

GR_GERICHTE S 2023 20 vom 5. Dezember 2023

GR Gerichte, 2023-12-05, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S 2023 20](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2023_20)

FR: GR_GERICHTE S 2023 20 du 5 décembre 2023

IT: GR_GERICHTE S 2023 20 del 5 dicembre 2023

Regeste

prestazioni assicurative LAINF | Unfallversicherung

Erwägungen

E. 1

Impugnata è la decisione su opposizione del 28 ottobre 2022 (cfr. doc. 341 convenuta). Ai sensi dell'art. 1 cpv. 1 della Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF; RS 832.20) in combinato disposto con l'art. 56 cpv. 1 e art. 58 cpv. 1 della Legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA; RS 830.1) per un ricorso è competente il tribunale delle assicurazioni del Cantone dove l'assicurato è domiciliato nel momento in cui interpone ricorso. Il ricorrente è domiciliato a AN._____ (GR), per cui è data la competenza per territorio di questo Tribunale. La competenza per materia è data dall'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 (cfr. art. 60 cpv. 1 e 61 lett. b LPGA) è dunque ricevibile.

E. 2

Controverso è se la convenuta abbia correttamente ritenuto una menomazione dell'integrità di 35% pari a CHF 51'870.00 considerato un guadagno annuale di CHF 148'200.00 (cfr. doc. 321 e 341 convenuta). Controverso è inoltre se la convenuta abbia correttamente valutato la capacità lavorativa (residua) del ricorrente e di conseguenza un diritto a

- 12 - una rendita d'invalidità del 10% sulla base di un guadagno annuo di CHF 54'236.00 (cfr. doc. 341 convenuta). Nel valutare la questione controversa, occorre prendere in considerazione i fatti come si sono presentati al momento dell'emissione della decisione su opposizione del 28 ottobre 2022 (cfr. DTF 143 V 295 consid. 4.1.4 e 142 V 337 consid. 3.2.2; Sentenza del Tribunale federale 8C_714/2018 del 5 marzo 2019 consid.4.3 con riferimenti a DTF 134 V 392 consid. 6 e 130 V 445 consid. 1.2).

E. 2.3

e 8C_143/2021 del 7 giugno 2021 consid. 2.4). Se un caso assicurativo è da decidere senza richiedere una perizia esterna, è necessario imporre requisiti rigorosi all'apprezzamento delle prove. In caso di dubbi, anche minimi, sull'affidabilità e la conclusività delle constatazioni mediche interne dell'assicuratore, devono essere fatti ulteriori accertamenti (cfr. DTF 145 V 97 consid. 8.5, 142 V 58 consid. 5.1 con riferimenti, 139 V 225 consid. 5.2, DTF 135 V 465 consid. 4.4 e 4.6 s.; Sentenze del Tribunale federale 8C_727/2022 del 16 marzo 2023 consid. 3.2.1, 8C_511/2022 dell'8 febbraio 2023 consid. 5.1.2; 8C_316/2022 e 8C_330/2022 del 31 gennaio 2023 consid. 6.1.3.2).

E. 3

agosto 2022 consid. 3.4, 8C_499/2020 del 19 novembre 2020 consid. 2.2.1). Sono oggettivamente i risultati degli esami, i quali sono riproducibili e che sono indipendenti dalla persona che li esegue e dalle informazioni fornite dal paziente. È solo possibile parlare di conseguenze organiche oggettivamente riconosciute di un infortunio, se i reperti sono stati confermati da chiarimenti strumentali/immagini e i metodi di analisi utilizzati scientificamente riconosciuti (cfr. DTF 138 V 248 consid. 5.1; Sentenze del Tribunale federale 8C_391/2022 del 10 gennaio 2023 consid. 3.2.2, 8C_698/2021 del 3 agosto 2022 consid. 4.2, 8C_493/2021 del 4 marzo 2022 consid. 3.3.2). Se i disturbi lamentati sono naturalmente causali all'incidente, ma non riconosciuti oggettivamente in questo senso, la valutazione dell'adeguatezza deve basarsi sull'ovvia sequenza degli eventi e all'occorrenza sono da includere anche altri criteri legati agli incidenti (cfr. DTF 140 V 356 consid. 3.2 e 134 V 109 consid. 2.1; Sentenze del Tribunale federale 8C_270/2022 del 12 ottobre 2022 consid.

- 14 - 4.2.2, 8C_698/2021 del 3 agosto 2022 consid. 3.4 e 8C_620/2019 del 5 febbraio 2020 consid. 3.3).

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. Vanno poi distinte le prestazioni di breve durata (fase terapeutica) e quelle di lunga durata (fase di rendita). Le seconde sono costituite in primo luogo dalla rendita d'invalidità. Secondo l'art. 10 cpv. 1 LAINF una persona assicurata ha diritto alla cura appropriata dei postumi d'infortunio.

E. 3.2

L'obbligo dell'assicurazione contro gli infortuni di versare le prestazioni ai sensi della LAINF presuppone l'esistenza di un nesso di causalità naturale e adeguata tra l'evento assicurato e il danno (malattia, incapacità lavorativa, invalidità, morte, perdita dell'integrità) che si è verificato (cfr. DTF 148 V 356 consid. 3, 142 V 435 consid. 1, 129 V 177 consid. 3.1 s. con riferimenti; Sentenze del Tribunale federale 8C_68/2021 del 6 maggio 2021 consid. 4.1, 8C_499/2020 del 19 novembre 2020 consid. 2.2.1 e 8C_620/2019 del 5 febbraio 2020 consid. 3.3; HÜRZELER/USINGER-EGGER, Einführung in das schweizerische Unfallversicherungsrecht, Berna 2021, n. 221 f. e n. 249 ff.; RUMO-JUNGO/HOLZER, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4a ed., Zurigo/Basilea/Ginevra 2012, art. 6 p. 53 ss.). L'esistenza di un nesso di causalità naturale è una questione di

- 13 - fatto, la quale deve essere dimostrata, con grado di prova della probabilità preponderante, consueto nel diritto delle assicurazioni sociali, dalla persona richiedente le prestazioni, tenendo conto che la mera possibilità che questo esista non soddisfa i requisiti di prova (cfr. DTF 146 V 51 consid. 5.1, 129 V 177 consid. 3.1; HÜRZELER/USINGER-EGGER, op. cit., n. 253; NABOLD, in: HÜRZELER/KIESER [Hrsg.], Kommentar zum Schweizerischen Sozialversicherungsrecht, UVG – Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Berna 2018, art. 6 n. 53). L'adeguatezza, quale limitazione giuridica della responsabilità dell'assicuratore contro gli infortuni derivante dal nesso di causalità naturale nell'ambito delle conseguenze organiche oggettivamente riconosciute dell'infortunio, non ha praticamente alcun ruolo, in quanto la causalità adeguata coincide in

gran parte con la causalità naturale (cfr. DTF 138 V 248 consid. 4, 134 V 109 consid. 2 e 127 V 102 consid. 5b/bb; Sentenze del Tribunale federale 8C_270/2022 del 12 ottobre 2022 consid. 4.2.2, 8C_698/2021 del

E. 3.3

e 8C_722/2021 del 20 gennaio 2022 consid. 4). Il dovere inquisitorio dura fino a quando non vi è sufficiente chiarezza sui fatti necessari per la valutazione della pretesa. Se, con una valutazione delle prove completa,

- 15 - 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. Sentenze del Tribunale federale 8C_316/2022, 8C_330/2022 del 31 gennaio 2023 consid. 4, 9C_58/2022 del 7 giugno 2022 consid. 4.1.1 s. e 9C_377/2021 del 22 ottobre 2021 consid. 5.3.1; KIESER, op. cit., art. 43 n. 18 s. e 29 s.).

E. 4

Vanno poi rammentati 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, senza essere vincolati dalle richieste delle parti (cfr. l'art. 43 cpv. 1 e art. 61 lett. c LPGA, KIESER, ATSG-Kommentar, 4a ed., Zurigo/Basilea/Ginevra 2020, art. 43 n. 13 ss. e 96 ss.). L'assicuratore sociale quale istanza decisionale 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 (cfr. DTF 144 V 427 consid. 3.2 e 138 V 218 consid. 6; Sentenze del Tribunale federale 8C_688/2021 dell'8 giugno 2022 consid.

E. 4.2

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 (cfr. DTF 143 V 124 consid. 2.2.2 e 125 V 351 consid. 3a; Sentenze del Tribunale federale 9C_528/2021 dell'11 febbraio 2022 consid. 4.1, 8C_879/2014 del 26 marzo 2015 consid. 5.2, 8C_419/2014 del 23 settembre 2014 consid.

