esempio, non fanno neanche riferimento ai referti specialistici agli atti, né tantomeno fanno la distinzione qui di particolare rilievo fra disturbi infortunistici e limitazioni dovuti a malattia. Con le varie valutazioni mediche agli atti, però, è stata fatta luce sulle varie problematiche descritte dal ricorrente. I rapporti medici si

- 33 - fondano su esami completi, considerano i diversi disturbi lamentati dal ricorrente perlomeno nel loro ambito specialistico, sono stati stilati in piena conoscenza dell'incarto con approfondite anamnesi e la descrizione del contesto medico e della situazione medica è chiara e le conclusioni degli esperti sono ben motivate. Non si trovano difatti contraddizioni di importanza. Conviene ciononostante entrare nei dettagli dei lamenti che concernono primariamente tre parti del corpo: il rachide cervicale, la spalla sinistra e il torace.

E. 6.3

In merito al rachide cervicale, innanzitutto, si rileva che soltanto perché l'ernia fra alcune vertebre cervicali si è apparentemente manifestata solo dopo l'evento infortunistico, ciò non significa per forza che essa sia stata causata dallo stesso, o meglio, che vi sia un nesso di causalità naturale e adeguato. Dalle numerose valutazioni mediche non si desumono indizi concreti a sostegno di una tale causalità. Manca perciò in ogni caso la probabilità preponderante richiesta dal consueto grado di prova. Anche le dichiarazioni del ricorrente stesso non sono in grado di sollevare alcun dubbio al riguardo, nemmeno mediante le conferme dei medici curanti. Si ritiene difatti che soltanto dei medici curanti del ricorrente hanno ipotizzato una riconducibilità possibile dell'ernia all'infortunio del 10 giugno 2018. Questi medici, però, non si sono espressi nello stesso dettaglio e con la stessa vista generale sullo stato di salute del ricorrente, e in particolare non hanno minimamente tenuto conto degli apprezzamenti contrari nei vari referti medici agli atti. Questi ultimi sono invece chiari e concordanti sul fatto che i problemi al rachide cervicale sono da ritenersi preesistenti e comunque estranei all'incidente e inoltre che l'infortunio non ha portato a un cambiamento del processo degenerativo già in corso (vedi fra tanti l'act. C.82 del Dr. med. G._____, secondo cui i disturbi non sarebbero legati causalmente all'infortunio, confermato così dal Dr. med. I._____ in act. C.85 e C.108, a loro volta espressamente confermati dal Dr. med. S._____ in act. C.164 che lo ha ribadito nuovamente pure in sede di

- 34 - ricorso). Anche il Dr. med. O._____, medico incaricato dall'AI di allestire una perizia monodisciplinare in reumatologia, nella sua esaustiva e dettagliata perizia ha diagnosticato una sindrome cervico-spondilogenica cronica bilaterale, prevalentemente a destra e lombo-spondilogenica cronica intermittente, in alterazioni degenerative plurisegmentali del rachide cervicale da protrusione discale endocanalare bilaterale, con disturbi statici della colonna vertebrale (ipercifosi della dorsale alta con protrazione del capo, appiattimento della colonna dorsale intermedia, caudale e della colonna lombare con minima scoliosi sinistro-convessa dorsale, destro-convessa lombare), senza nemmeno accennare minimamente una possibile causa traumatica. Per questa Corte non vi sono dunque elementi sufficienti per concludere che vi potrebbe essere la causalità richiesta fra l'infortunio e i

problemi riferiti dal ricorrente. L'INSAI poteva quindi ritenere i disturbi estranei all'infortunio e così dichiarare non adempiti i presupposti per assumersene le eventuali ulteriori spese di cure, laddove queste ultime si dovessero ancora rivelare utili e necessarie.

E. 6.4

Per quanto attiene alla spalla sinistra, fin dall'inizio i disturbi sono stati descritti come degenerativi, compresa l'artrosi acromion-claveare, e non come conseguenza dell'incidente. I medici italiani che hanno eseguito le prime radiografie e risonanze magnetiche della spalla sinistra in agosto 2018 hanno difatti constatato un'artrosi acromion-claveare, grossolane calcificazioni in corrispondenza dell'articolazione scapolo-omerale e una minuta calcificazione in prossimità del trochite omerale. Il Dr. med. G._____ ha concluso pure lui a delle chiare lesioni degenerative della cuffia dei rotatori e un'artrosi acromion-claveare, ritenendo che il problema persistente alla spalla era certamente in gran parte preesistente, che il trauma da impatto ha causato un possibile peggioramento dei risultati ma che non ha certo fatto tendenza, e che non vi sono alterazioni post- traumatiche definite. Il Dr. med. I._____ ha sostenuto tali conclusioni, considerando che non sono emersi indizi di lesioni strutturali da ricondurre

