

GR_GERICHTE S 2020 84 vom 8. Februar 2022

GR Gerichte, 2022-02-08, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S 2020 84](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2020_84)

FR: GR_GERICHTE S 2020 84 du 8 février 2022

IT: GR_GERICHTE S 2020 84 del 8 febbraio 2022

Regeste

prestazioni assicurative LAINF | Unfallversicherung

Erwägungen

E. 1

Oggetto impugnato è la decisione su opposizione del 19 maggio 2020. Il ricorrente ha domicilio all'estero (Italia) e il suo ultimo datore di lavoro ha sede nei Grigioni, per cui è data la competenza per territorio e materia di questo Tribunale (cfr. art. 1 cpv. 1 della Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni [LAINF; RS 832.20] in combinato disposto con l'art. 58 cpv. 2 della Legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali [LPGA; RS 830.1]); art. 57 LPGA in combinato disposto con l'art. 49 cpv. 2 lett. a della Legge sulla giustizia amministrativa [LGA; CSC 370.100]). Il ricorrente è legittimato a ricorrere (cfr. art. 59 LPGA). Il suo ricorso, presentato tempestivamente e nella dovuta forma (art. 60 cpv. 1 e 61 lett. b LPGA), è dunque ricevibile.

E. 2

Controverso è se la convenuta ha giustamente chiuso il caso d'infortunio del ricorrente e quindi sospeso le prestazioni di breve durata dal 1° maggio 2020 e se ha giustamente negato il diritto a una rendita d'invalidità LAINF. Non è invece oggetto della presente procedura l'esistenza o meno di una malattia professionale (verosimilmente nella forma dell'asma bronco- pneumatica cronica di cui è affetto il ricorrente). Come ripetutamente segnalato dalla convenuta, per eventuali prestazioni in seguito a una malattia professionale il ricorrente deve inoltrare alla convenuta una debita domanda. Gli svantaggi paventati dal ricorrente derivanti da una procedura distinta inerente a un'eventuale malattia professionale sono infondati. Va dunque respinta la richiesta del ricorrente di ordinare un

- 27 - accertamento medico peritale globale del suo stato di salute (inclusa un'eventuale malattia professionale). Infine, va notato che con il ricorso non è stata contestata la decisione di rifiuto di un'indennità per menomazione dell'integrità (IMI).

E. 3

Giusta l'art. 6 cpv. 1 LAINF le prestazioni assicurative sono effettuate in caso d'infortuni professionali, d'infortuni non professionali e di malattie professionali. Il diritto alle prestazioni presuppone l'esistenza di un nesso di causalità naturale nonché di un nesso di causalità adeguata tra l'evento dannoso e il danno alla salute (cfr. DTF 127 V 102 consid. 5b/bb). L'esistenza di un rapporto di causa-effetto tra l'infortunio e il danno alla salute deve essere comprovato con il necessario grado della probabilità preponderante. La sola possibilità di una relazione causale non basta per giustificare un diritto a prestazioni (DTF 129 V 177 consid. 3.1).

E. 4

Dapprima va esaminato se la convenuta ha giustamente chiuso il caso d'infortunio e quindi sospeso le prestazioni di breve durata a partire dal 1° maggio 2020.

E. 4.1

Una chiusura del caso con conseguente sospensione delle prestazioni di breve durata ed esame di un diritto a una rendita d'invalidità o a un'indennità per menomazione dell'integrità 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 prospetticamente al momento della sospensione delle - 28 - 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. STF 8C_277/2012 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. STF 8C_590/2008 consid. 4.2, 8C_432/2009 consid. 3.2).