- 16 - 6.2). Quanto alla valenza probatoria di un rapporto medico, 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 (cfr. DTF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a; Sentenze del Tribunale federale 8C_98/2023 del 10 agosto 2023 consid. 2.4, 8C_380/2021 del 21 dicembre 2021 consid. 3.2 e 8C_173/2021 del 25 ottobre 2021 consid. 4.1). Di conseguenza in linea di principio per 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 (cfr. DTF 125 V 351 consid. 3a e 122 V 157 consid. 1c). La giurisprudenza del Tribunale federale 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 e di valutazioni mediche (cfr. DTF 125 V 351 consid. 3b con rinvii, DTF 118 V 286 consid. 1b, DTF 112 V 30 consid. 1a con rinvii).

E. 4.3

I referti e le perizie ottenute di medici impiegati dall'assicurazione hanno valore probatorio, 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 (cfr. DTF 137 V 210 consid. 1.2.1, 125 V 351 consid. 3b/ee; Sentenze del Tribunale federale 8C_596/2022 dell'11 gennaio 2023 consid. 2.3, 8C_382/2021 del 19 ottobre 2021 consid. 3.2, 8C_131/2021 del 2 agosto 2021 consid. 3.2). Il semplice fatto che il medico interpellato sia impiegato dall'assicuratore sociale non permette di per sé di concludere per una mancanza di obiettività o la presenza di parzialità. Piuttosto sono richieste circostanze speciali che fanno apparire oggettivamente giustificata la sfiducia

- 17 - 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. DTF 135 V 465 consid. 4.4, 125 V 351 consid. 3b/ee, 122 V 157 consid. 1c). Per quanto riguarda il valore probatorio delle loro valutazioni mediche, i medici consulenti di un'assicurazione sono da equiparare ai medici impiegati dall'assicurazione (cfr. Sentenze del Tribunale federale 8C_322/2021 del 19 ottobre 2022 consid. 4.3, 8C_446/2021 del 25 gennaio 2022 consid.

E. 4.4

Per quanto attiene ai rapporti dei medici curanti, in particolare i medici di famiglia, si deve tenere conto del fatto che, essi stanno in un rapporto contrattuale con l'assicurato. Poiché si devono concentrare principalmente sul trattamento, i loro rapporti non hanno come scopo di fornire una valutazione oggettiva dello stato di salute che consenta di prendere una decisione definitiva sulle richieste assicurative e pertanto non soddisfano quasi mai i requisiti materiali posti a una perizia secondo la DTF 125 V 351 consid. 3a. Per questi motivi e per il fatto empirico che i medici curanti nel dubbio tendono piuttosto a

testimoniare a favore dei loro pazienti, vista la loro posizione di fiducia instauratasi contrattualmente (cfr. Sentenze del Tribunale federale 8C_401/2022 del 31 gennaio 2023 consid. 4,

- 18 - 8C_414/2022 del 24 gennaio 2023 consid. 6.2, 8C_549/2021 del 1° luglio 2022 consid. 7.2), in caso di controversia, non sarà quasi mai un'opzione un'assegnazione delle prestazioni basata esclusivamente sulle informazioni fornite dai medici curanti (cfr. Sentenza del Tribunale federale 8C_549/2021 del 1° luglio 2022 consid. 7.2). Tuttavia questo fatto empirico non esime il Tribunale dal suo dovere di apprezzamento delle prove corretto, nel quale devono anche essere presi in considerazione i rapporti presentati dalla persona assicurata. Questi devono essere esaminati per determinare se sono in grado di sollevare anche minimi dubbi, sull'affidabilità e la concluzione delle constatazioni dei medici impiegati dall'assicurazione (cfr. DTF 135 V 465 consid. 4.5 s.; Sentenze del Tribunale federale 8C_658/2020 del 14 gennaio 2021 consid. 7, 8C_499/2020 del 19 novembre 2020 consid. 4.2, 8C_397/2019 del 6 agosto 2019 consid. 4.2 e 8C_160/2012 del 13 giugno 2012 consid. 3.1.2).

E. 4.5

Infine, secondo giurisprudenza, anche una valutazione puramente medica degli atti ha valore probatorio, se gli atti forniscono un quadro completo dell'anamnesi, decorso e situazione attuale e se questi dati sono indiscussi, così che vi sia un risultato senza lacune e in sostanza si tratti solo di una valutazione medica specialistica di un fatto medico accertato (cfr. Sentenza del Tribunale federale 8C_476/2021 del 2 marzo 2022 consid. 5.1 con riferimenti). Il coinvolgimento diretto del medico con la persona assicurata passa quindi in secondo piano (cfr. Sentenze del Tribunale federale 8C_281/2021 del 19 gennaio 2022 consid. 3.2, 8C_787/2020 del 26 maggio 2021 consid. 4.2 e 8C_527/2020 del 2 novembre 2020 consid. 3.2).

E. 5

Le parti hanno ritenuto quanto segue nello scambio di scritti.

E. 5.1

Il ricorrente nel ricorso riguardo alla riduzione del 25% per la diminuzione di rendimento ritenuta dalla convenuta, ritiene che, stando al medico

- 19 - curante del ricorrente, la percentuale sarebbe eccessivamente alta, visto che egli riterrebbe invece il ricorrente inabile al lavoro al 70%, ottenendo un salario da invalido di CHF 20'922.30 e risultando pertanto in un'incapacità al guadagno di almeno 60%, il che gli darebbe diritto all'ottenimento di una rendita d'invalidità. Nel frattempo il ricorrente si sarebbe sottoposto a una perizia medico-legale, sulla base della quale sarebbe stato attestato d'un canto che a causa delle menomazioni dell'integrità riportate non sarebbe più esigibile l'attività svolta prima dell'infortunio e d'altro canto che tenuto conto delle menomazioni neuro- psichiche non sarebbe più esigibile nessun'attività lavorativa (cfr. doc. D ricorrente). Ne discenderebbe che a fronte di un salario da invalido di CHF 0.00 il ricorrente avrebbe diritto a una rendita d'invalidità nella misura del 100%. Per quanto riguarda la menomazione dell'integrità il ricorrente nel ricorso aggiunge che nel caso concreto la convenuta a torto, per giungere al suo risultato, avrebbe quantificato nella misura del 15% il danno all'integrità per l'anosmia conformemente all'allegato 3 dell'OAINF mentre avrebbe fissato al 20% il danno all'integrità giusta la tabella 8 per le complicazioni della lesione

cerebrale di grado leggero. Il perito interpellato dal ricorrente avrebbe infatti accertato le numerose sequele da lui riportate a seguito dell'infortunio (egli cita dal doc. D ricorrente). Su tale scorta avrebbe quindi concluso che le menomazioni riportate dal ricorrente dovrebbero essere valutate come pari a una menomazione dell'integrità al 100%, a cui si giungerebbe partendo da una menomazione dell'integrità da esiti psichici di lesioni cerebrali pari al 70%, sommando l'anosmia 15%, disgeusia 10%, le ernie cervicali, l'ernia lombare, la diplopia, la dermatite e il diabete insorto subito dopo il trauma. Premesso ciò, precisato che l'esistenza di un nesso di causalità naturale e adeguato fra l'evento infortunistico e tutte le sequele elencate sarebbe altamente verosimile, occorrerebbe

- 20 - riconoscere al ricorrente un'indennità per menomazione dell'integrità, calcolata applicando all'importo massimo del guadagno annuo assicurato al momento dell'infortunio, ossia CHF 148'200.00, un tasso al 100%.

E. 5.2

La convenuta ritiene che in sede di decisione avrebbe negato la propria responsabilità per i disturbi alla schiena e i disturbi oculari e con l'opposizione il ricorrente non avrebbe criticato tali conclusioni, per cui su tale punto la decisione del 29 agosto 2022 sarebbe formalmente passata in giudicato. Se il Tribunale dovesse essere di diverso parere ella rinvia per i disturbi agli occhi alla presa di posizione della Dr. med. W.____ della SUVA del 1° ottobre 2021 e per la schiena alle valutazioni del Dr. med. S.____ della SUVA del 1° dicembre 2020 e Dr. med. AA.____ della SUVA del 1° giugno 2022. La relazione del Dr. med. AE.____ non permetterebbe di mettere in discussione l'operato dei medici della SUVA. Egli si limiterebbe a indicare tutti i problemi alla salute presentati dal ricorrente senza fare un'analisi della causalità come vigerebbe in materia di assicurazione obbligatoria in Svizzera. Le conclusioni in merito al danno all'integrità confermerebbero il fatto che il Dr. med. AE.____ non avrebbe sufficiente familiarità con il diritto delle assicurazioni sociali svizzero. Le valutazioni rilasciate dai medici stranieri dovrebbero venire considerate con riserva in quanto un apprezzamento espresso con piena cognizione di causa presupporrebbe una certa familiarità con il diritto svizzero delle assicurazioni sociali. Le basi di valutazione all'estero sarebbero spesso diverse da quelle conosciute in Svizzera. Il 16 dicembre 2022 i Dr. med. AA.____ e AG.____ avrebbero attestato che il diabete e la dermatite, diagnosi mai avanzate in precedenza, non potessero essere ricondotte all'infortunio secondo il criterio della probabilità preponderante almeno. Nemmeno le alterazioni a livello del rachide cervicale e lombare sarebbero in relazione di causalità secondo il criterio della probabilità preponderante con l'infortunio. Infine il Dr. med. AA.____ avrebbe confermato le sue risp.