- 35 - all'incidente, per cui i disturbi con probabilità preponderante non sono causati dall'infortunio. Ciononostante, dopo l'opposizione, su proposta e a causa della valutazione critica del Dr. med. P._____, l'INSAI ha fatto effettuare ulteriori chiarimenti dal Dr. med. S._____. Quest'ultimo ha esaminato il ricorrente il 16 giugno 2020 e ha escluso disturbi alla spalla legati all'incidente. Anche se l'infortunio dovesse aver acuitizzato il processo degenerativo già in corso, a suo dire l'eventuale conseguenza è guarita in modo sicuro dopo due anni dall'accaduto. In altre parole l'effetto acuitizzante è certamente venuto meno, visto il tempo trascorso. Si può inoltre escludere in modo chiaro una spalla congelata, sempre secondo il Dr. med. S._____, del resto soltanto ipotizzata da un solo medico curante senza alcuna motivazione concreta. Anche in questo punto le dichiarazioni del ricorrente non sono in grado di sollevare alcun dubbio al riguardo, nemmeno in base ai rapporti medici da lui trasmessi, trattandosi peraltro pure qui di medici curanti e di referti nei quali i medici non hanno tenuto conto dell'intera anamnesi medica. La Corte condivide perciò con convinzione le conclusioni dell'INSAI di non ritenere questi disturbi legati con nesso di causalità adeguato con l'infortunio e di rifiutare di assumersene eventuali altre spese.

E. 6.5

Infine quanto alla problematica del torace, ossia la guarigione delle fratture delle costole e le difficoltà respiratorie reclamate, i medici si sono dimostrati pure qui unanimi nel considerare le fratture guarite e la funzionalità polmonare principalmente normale. Lo conferma in particolare il pneumologo, Dr. med. N._____, consultato che ha esaminato personalmente il ricorrente il 27 agosto 2019. È pur vero che egli ha rilevato una lieve insufficienza respiratoria parziale. Come descritto sopra e fatto valere a ragione dall'INSAI, però, va detto anche che dalle varie misurazioni della funzione polmonare, ad eccezione del picco di flusso espiratorio, sono risultati dei valori del tutto nella norma. A mente del pneumologo, il PEF va ricondotto a una limitazione legata al dolore

- 36 - durante le manovre di respirazione forzata e la lieve insufficienza respiratoria parziale può avere varie cause fra cui innanzitutto l'obesità del ricorrente. Le considerazioni dell'INSAI e le conclusioni tratte dai rapporti medici sono comunque coerenti e convincenti. Conviene sottolineare che dalla perizia del Dr. med. O._____ si desume che, a quanto pare,

il ricorrente soffriva di disturbi al torace già prima dell'infortunio (vedi le pagg. 3 segg. della perizia). Inoltre il perito ha constatato che il ricorrente era in grado fra l'altro di stare seduto e in piedi senza ricercare posizioni antalgiche, di alzarsi prontamente da posizione seduta a posizione eretta, di camminare senza zoppicare, di vestirsi e svestirsi autonomamente e senza disagio, di sollevare simmetricamente le braccia fino sopra le spalle e di mantenersi su una gamba sola, sia destra sia sinistra, per togliersi gli indumenti, piegando liberamente le anche e le ginocchia e in parte anteflettendo il tronco. Considerati tutti questi elementi, mal si comprende perché non dovrebbe essere sostenibile ritenere che con probabilità preponderante i disturbi non sono causati precipuamente dall'infortunio.

E. 6.6

Da quanto precede si desume dunque che l'INSAI ha agito in conformità alla legge nella misura in cui ha sospeso il pagamento di ulteriori spese di cura. La stessa cosa vale anche per le indennità giornaliere. Difatti per tutti e tre i problemi menzionati i referti medici agli atti concordano nel ritenere che i disturbi non abbiano nessun nesso causale con l'infortunio, il che esclude di prenderli in considerazione anche nell'ambito del diritto all'indennità giornaliera.

E. 7

Visto che l'INSAI ha chiuso a giusto titolo il caso, sospendendo le prestazioni di breve durata (spese di cura e indennità giornaliere), va esaminato ora anche se ha giustamente negato pure il diritto a una rendita di invalidità e l'indennità per menomazione dell'integrità.