E. 4.2

Stando al ricorrente, non solo il suo stato di salute non potrebbe ancora essere ritenuto stabilizzato, ma esso sarebbe addirittura peggiorato. Non sarebbe vero che egli avrebbe avuto un buon recupero, come affermato dal medico di circondario in contraddizione con l'evoluzione della situazione. In questa argomentazione il ricorrente trascura tuttavia il fatto che ad essere determinante per il prolungamento delle cure è il prevedibile incremento o ripristino della capacità lavorativa compromessa dall'infortunio. Non è messo in discussione che egli possa ancora necessitare delle cure alla spalla destra. Dagli atti emerge per contro che, per quanto concerne i danni infortunistici (trauma polmonare e dell'arto inferiore destro, fratture costali e dei processi trasversi a destra, lussazione clavicola, lesione quasi completa del sovraspinato e lesione parziale dell'infraspinato [cfr. rapporto sulla visita medica di chiusura del 19 febbraio 2020 del Dr. med. M._____ {doc. 282 convenuta}]), al momento della sospensione delle prestazioni in data 1° maggio 2020 da ulteriori cure mediche non ci si doveva più aspettare un sensibile miglioramento dello stato di salute. Benché nell'apprezzamento del 10 febbraio 2020 (doc. 278 convenuta) il medico di circondario Dr. med. M._____, specialista FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore, abbia affermato che solo probabilmente (e non molto probabilmente) da ulteriori trattamenti non ci si poteva attendere un miglioramento apprezzabile dello stato di salute per quanto attiene alle

- 29 - conseguenze dell'infortunio, nel rapporto sulla visita di chiusura del 19 febbraio 2020 egli non ha proposto altre terapie o esami diagnostici (doc. 282 convenuta). Come poi indicato dalla convenuta, al momento della sospensione delle prestazioni nessun medico ha preteso che vi erano delle cure atte a migliorare sensibilmente la situazione post-infortunistica. La stabilizzazione dello stato di salute in questa data poteva dunque essere ammessa con il grado di probabilità preponderante determinante nel diritto delle

assicurazioni sociali. Ciò, si ribadisce, sotto il profilo esclusivamente post-infortunistico. Come già rilevato nella decisione impugnata, il medico di circondario ha spiegato che le persistenti difficoltà possono essere legate all'avanzata degenerazione della spalla già presente prima dell'infortunio (degenerazione acromio-claveare con impingement nonché dell'articolazione gleno-omerale non legate all'infortunio) (cfr. rapporto sulla visita medica di chiusura del 19 febbraio 2020 [doc. 282 convenuta]; cfr. anche apprezzamento del 23 aprile 2020 [doc. 311 convenuta]). Nessun documento medico agli atti invalida la diagnosi del medico circondariale secondo cui l'asma bronco-pneumatica cronica ostruttiva BPCO stadio 2B, la formazione nodulare solida in sede sovra-diaframmatica sinistra di circa 7 mm, l'artrosi acromio-claveare, la degenerazione gleno-omerale in sede anterosuperiore, l'impingement sotto-acromiale e la degenerazione superficie condrale gleno-omerale a destra non sono da ricondurre all'infortunio del 6 aprile 2017. Bisogna dunque partire dal presupposto che questi disturbi fisici non siano dei postumi d'infortunio (bensì delle malattie) e che quindi non diano diritto a cure da parte dell'assicuratore infortuni, salvo se una di queste patologie dovesse essere qualificata come malattia professionale ai sensi dell'art. 9 cpv. 1 LAINF e art. 14 risp. allegato 1 dell'Ordinanza sull'assicurazione contro gli infortuni (OAINF; RS 832.202). Questa tematica, come già detto, non è tuttavia oggetto di questa procedura. Oltre a ciò, va osservato che agli atti non vi è nemmeno un documento che evidenzi dei disturbi psichici riconducibili all'infortunio necessitanti delle apposite cure. Si noti che fino

- 30 - alla lettera del 10 marzo 2020 dell'allora patrocinatore del ricorrente (doc. 294 convenuta) non era stata fatta menzione di disturbi psichici e che negli atti non è ravvisabile che il ricorrente abbia ricevuto delle cure in tal senso. In conclusione, la convenuta poteva dunque chiudere il caso d'infortunio e quindi sospendere le prestazioni di breve durata (indennità giornaliera e cure mediche) con effetto al 1° maggio 2020 e procedere all'esame di un diritto a una rendita d'invalidità e di un'IMI.

E. 5

In seguito va esaminato se la convenuta ha giustamente negato un diritto a una rendita di invalidità.