- 21 - la valutazione della X.____ [del 1° giugno 2022] per quanto concerne l'esigibilità e quella del Dr. med. T.____, per ciò che concerne il danno all'integrità. La convenuta conferma la sua decisione su opposizione. La decisione su opposizione del 28 ottobre 2022 ritiene che dagli atti risulta che gli specialisti della X.____ siano giunti alla conclusione che il ricorrente non sarebbe più in grado di riprendere la propria attività originaria. Per contro egli sarebbe in grado di svolgere – sull'arco dell'intera giornata – un'attività fisicamente da leggera a medio-pesante intellettualmente semplice. Il 1° giugno 2022 il Dr. med. AA.____ della SUVA avrebbe riconosciuto che, in un'attività adatta sarebbe presente una diminuzione di rendimento dal 30 al 20% in quanto il ricorrente necessiterebbe di pause supplementari. Il certificato del Dr. med. AD.____ non permetterebbe di mettere in discussione le conclusioni del servizio medico della convenuta. Il Dr. med. AD.____ oltre

a non essere uno specialista in neurologia, per cui poco qualificato a esprimersi in merito alle problematiche oggetto della presente procedura, non motiverebbe il suo parere. Egli sarebbe inoltre il medico curante dell'assicurato. Secondo l'esperienza, i medici curanti, viste le relazioni di fiducia che instaurerebbero con i loro pazienti, in caso di dubbio, tenderebbero generalmente a rilasciare pareri a loro favorevoli. La convenuta confermava la capacità lavorativa in attività adatte del 75%. La convenuta ricalcolava nella decisione su opposizione il guadagno post- infortunistico facendo capo alle tabelle RSS del 2020 e non del 2018, concludendo per un salario da invalido di CHF 66'661.49 (TA1 livello 1, uomini, 41,7 ore settimanali, indicizzato al 2022) invece che di CHF 69'471.00. Tenendo conto della riduzione del 25% per la diminuzione del rendimento [cioè tot CHF 49'996.10 invece che CHF 52'306.00]. Il salario da valido lo stabiliva a CHF 55'563.00. Dal raffronto dei redditi risultava così un grado d'invalidità del 10,02% [invece che del 5,86%] sulla

- 22 - base di un guadagno annuo di CHF 54'236.00. Per cui si riconosceva al ricorrente una rendita d'invalidità del 10% dal 1° agosto 2022 sulla base di un guadagno annuo di CHF 54'236.00.

E. 5.3

Nella replica il ricorrente ritiene che a dispetto di quanto erroneamente riportato dalla convenuta, egli avrebbe criticato anche le conclusioni alla "responsabilità per i disturbi alla schiena e i disturbi oculari" (v. ricorso p. p ad. 2, "cervicalgia [...] lombalgia [...] diplopia"). Inoltre non corrisponderrebbe al vero che il Dr. med. AE. _____ si sarebbe limitato a indicare tutti i problemi alla salute presentati dall'assicurato senza fare analisi della causalità, infatti basterebbe leggere il suo referto peritale per rendersi conto che invece egli parlerebbe proprio di conseguenze dell'infortunio e di menomazioni dell'integrità. Se ciò non dovesse essere sufficiente il ricorrente rimanda al suo doc. E prodotto in sede di replica. Nel documento il Dr. med. AE. _____ attesterebbe in particolare che per via delle motivazioni espresse nella sua relazione, ci sarebbe un nesso causale preponderante delle condizioni attuali con l'infortunio. Ad esempio egli non riconoscerebbe l'ernia discale come conseguenza dell'infortunio. Per quanto attiene alle valutazioni dei medici stranieri in casu si tratterebbe di stabilire un nesso di causa tra l'infortunio e le sequele, e meglio si tratterebbe di un principio universale che non dipenderebbe dalle legislazioni dei singoli stati, anche un medico italiano sarebbe in grado di applicarlo.

E. 5.4

Nella duplice, la convenuta aggiunge che il doc. E del ricorrente non apporta nessun nuovo elemento di giudizio e non soccorre l'assicurato visto che il Dr. med. AE. _____ si è solo limitato a confermare il contenuto della propria valutazione. Riguardo alla causalità quale questione universale, la convenuta analizzando il modo di procedere del Dr. med. AE. _____ non è d'accordo; nel diritto svizzero in materia di assicurazione infortuni obbligatoria, il principio "post hoc, ergo propter hoc" (dopo questo

- 23 - e quindi a causa di questo) non permette di riconoscere il nesso di causalità naturale secondo il criterio della probabilità preponderante e pertanto non potrebbe essere considerato quale mezzo di prova.

E. 6

È da esaminare se la valutazione del Dr. med. AE. _____ (cfr. doc. D ricorrente) è atta a modificare le conclusioni della qui impugnata decisione su opposizione per quanto riguarda

la menomazione dell'integrità nella misura del 35% per CHF 51'870.00 calcolata su un guadagno annuale di CHF 148'200.00. Il ricorrente fa valere una menomazione dell'integrità del 100% applicando lo stesso guadagno annuo.

E. 6.1

Secondo l'art. 24 cpv. 1 LAINF l'assicurato ha diritto ad un'equa indennità se, in seguito all'infortunio, accusa una menomazione importante e durevole all'integrità fisica, mentale o psichica. Secondo l'art. 36 cpv. 1 OAINF una menomazione dell'integrità è considerata durevole se verosimilmente sussisterà per tutta la vita almeno con identica gravità. Essa è importante se l'integrità fisica, mentale o psichica, indipendentemente dalla capacità di guadagno, è alterata in modo evidente o grave. L'indennità per menomazione dell'integrità è assegnata in forma di prestazione in capitale. Essa non deve superare l'ammontare massimo del guadagno annuo assicurato all'epoca dell'infortunio ed è scalata secondo la gravità della menomazione (art. 25 cpv. 1 LAINF). Il Consiglio federale emana disposizioni particolareggiate sul calcolo dell'indennità (art. 25 cpv. 2 LAINF), ed egli si è avvalso di questa autorizzazione all'art. 36 OAINF. Secondo il cpv. 2 l'indennità per menomazione dell'integrità è calcolata secondo le direttive figuranti nell'allegato 3 OAINF. Qui, il Consiglio federale, in una scala legittimamente riconosciuta ma non esaustiva (cfr. DTF 124 V 29 consid. 1b con riferimenti) ha ponderato in percentuale i danni frequenti e tipici. Secondo l'allegato 3 OAINF per le menomazioni dell'integrità menzionate, l'indennità corrisponde, nel caso normale, al tasso indicato dell'ammontare

- 24 - massimo del guadagno assicurato (cifra 1 cpv. 1). Per le menomazioni speciali dell'integrità e quelle non indicate di seguito, l'indennità verrà calcolata secondo il valore della tabella in funzione della gravità della menomazione (cifra 1 cpv. 2 prima frase). In questo contesto, la SUVA ha elaborato ulteriori basi di valutazione in forma tabellare per sviluppare ulteriormente la scala del Consiglio federale. Queste tabelle pubblicate nelle comunicazioni del Dipartimento medico della SUVA concernenti la compensazione della menomazione dell'integrità ai sensi della LAINF rappresentano griglie di precisione per la valutazione. Nella misura in cui contengono solamente valori di riferimento, volti a garantire la parità di trattamento di tutti gli assicurati, sono compatibili con l'allegato 3 OAINF (cfr. DTF 124 V 29 consid. 1c, 116 V 156 consid. 3a con riferimenti; Sentenza del Tribunale federale 8C_478/2022 del 30 maggio 2023 consid. 6.1). Le menomazioni dell'integrità che non raggiungono il tasso del 5 per cento della tabella non danno diritto ad alcuna indennità (allegato 3 cifra 1 cpv. 3 OAINF). La determinazione della menomazione dell'integrità è una questione di fatto che deve essere valutata da un medico (cfr. DTF 140 V 193 consid. 3.2; Sentenza del Tribunale federale 8C_1/2023 del 6 luglio 2023 consid. 9.1, 8C_653/2020 del 15 febbraio 2021 consid. 5.1 e 8C_762/2019 del 12 marzo 2020 consid. 6.3; anche BERGER, in: FRÉSARD- FELLAY/LEUZINGER/PÄRLI [Hrsg.], Basler Kommentar zum Unfallversicherungsgesetz, Basilea 2019, art. 25 n. 13). La gravità della menomazione dell'integrità viene valutata esclusivamente sulla base di risultati medici. Se i risultati medici sono uguali, la menomazione dell'integrità è la stessa per tutti gli assicurati; è misurata in modo astratto ed egualitario. A differenza della riparazione morale del diritto privato, eventuali particolarità individuali della persona assicurata non vengono considerate (cfr. DTF 115 V 147 consid. 1, 113 V 218 consid. 4b; Sentenze del Tribunale federale 8C_756/2019 dell'11 febbraio 2020 consid. 4.2, 8C_812/2010 del 2 maggio 2011 consid. 6.2).