E. 7.1

Si ricorda a tal proposito innanzitutto che l'invalidità è una nozione economica e non medica. Per la valutazione dell'invalidità non è

- 37 - determinante la pura stima medico-teorica della capacità lavorativa del medico, bensì la limitazione dovuta all'infortunio delle possibilità di guadagno sull'intero mercato del lavoro equilibrato da considerare per la persona assicurata (prassi costante dalla DTF 110 V 273 consid. 4, confermata ad esempio con sentenza del Tribunale federale 8C_229/2020 del 10 agosto 2020 consid. 3). Le valutazioni mediche costituiscono una base importante per giudicare la questione delle attività lavorative ancora esigibili dalla persona assicurata (DTF 132 V 93 consid. 4; DTF 115 V 133 consid. 2). Secondo la prassi, la valutazione medica della misura in cui la capacità lavorativa della persona assicurata sia limitata dalle conseguenze dell'infortunio è di maggior importanza, in particolare per quanto riguarda il lavoro che si può ancora ragionevolmente esigere. Per il diritto all'indennità per menomazione dell'integrità giusta l'art. 24 LAINF, poi, occorre che la persona assicurata accusi una menomazione importante e durevole all'integrità fisica, mentale o psichica. Esempi classici sono la perdita di estremità o ad esempio della vista o dell'udito. A prescindere di tutto ciò, però, va ribadito che anche il diritto alla rendita presuppone necessariamente un nesso causale naturale e adeguato con l'evento infortunistico.

E. 7.2

Il ricorrente critica che la (mancata) attribuzione della rendita sarebbe stata valutata in modo superficiale da parte dell'INSAI e chiede una rendita di almeno il 15%. Pretende inoltre che gli venga riconosciuta un'indennità per menomazione dell'integrità. Quale motivazione adduce che la capacità toracica risulterebbe ridotta di almeno il 30%, che lui dovrebbe convivere con dolori permanenti, costali e toracici, con relative difficoltà

respiratorie, che nonostante le terapie la capsulite adesiva ("frozen shoulder") non sarebbe risolta e rimarrebbe una limitazione nel movimento, che la trombosi venosa profonda avrebbe compromesso la funzionalità di alcune vene e avrebbe causato la necessità di indossare calze elastiche e a

- 38 - sottoporsi a regolari specifici controlli periodici e che le due ernie cervicali sarebbero plausibilmente comparse in conseguenza della posizione assunta nel momento in cui sarebbe stato sbattuto violentemente a terra con la testa piegata e schiacciato dal peso del mezzo, l'INSAI non avendo mai approfondito il problema.

E. 7.3

Anche a tal proposito si deve notare che il ricorrente non è stato in grado di dimostrare perché non sarebbe sostenibile, sotto l'ottica di una probabilità preponderante, ritenere interrotto il nesso di causalità fra l'infortunio e lo stato di salute del resto soltanto asseritamente invalidante. In merito ai disturbi discussi in dettaglio sopra questa Corte è giunta alla stessa conclusione come l'INSAI, ossia che essi non sono da ricondurre all'incidente del 10 giugno 2018. Come spiegato, nella misura in cui il ricorrente soffre ancora di varie patologie, egli dovrà rivolgersi ad altre assicurazioni sociali. Ne segue però anche che la stessa cosa deve valere per un'eventuale rendita d'invalidità e un'eventuale indennità per menomazione dell'integrità. Fatto sta che gli accertamenti eseguiti dall'INSAI sono complessivi ed esaustivi, ricoprono tutti i disturbi lamentati dal ricorrente in sede di opposizione e hanno condotto a una conclusione chiara che non ci si può più attendere un notevole miglioramento dello stato di salute e che dunque lo stato finale è stato raggiunto. Se in tali circostanze non permangono condizioni invalidanti da ricondurre causalmente all'infortunio, l'assicurazione contro gli infortuni non può essere obbligata a erogare altre prestazioni.

E. 8

Per questi motivi la decisione su opposizione qui impugnata si rivela corretta. Di conseguenza il ricorso va respinto.

E. 9

Non si prelevano spese per la presente procedura (art. 61 lett. a nella versione in vigore fino al 31 dicembre 2020 in unione con l'art. 82a LPGA). Al resistente (INSAI) non va riconosciuta un'indennità a titolo di ripetibili (art. 61 lett. g LPGA e contrario).

- 39 - III. Per questi motivi il Tribunale giudica: 1. Il ricorso è respinto. 2. Non si prelevano spese. 3. [Vie di diritto] 4. [Comunicazioni]

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