E. 5.1

A norma dell'art. 18 cpv. 1 LAINF, l'assicurato invalido almeno al 10 % in seguito a infortunio ha diritto a una rendita d'invalidità se l'infortunio si è verificato prima del raggiungimento dell'età ordinaria di pensionamento. È considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata (art. 8 cpv. 1 LPGA). È considerata incapacità al guadagno la perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure e alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili (art. 7 cpv. 1 LPGA). È considerata incapacità al lavoro qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica, di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo d'attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGA). Giusta l'art. 16 LPGA per valutare il grado d'invalidità il reddito che l'assicurato invalido potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti

d'integrazione, tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è

- 31 - confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido.

E. 5.2

Per determinarsi sulla capacità lavorativa, il Tribunale deve ricorrere per necessità di cose alle indicazioni del personale sanitario specializzato. Ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze dell'assicuratore va riconosciuto pieno valore probante, a condizione che siano motivati, concludenti e scevri di contraddizioni. Il fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non basta per metterne già in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Se tuttavia vi è anche solo un lieve dubbio sull'attendibilità delle attestazioni del medico di fiducia dell'assicuratore, occorre ordinare degli accertamenti complementari (DTF 135 V 465 consid. 4.4, 125 V 351 consid. 3b/ee). Determinante per la valenza probante di un rapporto medico è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni siano ben motivate (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c; STF 8C_313/2012 consid. 3.2, 8C_828/2007 consid. 7). Riguardo ai medici curanti si deve tenere conto del fatto che, in seguito al rapporto di fiducia instauratosi contrattualmente, non può essere escluso che nel dubbio questi possano esprimersi a favore del proprio paziente (DTF 135 V 465 consid. 4.5, 125 V 351 consid. 3b/cc, 124 I 170 consid. 4).

E. 5.3

Dal punto di vista post-infortunistico, il medico di circondario ha valutato il ricorrente abile al 100 % in un'attività adattata (cfr. per i limiti funzionali sopra descritti [cifra 40 fattispecie] doc. 282 convenuta). Come fatto notare dalla convenuta, agli atti non vi è alcun parere specialistico contrario a questo apprezzamento o capace di suscitare anche solo un lieve dubbio sulla sua attendibilità. L'apprezzamento del medico di circondario soddisfa appieno i suddetti requisiti di valenza probatoria. I documenti medici

- 32 - inoltrati dal ricorrente in questa sede, per quanto considerabili a livello di concretizzazione dello stato di salute già noto alla data di emanazione della sentenza impugnata (cfr. DTF 132 V 215 consid. 3.1.1, 130 V 138 consid. 2.1), non si esprimono sulla capacità lavorativa (e ancor meno in correlazione ai qui decisivi esiti dell'infortunio). La ricaduta segnalata in questa procedura non è stata annunciata alla convenuta e non è comprovato che essa sia in relazione causale con l'infortunio. Per quanto concerne gli esiti da infortunio, bisogna dunque ritenere che il ricorrente possa ancora esercitare un'attività lavorativa più leggera di quella di aiuto muratore da ultimo svolta, ovvero un'attività senza sollecitazioni alla spalla destra come descritto sopra (v. cifra 40 fattispecie). Per quanto il ricorrente eccepisca che non sono stati fatti accertamenti dal profilo psichiatrico, va osservato che negli atti non si riscontra nessun certificato medico riguardo a dei possibili disturbi psichici. Sulla base di una mera affermazione del ricorrente in tal senso la convenuta non era dunque tenuta a procedere ad accertamenti attraverso una perizia pluridisciplinare. A titolo abbondanziale si osserva che, in ogni caso, anche ammettendo dei disturbi psichici, andrebbe negato il nesso di causalità adeguata in base alla giurisprudenza sui disturbi psichici, dato che per questo infortunio classificabile nella categoria media non sono evidentemente adempiti almeno tre dei relativi sette criteri (le circostanze

concomitanti particolarmente drammatiche o la particolare spettacolarità dell'infortunio; la gravità o particolare caratteristica delle lesioni lamentate, segnatamente la loro idoneità, secondo l'esperienza, a determinare disturbi psichici; la durata eccezionalmente lunga della cura medica; i dolori somatici persistenti; la cura medica errata che aggrava notevolmente gli esiti dell'infortunio; il decorso sfavorevole della cura e le complicazioni rilevanti intervenute; il grado e la durata dell'incapacità lavorativa dovuta alle lesioni fisiche) né uno di questi in maniera particolarmente incisiva (cfr. STF 8C_438/2020 consid. 4.3 seg.).