E. 6.2

Riguardo ai deficit neuropsicologici si ritiene quanto segue.

E. 6.2.1

Il Dr. med. AE. _____ nella sua valutazione medica del 25 novembre 2022 conclude che il ricorrente nell'infortunio del 16 ottobre 2019 ha riportato dei disturbi cognitivo-comportamentali (deficit di attenzione sostenuta e divisa, rallentamento esecutivo e deficit di pianificazione per attività complesse) e amnesia retrograda persistente, nonché anosmia e disgeusia (cfr. doc. D p. 27 s. ricorrente). Generalmente il dottore ritiene che molte delle menomazioni riportate dal ricorrente siano evidenti conseguenze naturali dell'infortunio. Egli ritiene una menomazione dell'integrità pari al 100%; rimandando alla tabella 19 sarebbe data una menomazione dell'integrità da esiti psichici di lesioni cerebrali pari al 70% e a tale danno si sommerebbero l'anosmia al 15% e la disgeusia al 10%, nonché gli altri disturbi riportati (cfr. doc. D p. 28 ricorrente).

E. 6.2.2

Dagli atti medici rilevanti, si evince quanto segue. Il Dr. med. T. _____ della SUVA concludeva nel suo rapporto medico del 17 maggio 2021 che era presente una base organica correlata all'incidente di una compromissione della salute cognitiva e psichica. Con la dimissione dalla riabilitazione giornaliera dalla H. _____ al 16 novembre 2020 non erano più stati constatati deficit neuropsicologici (cfr. doc. 206 p. 11 convenuta). Lo stesso Dr. med. T. _____ della SUVA in data 29 luglio 2021 narrava che il Dr. med. U. _____ dell'E. _____ aveva confermato in data 12 luglio 2021 un'anosmia [il Dr. med. U. _____ diagnosticava un'ageusia e un'anosmia bilaterale, ritenendo al momento una problematica definitiva, vedi cfr. doc. 227 convenuta]. Quasi due anni dopo l'infortunio il disturbo olfattivo non era più destinato a migliorare. Egli valutava la menomazione dell'integrità al 15% (cfr. doc. 231 convenuta). Con rapporto medico del 1° giugno 2022 il Dr. med. AA. _____ della SUVA si è espresso in una valutazione medica molto completa e dettagliata, dove confermava e

- 26 - approfondiva quanto già ritenuto in precedenza (si rimanda per completezza alle p. 3-5 di tale rapporto in quanto si riprenderanno qui solamente le parti più rilevanti). Egli ha ritenuto che una patologia della colonna vertebrale correlata all'incidente non era stata diagnostica. L'assicurato non aveva presentato alcun deficit neurologico al riguardo (valutazione neurologica del 17 maggio 2021 [cfr. doc. 206 convenuta]). Dal punto di vista assicurativo-medico-neurologico erano state riconosciute solo le conseguenze del trauma cranio-cerebrale. A questo proposito, inizialmente si era ipotizzato che, sulla base dei rapporti della H. _____ del 16 novembre 2020, non sarebbe più stata rilevabile alcuna rilevante compromissione della salute cognitiva correlata all'incidente. A questo proposito era stata nuovamente effettuata una valutazione neuropsicologica attuale presso la X. _____ con rapporto del 22 marzo 2022 [cfr. doc. 287 convenuta]. Ivi risultavano ancora lievi deficit cognitivi solo nell'area della memoria verbale. Tuttavia, l'assicurato era stato in grado di collaborare bene per tre ore senza alcun dolore o problema di affaticamento rilevante o visibile; con alcune discrepanze rispetto alle indicazioni di forte dolore. Nelle altre aree di funzione cerebrale erano stati riscontrati risultati normali in linea con l'età e l'istruzione, così che è stata ipotizzata nel complesso solo una lieve compromissione nell'apprendimento di nuove attività. Per quanto riguarda le attività pesanti, la X. _____ non ha più ritenuto alcuna capacità lavorativa, ma solo per attività adattate leggere o

medio-pesanti (fino a 15 kg), sull'arco dell'intera giornata. A questo proposito, ha tuttavia sottolineato che per quanto riguarda le alterazioni degenerative della colonna vertebrale, diagnosticate tramite immagini, non vi è un nesso causale di probabilità preponderante con l'incidente e non sono presenti nemmeno deficit neurologici. Anche allo stato allora attuale il ricorrente non presentava deficit neurologici oggettivi e aveva buone funzioni di motricità fine e di deambulazione (rapporto medico del 7 marzo 2022 [cfr. doc. 283 convenuta]). Al momento

- 27 - allora attuale, due anni e mezzo dopo il trauma-cranio cerebrale del 16 ottobre 2019, non si poteva più ritenere con una probabilità preponderante un miglioramento rilevante della funzione cognitiva. A parte l'anosmia, non c'erano altri deficit neurologici in un rapporto causale di probabilità preponderante con l'incidente. Dai già enumerati rapporti attuali della X. _____ (neuropsicologia, neurologia e riabilitazione lavorativa) si poteva stabilire sia in ambito neurologico che psichiatrico, con probabilità preponderante, uno stato di salute prevalentemente stabilizzato. Non era dimostrato alcun trattamento psichiatrico pertinente. L'assicurato era già stato reintegrato nel suo lavoro tradizionale di aiuto giardiniere per nove mesi, con fino a nove ore di lavoro giornaliero. Ciò indicava in seguito a un periodo di pratica, che il reinserimento nel lavoro come assistente giardiniere sarebbe fattibile. Per quanto riguarda la difficoltà lavorativa a causa dell'incidente non si poteva richiedere una riduzione, a causa di alterazioni della colonna vertebrale di natura degenerativa adeguate all'età e non infortunistiche. Per quanto riguarda le lievi limitazioni cognitive, ritenute comprensibili su base organica cerebrale nel caso di un circoscritto difetto della sostanza cerebrale frontotemporale, si riconosceva da un lato una maggiore necessità di pause di circa 20-30 minuti dopo circa tre ore; si ricordavano però i test cognitivi completati senza problemi durante tale periodo (rapporto del 22 marzo 2022 [cfr. doc. 287 convenuta]). Totalmente, considerando la maggiore necessità di pause, risultava una capacità di rendimento effettiva minima del 70-80% in relazione a un carico lavorativo del 100%. Ciò sarebbe anche stato ritenuto ragionevole dalla X. _____ (rapporto del 3 aprile 2022 [cfr. doc. 288 convenuta]). In considerazione di lievi circoscritti deficit cognitivi nell'area della memoria verbale, non era giustificabile una restrizione qualitativa né per l'attività tradizionale, né per altre attività. Dal punto di vista medico-neurologico-assicurativo si consigliava il proseguimento dell'attività lavorativa quale assistente giardiniere con le seguenti

