

TI_GERICHTE 35.2016.104 vom 20. September 2017

TI Tribunale d'appello, 2017-09-20, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2016.104

FR: TI_GERICHTE 35.2016.104 du 20 septembre 2017

IT: TI_GERICHTE 35.2016.104 del 20 settembre 2017

Regeste

Negata eziologia traum. a disturbi alla mano dx, pollice sx, bacino, rachide cervicale, rachide lombare e inguine, spalla dx, nonché disturbi vertiginosi e dell'equilibrio. Ammesso che - tenuto conto dei soli disturbi a spalla sx - assicurato ha ritrovato piena cap. lav. Confermata entità IMI

Erwägungen

E. 5

b/bb, 118 V 286 e 117 V 365 in fine ; cfr., pure, U. Meyer-Blaser, Kausalitätsfragen aus dem Gebiet des Sozialversicherungsrechts, in SZS 2/1994, p. 104s. e M. Frésard, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], n. 39). 2.2.3. Nella concreta evenienza, trattandosi dei disturbi ancora presenti al momento della chiusura del caso (marzo 2016), l'amministrazione ha esplicitamente riconosciuto l'origine infortunistica ai disturbi interessanti la spalla sinistra (cfr. doc. A, p. 6: "Per quanto concerne la problematica alla spalla sinistra, la cui correlazione con l'evento infortunistico è incontestata, ..." – il corsivo è del redattore). Per quanto concerne la mano destra, il pollice sinistro e il bacino, fondandosi sul parere espresso dal dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica, a margine della visita peritale del 19 gennaio 2016, l'istituto assicuratore ha sostenuto che i danni riportati in occasione dell'incidente della circolazione del giugno 2013, sono nel frattempo guariti senza postumi residuali (cfr. doc. A, p. 6: "... il perito assicurativo ha ritenuto rapidamente regredite e ormai guarite le problematiche alla mano destra, al pollice sinistro, al bacino, ..." – il corsivo è del redattore). Questo Tribunale rileva innanzitutto che dal rapporto relativo alla consultazione del gennaio 2016 risulta effettivamente che il dott. _____ ha attestato che "... a livello della mano destra e del pollice sinistro la sintomatologia resa manifesta dall'incidente nel decorso è regredita velocemente e la paziente non ha più lamentato disturbi. Gli esami clinici e strumentali non hanno evidenziato postumi traumatici" e che "la frattura composta del ramo pubico destro e l'edema osseo ileopubico destro su contusione nonché l'ematoma sottocutaneo laterale all'anca destra sono guarite completamente senza lasciare postumi." (cfr. doc. M 74, p. 4). D'altro canto, esso constata che l'aspetto in questione non è stato oggetto di contestazione da parte della ricorrente (cfr. doc. I). In esito a quanto precede, il TCA non ha quindi alcun motivo per discostarsi da quanto ritenuto dalla CO 1 riguardo alle parti del corpo precedentemente menzionate. A proposito del rachide cervicale, il consulente medico dell'assicuratore resistente ha dichiarato che i disturbi a quel livello sono rapidamente regrediti, "... in assenza di lesione traumatica strutturale. Le alterazioni degenerative a livello C4-C6 non sono di origine traumatica, ma preesistenti al trauma dell'11.06.2013 ed evidenti sulle radiografie e sulla TAC eseguite lo stesso giorno (cfr. doc. M 74, p. 4). Interpellato da questo Tribunale in corso di causa, il dott. _____ ha segnatamente