- 33 -

E. 5.4

Per il raffronto dei redditi la convenuta si è basata sul salario da ultimo percepito dal ricorrente quale aiuto muratore (reddito da valido) e su quello statistico in base alla Rilevazione svizzera della struttura dei salari (RSS) (reddito da invalido). A differenza di quanto sembra affermare il ricorrente, la convenuta ha dunque ammesso che l'ultimo lavoro da aiuto muratore svolto dal ricorrente non è più esigibile. In tal senso è stato considerato il fatto che il tentativo del ricorrente di riprendere il lavoro da ultimo svolto non ha avuto risultati positivi. La convenuta ha rilevato che il ricorrente, senza l'infortunio, nel 2020 (anno della decisione impugnata) avrebbe potuto percepire un salario di CHF 45'253.80. Il ricorrente non contesta questo importo per il reddito da valido. Egli afferma che prima dell'infortunio non aveva alcun problema di salute e che talvolta esercitava lavori molto pesanti. Egli osserva che siccome gli mancherebbe la specifica formazione il suo salario da manovale semplice e tutto fare (risp. aiuto muratore) sarebbe al di sotto di quello di un muratore qualificato, per cui non troverebbe giusto che lo si paragoni a un muratore. Queste censure sono inconferenti. Come detto, la convenuta ha applicato l'ultimo salario da aiuto muratore quale reddito da valido. Riguardo al reddito da invalido, va detto che non c'è nulla da eccepire al fatto che la convenuta abbia fatto capo al reddito secondo la RSS 2018 TA1, livello di competenza 1, cioè il profilo per i lavoratori non qualificati in attività semplici di tipo fisico o manuale, adeguato a 41.7 ore lavorative settimanali e indicizzato per il confronto fino al 2020, giungendo così a un reddito pari a CHF 68'446.03.

E. 5.5

Se una persona assicurata, per motivi estranei all'invalidità, ha realizzato un reddito considerevolmente inferiore alla media senza che vi si sia spontaneamente accontentata si procede in primo luogo a un parallelismo dei due redditi di paragone. Una parallelizzazione si effettua soltanto per la parte percentuale di differenza tra il reddito da valido e il salario statistico dello specifico settore eccedente la soglia del 5 % (DTF 135 V 297 consid.

- 34 - 6.1.2; STF 8C_141/2016, 8C_142/2016 consid. 5.2.2). Il ricorrente sostiene che per parificare i redditi occorrerebbe non solo ridurre il reddito statistico del 30.68 % ma anche applicare questa riduzione [sic] al reddito di un aiuto muratore che ovviamente guadagnerebbe meno di un muratore classico con formazione. Il ricorrente con questa argomentazione misconosce che una parallelizzazione può avvenire o a livello di reddito da valido aumentando in maniera adeguata il reddito effettivamente conseguito oppure facendo capo ai valori statistici, o a livello di reddito da invalido mediante una riduzione adeguata del valore statistico (cfr. DTF 134 V 322 consid. 4.1). Per quanto riguarda il calcolo concreto della parallelizzazione dei redditi, nel caso di specie per tener conto del gap salariale del 35.68 % tra il salario che il ricorrente avrebbe percepito nel 2020 senza infortunio (CHF 45'253.80 = reddito da valido) e il salario realizzato da un operaio non

qualificato nell'edilizia (CHF 70'354.90 in base alla TA1, livello economico 41-43, adeguato all'orario settimanale medio determinante e indicizzato fino al 2020) la convenuta ha ridotto il guadagno post-infortunistico esigibile (reddito da invalido) del 30.68 % (gap del 35.68 % meno il 5 % secondo la succitata giurisprudenza), ottenendo così un reddito da invalido di CHF 47'446.80 (69.32 % di CHF 68'446.03). Questo calcolo non può essere contestato.

E. 5.6

In una seconda fase occorre esaminare la questione di una deduzione sul reddito da invalido.