- 28 - limitazioni in un contesto causale all'incidente: nessun lavoro notturno e a turni, niente lavori con rischio di caduta e senza essere assicurati. In un contesto non causale all'infortunio con leggeri cambiamenti degenerativi della colonna vertebrale dovuti all'età e con una fino a medio-pesante certificata capacità lavorativa sarebbe possibile apportare le opportune modifiche all'attività di assistente giardiniere. In un contesto causale all'infortunio tale esigibilità si applica anche per altri lavori possibili sul mercato libero, come per es. lavori di pulizia, lavori di magazzino, ecc. Dal lato medico, in considerazione dello stato di salute stabilizzato della persona assicurata, non si è più ritenuto necessario un ulteriore trattamento (tranne in un contesto non accidentale, vedi rapporto del 3 aprile 2022 [cfr. doc. 288 convenuta]). Dal punto di vista neuropsicologico si è partiti dal presupposto di una con probabilità preponderante disfunzione cerebrale lieve circoscritta stabilizzata, senza necessità di ulteriori terapie (rapporto del 22 marzo 2022, [cfr. doc. 287 convenuta]). Da una stima assicurativa-medico-neurologica, quindi, non erano indicati ulteriori accertamenti in relazione all'incidente. Il Dr. med. AA. _____ concludeva così che dopo più

di due anni e mezzo dall'incidente del 16 ottobre 2019, nel caso di un trauma cranio-cerebrale, per quanto riguarda la neuropsicologicamente determinata e comprensibile, circoscritta disfunzione cerebrale lieve nell'area della memoria verbale, con una probabilità preponderante non ci si dovevano aspettare ulteriori miglioramenti funzionali. A parte l'anosmia, non si riscontravano deficit fisici neurologici in un contesto causale all'infortunio. Le conclusioni del ricovero stazionario riguardanti la riabilitazione neurologica e orientata al lavoro della X._____ erano ampiamente comprese, però ritenendo in correlazione causale all'incidente, riguardo alla difficoltà, una capacità lavorativa fisica illimitata e un'effettiva riduzione delle prestazioni al 70%- 80% per un carico lavorativo di un'intera giornata (cfr. doc. 293 convenuta). Lo stesso Dr. med. AA._____ della SUVA con valutazione

- 29 - della menomazione dell'integrità del 1° giugno 2022 approfondiva in tal senso maggiormente le risultanze precedenti, tenendo conto dell'anosmia nella misura del 15% (come già ritenuto nella valutazione del 29 luglio 2021). La menomazione per una disfunzione cerebrale cognitiva lieve la fissava a 20%. Inoltre egli riteneva una menomazione dell'integrità complessiva del 35%. Egli motivava la sua valutazione con la tabella 8 della SUVA (cfr. doc. 292 convenuta). Infine anche i Dr. med. AA._____ e AG._____ della SUVA prendevano posizione nella valutazione medica del 16 dicembre 2022, la quale considerava la valutazione del Dr. med. AE._____, confermando quanto già ritenuto il 1° giugno 2022, inclusa la valutazione della menomazione dell'integrità. Ritenevano che la valutazione del Dr. med. AE._____ si baserebbe su un esame fisico molto limitato, che non sarebbe in grado né qualitativamente, né quantitativamente, di oggettivare disturbi fisici-neurologici o psichiatrici e non fornirebbe una giustificazione fondata. Essi ritenevano che oggettivamente, secondo l'ultimo referto neuropsicologico del 14 febbraio 2022 sarebbe presente solo una lieve disfunzione cognitiva cerebrale. Oltre a ciò, voler far valere un grave disturbo psichiatrico comportamentale con un'ulteriore menomazione del 70%, non verrebbe né dettagliato né motivato nelle spiegazioni del Dr. med. AE._____. Inoltre, il danno al nervo olfattivo verrebbe erroneamente – e senza alcuna indagine propria – associato a una cosiddetta anosmia, la quale comprenderebbe neuroanatomicamente e conseguentemente, anche da parte della menomazione dell'integrità secondo l'art. 36 allegato 3 OAINF, la compromissione dell'olfatto e del gusto (nel senso di una sensazione del gusto differenziata) e quindi verrebbe rivendicato una seconda volta a causa di una cosiddetta disgeusia (nient'altro che un sinonimo di disturbo del gusto). Tuttavia, un vero e proprio disturbo aggiuntivo del gusto sarebbe solo dato (ma allora per le qualità di base dolce, amaro e salato), se si differenziasse ulteriormente anche un danno al nervo trigemino, che

- 30 - però non sarebbe presente. Dal punto di vista neuroanatomico, la menomazione per l'anosmia comprenderebbe quindi anche il disturbo del senso del gusto, ciò anche secondo l'art. 36 allegato 3 dell'OAINF. Infine si nota che generalmente anche gli altri referti medici agli atti non mettono minimamente in dubbio l'attendibilità delle valutazioni dei medici dell'assicurazione. Il rapporto di un incontro avvenuto il 19 febbraio 2020 fra le parti e con tra l'altro i Dr. med. AH._____ (medico assistente) e J._____ della H._____ (cfr. doc. 70 convenuta) rileva che si riteneva invariata (ancora presente) la problematica dell'anosmia e agenusia. Il quadro neuropsicologico veniva ritenuto molto serio. In ogni caso, si riteneva un miglioramento per quanto riguarda la memoria. In questo senso anche i Dr. med. AH._____ e J._____ della H._____ che in data 15 aprile 2020 ritenevano che al termine del

soggiorno riabilitativo il ricorrente era in buone condizioni generali. Egli era ben compensato dal punto di vista psicologico. La memoria verbale e visuo-spaziale era rientrata nel range di normalità solo per eventi successivi al trauma, così come l'attenzione (cfr. doc. 72 convenuta). A conferma di ciò anche dal colloquio con la Dr. med. P. _____ della H. _____ del 25 settembre 2020 (cfr. doc. 138 convenuta) emergeva che a livello cognitivo c'era stato un importante miglioramento, ma permanevano dei disturbi comportamentali. Anche riguardo alle amnesie ci sarebbe stato un grande miglioramento. La dottoressa si aspettava un miglioramento della situazione, ma a livello di cure, per la fine di ottobre 2020 si riteneva la situazione stabilizzata.

E. 6.3

Riguardo ai disturbi alla schiena, in particolare all'ernia, si ritiene quanto segue.

E. 6.3.1

Secondo il Dr. med. AE. _____ sarebbero riconducibili all'incidente in questione: una cervico-brachialgia da ernia discale posteriore paramediana sinistra C5-C6 con stenosi foraminale C5-C6 ACDF sinistra

- 31 - e C6-C7 bilaterale, dorso-lombalgia piccola ernia L4-L5 con radicolopatia trattata ripetutamente. Sarebbe scientificamente noto che, se un disco verrebbe compresso improvvisamente dalle vertebre al di sopra e al di sotto di esso (come nella verosimile dinamica dell'infortunio), il rivestimento esterno potrebbe lacerarsi (rottura) causando dolore. La parte interna del disco potrebbe rimanere schiacciata nelle lacerazioni della protezione e, di conseguenza, una parte ne fuoriuscirebbe (ernia; cfr. doc. D p. 20 s. ricorrente). Anche nella sua e-mail del 16 aprile 2023 il Dr. med. AE. _____ ritiene "Ad esempio non viene riconosciuta l'ernia discale come conseguenza dell'infortunio in quanto affetto da protrusioni discali è scientificamente noto che un trauma che agisce su un rachide affetto da protrusioni può con alta probabilità causare un'ernia, lo stesso trauma può causare anche in assenza di protrusioni un'ernia" (cfr. doc. E ricorrente). Sempre nella sua valutazione il dottore esprime che alle già ritenute menomazioni del 70% (esiti psichici), 15% (anosmia) e 10% (disgeusia), si dovrebbero sommare anche le ernie cervicali e l'ernia lombare nonché altre patologie (cfr. doc. D p. 27 s. ricorrente).

E. 6.3.2

Dagli atti medici rilevanti, si evince quanto segue. Il Dr. med. AI. _____ della SUVA il 1° dicembre 2020 indicava che prima dell'infortunio il ricorrente, secondo il criterio della probabilità preponderante, presentava già una spondilartrosi, osteofitosi L4-L5 con stenosi foraminale e discopatia con protrusione/ernia discale. L'infortunio avrebbe causato con probabilità preponderante una contusione al passaggio D/L (edema muscolare alla RM). A distanza di circa un anno si potevano ritenere concluse [le conseguenze dell'incidente] senza reliquati (con riferimento alla nuova RM, cfr. doc. 160 convenuta). In questo senso anche il Dr. med. T. _____ della SUVA concludeva nella sua valutazione neurologica del 17 maggio 2021 che durante le cure acute non sarebbe stata diagnosticata alcuna lesione nell'ambito della colonna vertebrale.

- 32 - Per questo motivo da una prospettiva neurologica potrebbe essere considerato solo come possibile un rapporto di causalità parziale dell'ernia discale mediana C5/C6 e della piccola ernia discale L4-L5 senza compressione radicolare (cfr. doc. 206 p. 11 convenuta). In appoggio alle risultanze qui citate con rapporto medico del 1° giugno 2022 il Dr. med.

AA._____ della SUVA si esprimeva a tal riguardo. Si rimanda per completezza alle p. 3-5 di tale rapporto e al consid. 6.2.2 suesposto in quanto si riprenderanno qui solamente le parti più rilevanti. Egli ha ritenuto che una patologia della colonna vertebrale in correlazione all'infortunio non era stata diagnosticata con diagnostica delle immagini. Le indicazioni di dolori lombari alla schiena con irradiazione alla gamba sinistra e nuova comparsa di dolori cervicali con irradiazione nel braccio sinistro non erano correlati a deficit sensoriomotori; per mezzo della risonanza magnetica non era stata evidenziata alcuna patologia della colonna vertebrale cervicale o lombare correlata all'incidente (valutazione del 17 maggio 2021 [cfr. doc. 206 convenuta]). A questo proposito, come già ritenuto nella precedente valutazione di medicina assicurativa-neurologica del 17 maggio 2021, anche una causalità parziale di un'ernia discale degenerativa C5/C6 (tomografia computerizzata cervicale del 16 ottobre 2019, 30 ottobre 2020 e risonanza magnetica cervicale del 2 luglio 2020) e di una piccola ernia discale lombare L4-L5, tutte senza compressione radicolare, era stata valutata solo come possibile causa dell'infortunio, ma non come probabilmente preponderante. Il dottore ha considerato tale ipotesi come ancora plausibile. Egli ha ritenuto le alterazioni della colonna vertebrale di natura degenerativa legate all'età ed estranee all'infortunio (cfr. doc. 293 convenuta). Infine anche nella valutazione dei Dr. med. AA._____ e AG._____ della SUVA del 16 dicembre 2022, riguardante la valutazione medica del Dr. med. AE._____, essi confermavano la valutazione del 1° giugno 2022, inclusa la valutazione della menomazione. Per quanto riguardava le alterazioni degenerative della colonna vertebrale,

- 33 - sia a livello cervicale che lombare, essi ritenevano che erano già state fatte osservazioni dettagliate nella valutazione del 1° giugno 2022. Infatti la mancanza di un elevato grado di prova per la causalità infortunistica sarebbe già anatomicamente evidente in relazione alla localizzazione del danno. In quanto nella misura in cui in caso di localizzazione del danno alla testa con trauma craniocerebrale, non sono spiegabili in modo comprensibile in correlazione con una causalità infortunistica, inoltre senza la prova di una lesione strutturale, cambiamenti anatomicamente distanti di natura degenerativa e lombare (profonda) della colonna vertebrale. Da un punto di vista medico-tecnico, a parte l'improbabile causalità infortunistica, non ritenevano inoltre apparente, perché a questo proposito dovrebbe essere dovuta una menomazione dell'integrità senza deficit neurologici e corrispondente compromissione funzionale (cfr. 352 convenuta). Infine si nota che generalmente anche gli altri referti medici agli atti non mettono minimamente in dubbio l'attendibilità delle valutazioni dei medici dell'assicurazione.

E. 6.4

Riguardo alla diplopia, al diabete e alla dermatite si ritiene quanto segue.

E. 6.4.1

Secondo il Dr. med. AE._____ sarebbero da ricondurre all'incidente anche un diabete mellito di tipo II di recente diagnosi, una lieve diplopia nelle estreme lateroversioni associato a disturbi visivi e una dermatite psoriasica alle mani e ai piedi. Alle menomazioni dei danni già ritenuti (esiti psichici, anosmia e disgeusia, ernie), si dovrebbero sommare anche la diplopia, la dermatite e il diabete (cfr. doc. D p. 27 s. ricorrente).

E. 6.4.2

Dagli atti medici rilevanti, si evince quanto segue in merito alla diplopia.

- 34 - La Dr. med. W._____ della SUVA in data 1° ottobre 2021 confermava quanto rilevato dal rapporto del 30 settembre 2020 della clinica di N._____ [cfr. doc. 141 convenuta; tale diagnosi veniva parzialmente ripresa in data

E. 6.4.3

In merito alla dermatite e al diabete si ritiene quanto segue. Per quanto riguarda la dermatite, in data 24 gennaio 2020 il Dr. med. J._____ della H._____ poneva anche diagnosi di "dermatite psoriasica alle mani e ai piedi in paziente noto per: allergia ai pollini [...]" e determinate intolleranze alimentari (cfr. doc. 45 convenuta). Tale diagnosi veniva poi regolarmente riproposta dai medici della H._____. Per quanto riguarda il diabete il Dr. med. J._____ della H._____ diagnosticava già il 19 novembre 2019 un diabete mellito di tipo II di recente diagnosi (cfr. doc. 27 convenuta) e il 7 gennaio 2020 il Dr. med. I._____ confermava tale diagnosi (cfr. doc. 39 convenuta), che veniva poi ripresa da lì in poi sia dai medici della H._____ che da quelli dell'E._____ (per es. cfr. doc. 105 convenuta). I Dr. med. AA._____ e AG._____ della SUVA ritenevano con valutazione del 16 dicembre 2022 – riferendosi alla valutazione del Dr. med. AE._____ – ancora meno plausibile il presunto nesso causale tra l'infortunio e una malattia internistica come il diabete mellito o una psoriasi (malattia della pelle). In questo caso il medico non riconosceva che una causalità infortunistica con probabilità preponderante non poteva esistere secondo la LAINF solo a causa di un possibile collegamento puramente temporale con l'insorgere, in seguito all'incidente, del diabete mellito e della psoriasi. Inoltre, non c'era un reperto neuro-oftalmologico differenziato che giustificava oggettivamente in un contesto infortunistico-causale una diplopia non meglio descritta (cfr. doc. 352 convenuta).

E. 6.5

Per quanto riguarda quanto sostenuto dalla convenuta in merito al fatto che le valutazioni rilasciate da medici stranieri sarebbero da considerare

- 36 - con riserva, si ritiene che il Dr. med. AE._____ ha comunque dimostrato di avere delle (minime) conoscenze in ambito di diritto assicurativo svizzero (cfr. p. 31-34 doc. D ricorrente, cfr. per le conoscenze che deve avere in concreto un perito: Sentenza del Tribunale federale 8C_767/2019 del 19 maggio 2020 consid. 3.3.1 ss.), ma indipendentemente da tale aspetto, si concorda con il ricorrente, quindi che in concreto si tratta di stabilire un nesso causale naturale tra infortunio e sequele riguardo al quale si può esprimere anche un medico italiano. Inoltre il Tribunale, in applicazione del suo dovere di un apprezzamento delle prove corretto, deve anche prendere in considerazione i rapporti presentati dalla persona assicurata. Questi devono essere esaminati per determinare se sono in grado di sollevare anche minimi dubbi, sull'affidabilità e la concludenza delle constatazioni dei medici impiegati dall'assicurazione. Ciononostante si nota che il Dr. med. AE._____ nella sua e-mail del 16 aprile 2023 al legale del ricorrente ammette a prescindere di fare fatica a comprendere il tedesco, egli infatti ivi scrive: "ho letto con difficoltà la documentazione inviata in quanto non conosco il tedesco" e "Purtroppo non essendo in grado di leggere i documenti allegati in quanto in tedesco non sono in grado di esserle utile" (cfr. doc. E ricorrente). Già solo sulla base di questa affermazione risulta discutibile riconoscere alla sua relazione medico- legale qualsiasi valore probatorio, in quanto diversi rapporti medici rilevanti agli atti sono redatti in lingua tedesca (per es. i rapporti della X._____ cfr. doc. 283 e 302 convenuta, o le valutazioni del Dr. med. AA._____, cfr. doc 292, 293 convenuta). Comunque sia, elencando tutti i referti medici rilevanti nel caso

concreto, come ai considerandi di cui sopra, tali referti appaiono essere conclusivi, comprensibilmente motivati e privi di contraddizioni, in quanto tutti i referti citati sono coerenti l'uno con l'altro, e non sono evidenti indizi atti a mettere in causa la loro attendibilità. Questi referti infatti prendono in