E. 5.6.1

Se e in quale misura i salari fondati su dati statistici debbano essere ridotti dipende dall'insieme delle circostanze personali e professionali del caso concreto (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado d'occupazione), ritenuto che una deduzione massima del 25 % del salario statistico permette di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro e che il Giudice, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente

- 35 - motivare, non può senza valido motivo sostituire il proprio apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 137 V 71 consid. 5.2, 134 V 322 consid. 5.2, 126 V 75 consid. 5b/cc e 6). Va tenuto presente che i fattori estranei all'invalidità di cui si dovesse già aver tenuto conto con il parallelismo dei redditi di raffronto non possono essere presi in considerazione una seconda volta nell'ambito della deduzione per circostanze personali e professionali (cfr. DTF 134 V 322 consid. 5.2 e 6.2).

E. 5.6.2

Innanzitutto, si osserva che l'assenza di formazione (quale fattore estraneo all'invalidità) fatta valere dal ricorrente è già stata debitamente considerata nella parallelizzazione dei redditi. Va inoltre notato che per il reddito da invalido la convenuta si è basata su un reddito ipotetico nel livello di competenza 1, ovvero in attività semplici, per le quali non si presuppongono specifiche qualifiche (cfr. STF 8C_492/2015 consid. 3.2.3). Una deduzione a causa di un'insufficiente risp. assente formazione non entra dunque in considerazione. Inoltre, nemmeno le limitazioni funzionali (quale fattore dovuto all'invalidità) giustificano una deduzione in questo caso. Si noti che l'impossibilità a svolgere lavori pesanti di per sé non comporta una deduzione, dato che nel salario statistico di livello 1 sono comprese diverse attività leggere (STF 8C_841/2017 consid. 5.2.2.2). In considerazione dell'esigibilità risp. dei limiti funzionali posti al ricorrente, non si può nemmeno affermare che in un mercato equilibrato non sussistano sufficienti attività ancora accessibili al ricorrente. Per quanto egli faccia valere di non riuscire a trovare impieghi in attività adatte, va notato che il mercato teorico e astratto determinante nell'ambito del diritto d'invalidità presuppone un mercato offerente numerosi e variegati impieghi che non tiene conto della situazione concreta del mercato lavorativo (cfr. DTF 134 V 64 consid. 4.2.1; STF 9C_192/2014 consid. 3.1). Una deduzione sul salario statistico per le limitazioni dovute al danno alla salute si giustifica soltanto se, tenuto conto degli impedimenti legati alla

- 36 - persona o al posto di lavoro, anche su un mercato del lavoro equilibrato non esiste più un ventaglio sufficientemente ampio di attività accessibili all'assicurato (cfr. STF

8C_174/2019 consid. 5.2.2). Queste condizioni non sono adempite nel caso di specie in cui il ricorrente, dal punto di vista infortunistico, è stato ritenuto completamente abile al lavoro in un'attività adattata con limitazioni (v. sopra cifra 40 fattispecie) che non appaiono eccessive a tal punto da escludere la prospettiva di trovare un posto di lavoro debitamente retribuito sul mercato generale del lavoro giusta la suddetta nozione. Infine, va pure presupposto che nell'ambito di lavori non specializzati di regola l'età avanzata non abbia ripercussioni sulla richiesta. In altre parole, va ritenuto che per questi lavori vi sia sempre una richiesta a prescindere dall'età dei lavoratori. Sempre secondo la prassi del Tribunale federale, non ha perciò praticamente rilevanza per una deduzione l'obiezione che a causa dell'età avanzata sia più difficile trovare un posto di lavoro (cfr. DTF 146 V 16 consid. 7.2.1). In un apprezzamento globale della situazione, può essere sostenuta la decisione della convenuta di non applicare una deduzione sul salario da invalido. Visto che non è raggiunto il grado minimo d'invalidità per una rendita LAINF del

E. 10

%, la convenuta ha giustamente negato un diritto a una rendita. 6. Per i suddetti motivi, la decisione impugnata va confermata e il ricorso va respinto. 7. La procedura è gratuita (cfr. art. 61 lett. fbis LPGa e artt. 105 segg. LAINF e contrario). La convenuta non ha diritto a ripetibili (cfr. art. 61 lett. g primo periodo LPGa e contrario).

- 37 - 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.