- 37 - considerazione gli atti a disposizione, danno delle risposte esaustive riguardo ai disturbi trattati e argomentano le loro tesi in maniera approfondita, chinandosi sui singoli aspetti rilevanti ma applicando anche una visione di insieme (vedi per es. cfr. doc. 293 convenuta). Essi infatti si esprimono sui disturbi del ricorrente, sulla causalità di tali disturbi e sulle conseguenze assicurative scaturenti da questi. Si nota che né il ricorrente né il Dr. med. AE._____ hanno sollevato delle critiche in questo senso. Per cui i referti dei medici impiegati dalla SUVA (appoggiati inoltre dagli altri referti medici agli atti) rivestono valore probatorio. Ciò che al contrario non si può dire del rapporto del Dr. med. AE._____ (cfr. doc. D ricorrente). Egli ha infatti in sostanza esperito delle brevi anamnesi (familiare, fisiologica, sociale, lavorativa, patologica remota e patologica prossima), enumerato diversi rapporti medici agli atti, ha ritenuto quanto lamentato dal ricorrente e si è poi dilungato in considerazioni teoriche medico-legali sul nesso causale e sulla criteriologia, citando poi il contenuto dell'allegato 3 dell'OAINF. Solo su qualche pagina delle 28 totali (p. 20-21 e 27-28) e con qualche corta frase egli si è brevemente chinato sui temi qui rilevanti, ma sempre in modo sbrigativo e superficiale. Egli non ha proposto, perlomeno non in modo approfondito, un'analisi dei referti medici agli atti. Egli non si esprime riguardo alle patologie e non spiega perché il nesso causale tra l'infortunio e i disturbi da lui constatati sarebbe dato (egli si limita a elencare la teoria al riguardo senza applicarla alla pratica). Solamente riguardo al nesso causale riguardante l'ernia egli ha inserito una breve considerazione (cfr. p. 20 s. doc. D). Egli non ha né affrontato (in modo approfondito) il tema dell'abilità lavorativa, né ha argomentato perché questa secondo i suoi esami medici risp. le sue conclusioni non dovrebbe più essere data del tutto. Inoltre come giustamente stabilito dai Dr. med. AA._____ e AG._____ della SUVA la valutazione del Dr. med. AE._____ si è basata su un esame fisico molto limitato (vedi p. 18), il quale non è in grado né qualitativamente, né quantitativamente, di oggettivare disturbi

- 38 - fisici-neurologici o psichiatrici, né egli fornisce delle giustificazioni fondate alle sue conclusioni. Infatti le conclusioni riguardanti la presunta menomazione da esiti psichici di lesioni cerebrali pari ad aggiuntivi 70% non viene minimamente argomentata. Anche per quanto riguarda i vari disturbi alla schiena, in particolare l'ernia, i quali secondo lui sarebbero da sommare nel calcolo della menomazione, egli non argomenta le sue conclusioni, per esempio per mezzo di riferimenti a risonanze magnetiche o altri esami, né si esprime riguardo al nesso causale (contrariamente a quanto hanno invece fatto i medici della SUVA). Lo stesso vale per i disturbi internistici quali diplopia, dermatite o diabete. Infine si aggiunge a titolo completivo che il Dr. med. AE._____ sta in un rapporto contrattuale con l'assicurato e come tale in dubbio tenderà a testimoniare a favore del ricorrente, vista la posizione di fiducia instauratasi contrattualmente. Per tutti questi motivi si conclude che la sua valutazione medica, molto povera di dettagli analitici, non riesce a scalfire i referti medici contenuti agli atti e qui sopra riproposti; egli non è in grado di sollevare anche minimi dubbi sull'affidabilità e la conclusione delle constatazioni dei medici impiegati dall'assicurazione. Infine si nota che generalmente anche gli altri referti medici agli atti non mettono minimamente in dubbio l'attendibilità delle valutazioni dei medici dell'assicurazione, anzi le rafforzano.

E. 6.6

In definitiva la censura riguardante la menomazione dell'integrità è da respingere. Si confermano le conclusioni della convenuta per quanto riguarda la menomazione dell'integrità, quindi 35% per un'indennità di CHF 51'870.00 per un guadagno annuale di CHF 148'200.00. 7. Sebbene i referti medici agli atti non siano stati scalfiti dalla valutazione del Dr. med. AE._____, a titolo abbondanziale si esamina brevemente, se il certificato del medico curante Dr. med. AD._____ (cfr. doc. C ricorrente) – già inoltrato in sede di decisione su opposizione, ritenente un'inabilità lavorativa del 70% presumibilmente in modo duraturo – e la valutazione

- 39 - medica del Dr. med. AE._____ (cfr. doc. D ricorrente) – il quale non ritiene esigibile nessuna attività lavorativa – siano atte a modificare le conclusioni della qui impugnata decisione prevedente una capacità lavorativa in attività adatte del 75% e un grado d'invalidità del 10%. 7.1. Riguardo all'inabilità lavorativa si ritiene quanto segue. 7.1.1. L'assicurato invalido ai sensi dell'art. 8 LPGA almeno al 10% in seguito all' infortunio ha diritto a una rendita d'invalidità se l'infortunio si è verificato prima del raggiungimento dell'età di riferimento (art. 18 cpv. 1 LAINF). 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). Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute. Inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è obiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGA; DTF 141 V 574 consid. 5.2 con riferimento a 139 V 547 consid. 5.7, 140 V 197 consid. 6.2.1). 7.1.2. La possibilità di una persona assicurata di sfruttare il restante potenziale di prestazione sul mercato del lavoro generale equilibrato, dipende dalle circostanze specifiche del singolo caso. Secondo la giurisprudenza, sono determinanti tipo e proprietà del danno alla salute e delle sue conseguenze, il prevedibile sforzo di adeguamento e di introduzione al lavoro e in questo contesto anche la struttura della personalità, doti e know-how esistenti, formazione, carriera professionale o l'applicabilità dell'esperienza professionale del proprio campo di lavoro. Il mercato del

- 40 - lavoro equilibrato rappresenta una grandezza teorica, così che non può essere ritenuto con leggerezza, che la residua capacità di prestazione non sia sfruttabile. La mancata sfruttabilità della capacità di lavoro residua è da presumere, se l'attività ragionevolmente esigibile è possibile solo in una forma così limitata, che il mercato del lavoro equilibrato praticamente non la conosce o sarebbe possibile solo con una concessione irrealistica di un datore di lavoro medio e trovare una posizione adeguata sembra quindi essere escluso a prescindere (cfr. DTF 148 V 174 consid. 9.1, 138 V 457 consid. 3.1, entrambi con riferimenti; Sentenze del Tribunale federale 8C_323/2021 del 14 aprile 2022 consid. 6.1 e 9C_15/2020 del

E. 10

dicembre 2020 consid. 6.1 con riferimenti). 7.1.3. La Dr. med. V._____ della SUVA il 28 luglio 2021 riteneva che a causa delle difficoltà di concentrazione e dell'aumentata affaticabilità, la capacità lavorativa attuale del ricorrente era ridotta di circa 30%, anche in un'attività adeguata; riduzione del rendimento intesa sull'arco di una normale giornata

lavorativa. Ella considerava lo stato psichico non ancora del tutto stabilizzato (cfr. doc. 228 convenuta). Un medico della SUVA in data 8 novembre 2021 attestava che al momento non c'erano elementi per discostarsi dalla valutazione espressa all'occasione della visita, cioè una diminuzione del 30% intesa come diminuzione del rendimento (cfr. doc. 249 convenuta). Il Dr. med. AA._____ della SUVA riteneva nella valutazione del 1° giugno 2022 che dopo il lavoro per più di tre ore, si verificava un leggero affaticamento precoce, comprensibile dal punto di vista neurologico, con un maggiore bisogno di pause e un rendimento effettivo stimato di almeno 70-80% (cfr. doc. 292 e 293 convenuta). Nel rapporto medico seguente la decisione su opposizione i Dr. med. AA._____ e AG._____ della SUVA hanno confermato in data 16 dicembre 2022 quanto già ritenuto in data 1° giugno 2022 (cfr. doc. 352 convenuta).

- 41 - Infine si nota che generalmente anche gli altri referti medici agli atti non mettono minimamente in dubbio l'attendibilità delle valutazioni dei medici dell'assicurazione. Infatti dal rapporto del 21 luglio 2021, si evince che il Dr. med. AL._____, del Servizio Medico Regionale (qui di seguito: SMR) dell'Assicurazione invalidità, riteneva una capacità residua di circa 70-80% (cfr. doc. 225, vedi anche nei documenti dell'AI è ritenuta un'inabilità lavorativa del 40% dal 17 maggio 2021 in attività lavorativa abituale e una capacità lavorativa del 70-80% in un'attività adatta, cfr. doc. 241 p. 19 convenuta). Il Dr. med. AL._____ riteneva poi anche in data 14 settembre 2021: "In tale senso va certamente privilegiato il percorso fin qui intrapreso, limitando l'orario di lavoro (circa 75%) con prestazione ridotta (30% circa): IL: 50% complessiva in attività propria" (cfr. doc. 242 convenuta). Con rapporto di uscita dalla X._____ i Dr. med. AB._____ e AC._____ ritenevano che non era ragionevole la precedente attività come giardiniere paesaggista, l'incapacità lavorativa era quindi del 100% dal 31 marzo 2022. Essi discutevano la ragionevolezza di altre attività lavorative. In termini fisici era ritenuta esigibile un'attività leggera fino a media, in termini cognitivi un'attività con esigenze cognitive leggere, considerando come tempo di lavoro l'intera giornata. Quali limitazioni si prevedeva di non lavorare in luoghi esposti alle cadute (cfr. doc. 302 convenuta). 7.1.4. Si sottolinea che il certificato del Dr. med. AD._____ è già stato valutato in sede di decisione su opposizione, ove si riteneva che tale certificato non permetteva di mettere in discussione le conclusioni del servizio medico della SUVA. Tale certificato (cfr. doc. C ricorrente), richiamando anche quanto suesposto al consid. 6.5., in effetti si limita a fissare l'inabilità lavorativa al 70% dal 1° agosto 2022 in poi, senza commentare le risultanze di altri rapporti medici antecedenti (come quelli qui sopra enumerati) e senza argomentare le proprie conclusioni, né sostenerle per mezzo di esami o altri referti medico-oggettivi. Per quanto attiene ai

- 42 - rapporti – sebbene in casi si tratti di un mero certificato medico – dei medici curanti, in particolare medici di famiglia, si deve tenere conto del fatto che, essi stanno in un rapporto contrattuale con l'assicurato e che nel dubbio tendono piuttosto a testimoniare a favore dei loro pazienti, vista la posizione di fiducia instauratasi contrattualmente (cfr. DTF 125 V 351 consid. 3a/cc). Tenendo conto di tutto quanto appena ritenuto, il certificato in questione non è atto in alcun modo a intaccare le ripetute conclusioni concordanti dei rapporti dei medici dell'assicurazione (nonché degli altri dottori). 7.1.5. Per quanto attiene al rapporto del Dr. med. AE._____ (cfr. doc. D ricorrente) già ci si è espressi in precedenza. Anche per quanto riguarda l'(in)abilità lavorativa, egli non argomenta né approfondisce la sua tesi con esami o altri referti. Egli si limita a una breve frase. Anche questa valutazione non riesce a scalfire quanto ritenuto dai referti medici agli atti riguardo all'abilità lavorativa.

7.1.6. Ritenuto tutto quanto suesposto, si conclude che né il certificato medico del Dr. med. AD._____ né la valutazione medica del Dr. med. AE._____ riescono a scalfire le risultanze dei medici della SUVA contenute agli atti, motivo per cui si può confermare la capacità lavorativa del 75% in attività adatte ritenuta nelle decisioni della convenuta. 7.2. Per quanto riguarda il grado d'invalidità contestato dal ricorrente derivante dal calcolo della convenuta si ritiene quanto segue. 7.2.1. Per la determinazione del grado d'invalidità si usa di regola il reddito da attività lucrativa, che la persona assicurata potrebbe percepire, dopo l'insorgere dell'invalidità e dopo esecuzione delle cure mediche ed eventuali provvedimenti d'integrazione, grazie a un'attività ragionevole sul mercato del lavoro equilibrato, che viene messo in relazione al reddito da

- 43 - attività lucrativa che potrebbe percepire se non fosse diventata invalida (art. 16 LPGA [metodo del confronto dei redditi]; cfr. DTF 148 V 195 consid. 2.2, 145 V 141 consid. 3, 143 V 295 consid. 2). Secondo la giurisprudenza per la determinazione del salario da invalido ci si deve basare primariamente sulla situazione lavorativa in cui si trova effettivamente la persona assicurata. Se la persona dopo l'insorgenza della disabilità svolge un'attività lavorativa, dove – cumulativamente – esistono condizioni di lavoro particolarmente stabili ed è da supporre, che utilizzi appieno e in modo ragionevole la sua capacità lavorativa residua e inoltre il reddito derivante dal lavoro sembra essere adeguato e non un salario sociale; in linea di principio il salario effettivamente percepito è considerato quale salario da invalido. Se non viene effettivamente realizzato un tale reddito lavorativo, in particolare perché la persona assicurata dopo l'insorgere del danno alla salute, non ha intrapreso una nuova attività lucrativa, o comunque non ha intrapreso una nuova attività lucrativa che ci si poteva ragionevolmente aspettare da essa, allora secondo la giurisprudenza è possibile utilizzare i salari delle tabelle secondo la Rilevazione svizzera della struttura dei salari (RSS) pubblicate periodicamente dall'Ufficio federale di statistica (cfr. DTF 148 V 174 consid. 6.2, 143 V 295 consid. 2.2 e 139 V 592 consid. 2.3; Sentenze del Tribunale federale 8C_767/2021 del 9 agosto 2022 consid. 5.1, 8C_636/2021 del 10 novembre 2021 consid. 3.2, 8C_315/2020 del 24 settembre 2020 consid. 3.2 e 8C_631/2019 del 18 dicembre 2019 consid. 3; FORSTER, in: STAUFFER/CARDINAUX [Hrsg.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum ATSG, Zurigo/Basilea/Ginevra 2021, art. 16 n. 29). 7.2.2. Se il reddito da invalido è determinato in base a dati statistici sui salari, come la RSS, il valore iniziale calcolato, in base alla costante giurisprudenza del Tribunale federale, potrebbe dover essere ridotto. Tuttavia la detrazione non dovrebbe risultare automaticamente. Essa deve

- 44 - essere stimata complessivamente, tenendo conto delle circostanze del singolo caso, secondo un doveroso giudizio e non può superare il 25%. La giurisprudenza ha finora in particolare concesso una deduzione dal reddito d'invalidità se una persona assicurata è limitata nella sua capacità di svolgere anche lavori fisici leggeri. Eventuali limitazioni di salute già incluse nella valutazione medica dell'idoneità al lavoro non possono essere in aggiunta incluse alla valutazione della detrazione per malattia, portando così a un doppio conteggio dello stesso aspetto (per il tutto: DTF 148 V 174 consid. 6.3, 146 V 16 consid. 4.1, 135 V 297 consid. 5.2; Sentenze del Tribunale federale 8C_156/2022 del 29 giugno 2022 consid. 6.2, 8C_55/2022 del 19 maggio 2022 consid. 6.1.2 e 8C_433/2020 del 15 ottobre 2020 consid. 8.1). Nella pratica le caratteristiche personali e lavorative della persona assicurata come la nazionalità, l'età, nonché il grado di occupazione, possono giustificare una detrazione di massimo 25% dal reddito di invalidità determinato in base alle tabelle

RSS, nella misura in cui si possa presumere che, la capacità residua permanente nonostante il danno alla salute, a causa di una o più di queste caratteristiche possa essere utilizzata solo sul mercato del lavoro generale con un reddito inferiore alla media (cfr. DTF 148 V 174 consid. 6.3, 146 V 16 consid. 4.1, 135 V 297 consid. 5.2; Sentenze del Tribunale federale 8C_383/2022 del 10 novembre 2022 consid. 4.2.4, 8C_617/2021 del 28 giugno 2022 consid. 4.3.2 e 8C_682/2021 del 13 aprile 2022 consid. 11.1). 7.2.3. Il fattore decisivo per la determinazione del reddito da valido è quanto la persona assicurata avrebbe effettivamente guadagnato al momento della prima decorrenza possibile della rendita in base alle sue capacità professionali e alla sua situazione personale, senza il danno alla salute, secondo il principio della probabilità preponderante (cfr. Sentenza del Tribunale federale 8C_489/2022 del 9 marzo 2023 consid. 6.5.3 con riferimenti a DTF 135 V 58 consid. 3.1). Il calcolo del reddito deve essere

- 45 - il più specifico possibile (cfr. Sentenza del Tribunale federale 8C_134/2021 dell'8 settembre 2021 consid. 3.2 e 8C_662/2019 del 26 febbraio 2020 consid. 3.1). 7.2.4. La convenuta ha giustamente ritenuto quale salario da valido il salario che il ricorrente avrebbe potuto percepire se non fosse diventato invalido, quindi il salario secondo il contratto collettivo di lavoro dei giardinieri per un giardiniere qualificato al quarto anno di esperienza, segnatamente CHF 55'563.00 all'anno. In seguito alla correzione nella decisione su opposizione – cioè applicando le tabelle RSS del 2020 invece che del 2018 – usando la tabella TA1 livello 1, operaio chiamato a svolgere lavori semplici di tipo fisico o manuale non qualificati, con un orario settimanale di 41,7 ore, tenuto conto dell'evoluzione nominale dei salari (-0,7 % nel 2021 secondo il T1.1.10 e +1,9% nel 2022 secondo la stima trimestrale, dato che la decisione impugnata è del 2022), si giunge a un valore di CHF 66'661.49, come già ritenuto dalla convenuta. Attivando la riduzione del 25% per il rendimento ridotto (causa inabilità lavorativa) e applicando così il raffronto dei redditi, il grado d'invalidità del 10% ritenuto dalla convenuta risulta corretto. 7.3. La censura del ricorrente riguardante l'invalidità è da respingere ed è da confermare in questo senso la decisione della convenuta. 8. In conclusione, la decisione impugnata del 28 ottobre 2022 è integralmente confermata e il ricorso respinto. 9. 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 pri- mo periodo LPGA e contrario).

- 46 - 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.