osservato che “sul posto d’infortunio e all’arrivo in pronto soccorso la paziente non ha lamentato cefalea o cervicalgia. Alla visita medica presso il mio studio la paziente ha negato cefalea posttraumatica e ha riferito rapida regressione della cervicalgia insorta a distanza di settimane dopo l’infortunio dell’11.06.2013. L’esame radiologico non ha evidenziato lesioni traumatiche a livello della colonna cervicale ma solamente moderate alterazioni degenerative a livello della colonna cervicale inferiore. In assenza di lesione strutturale-anatomica anche dopo grave trauma distorsivo della colonna cervicale (trauma da accelerazione cranio-cervicale, colpo di frusta, whiplash injury) la causalità è da ritenere estinta dopo circa 6 mesi posttrauma.” (doc. XV, p. 3). Da parte sua, il sanitario privatamente consultato dalla ricorrente, dott. _____, specialista in medicina legale e delle assicurazioni, non pretende che ella soffra ancora di disturbi cervico-cefalici (cfr. doc. N, p. 3: “Allo stato attuale, la sig.ra RI 1 lamenta essenzialmente dolore ed impotenza funzionale all’arto superiore destro, con difficoltà all’elevazione del braccio ed al sollevamento di oggetti, frequenti vertigini talora con sensazione di perdita dell’equilibrio, frequente insorgenza di lombalgie, a tratti con carattere di franca lombosciatalgia, e dolore fittorio in regione inguinale, con precoce affaticamento e difficoltà alla deambulazione.”), né tantomeno che le alterazioni oggettivate grazie alle indagini radiologiche a cui è stata sottoposta, sarebbero state causate, rispettivamente aggravate in maniera direzionale, dall’evento traumatico del mese di giugno 2013 (cfr. doc. N, p. 11: “Dal profilo anamnestico, l’unica patologia rilevante ai fini della presente discussione è rappresentata dal riscontro, a livello del rachide cervicale, di un’ernia discale mediana senza mielopatia in C4-C5 e di osteoartrosi ed uncartrosi in C5-C6, più marcata a sinistra, attestate con risonanza magnetica del 01.01.2012 .” – il corsivo è del redattore), ciò che conferma il parere enunciato dal medico fiduciario dell’amministrazione. A prescindere dal fatto che disturbi cervicali non erano più presenti al momento della chiusura del caso, è utile segnalare che, secondo la giurisprudenza federale (la quale ha ripreso l’opinione della dottrina medica dominante), un aggravamento post-traumatico (senza lesione strutturale associata) di uno stato degenerativo anteriore della colonna vertebrale, precedentemente asintomatico, cessa di produrre i propri effetti trascorsi dai sei ai nove mesi, al più tardi dopo un anno (cfr. SVR 2009 UV Nr. 1 p. 1; STF 8C_562/2010 del 3 agosto 2011 consid. 5.1, 8C_314/2011 del 12 luglio 2011 consid. 7.2.3, 8C_416/2010 del 29 novembre 2010 consid. 3.3 e 8C_679/2010 del 10 novembre 2010 consid. 3.3). Un aggravamento significativo e quindi duraturo di un’affezione degenerativa preesistente alla colonna vertebrale in seguito a un infortunio è dimostrato soltanto quando l’indagine radiologica mette in evidenza una compressione improvvisa delle vertebre nonché la comparsa o il peggioramento di lesioni successivamente a un trauma (cfr. RAMI 2000 U 363, p. 46 s.). In concreto, l’assicuratore convenuto ha riconosciuto il proprio obbligo a prestazioni sino al mese di marzo 2016, quindi ben oltre l’anno stabilito dalla giurisprudenza. Con certificazione del 7 ottobre 2016, il dott. _____ ha riferito che l’insorgente lamenta pure dei disturbi vertiginosi accompagnati da sbandamenti alla marcia a occhi chiusi, sintomatologia riconducibile, a suo avviso, al “trauma craniocervicale chiuso” che ella avrebbe riportato in occasione dell’incidente stradale del giugno 2013. Egli ha quindi disposto l’esecuzione, in particolare, di una valutazione neurovestibolare (cfr. allegato al doc. H). In data 4 novembre 2016, RI 1 ha quindi consultato il dott. _____, spec. FMH in ORL, il quale ha diagnosticato una sindrome vertiginosa soggettiva intermittente su deficit vestibolare periferico a destra in esiti di trauma cranico (doc. L). Per quanto qui d’interesse, con la relazione medico-legale del 14 novembre 2016, il dott. _____ ha

rilevato che “all’obiettività neurologica si apprezzano oscillazioni marcate in Romberg, mentre la marcia alternata ad occhi chiusi non è eseguibile in sicurezza per l’insorgere di forti oscillazioni, tali da oltrepassare il quadrilatero di appoggio e rischiare la caduta. La Head Shaking Maneuver risulta positiva; si evidenzia nistagmo allo sguardo lateralizzato, più marcato verso il lato destro. I suddetti reperti obiettivi trovano puntuale riscontro nelle successive diagnosi contenute nei certificati medici recensiti, che pure risultano relativamente carenti sotto il profilo neurologico e vestibolare nell’immediatezza dell’evento lesivo”, come pure che “il riscontro obiettivo e sinergico di esiti da trauma craniocervicale, episodi di vertigine e disturbo della deambulazione integrava il sospetto diagnostico di una sindrome di natura posturale, e vennero pertanto richiesti accertamenti mirati, già recensiti, il cui contenuto lascia invero pochi dubbi sull’eziopatogenesi post-traumatica o meta-traumatica del disturbo in questione .” (doc. N, p. 12 – il corsivo è del redattore). Invitato a pronunciarsi in merito, il dott. _____ ha osservato che “un deficit vestibolare periferico unilaterale può avere diverse cause e non sempre assume significato patologico. L’assenza di un trauma cranico, neanche di minor entità, durante l’incidente dell’11.06.2013, la comparsa molto tardiva dei sintomi e la descrizione vaga dei disturbi, rendono un’eziologia traumatica del deficit vestibolare periferico ed un nesso causale con l’infortunio dell’11.06.2013 non probabile, ma al massimo possibile. Comunque la sintomatologia sembra moderata e intermittente e non può incidere sulla capacità lavorativa in modo importante. Alla visita medica del 19.01.2016 presso il mio studio medico la paziente ha negato cefalea e non ha riferito sintomatologia vertiginosa. In ogni caso il deficit vestibolare periferico è stato oggettivato con esami specifici sensitivi.” (doc. XV, p. 3). Chiamata a pronunciarsi, questa Corte constata che, nel rapporto 11 giugno 2013 del Servizio di PS dell’Ospedale _____ di _____, i sanitari hanno esplicitamente dichiarato che, in occasione del noto sinistro, la ricorrente non ha picchiato la testa, né ha perso conoscenza. Del resto, dallo stesso documento non risulta che ella sia stata sottoposta a sorveglianza neurologica, necessaria nel caso in cui ella avesse effettivamente riportato un trauma cranico (cfr. doc. XV 6). Tali circostanze consentono di dubitare dell’attendibilità della diagnosi formulata dal dott. _____, poi ripresa dal dott. _____ (sindrome vertiginosa nel contesto di una contusione labirintica su trauma cranico subito nel 2013 – cfr. doc. L). In questo contesto, va rilevato che, secondo la giurisprudenza federale, una particolare importanza deve essere attribuita alle certificazioni mediche allestite nella fase che segue immediatamente l’infortunio. Descrizioni retrospettive della sintomatologia iniziale possono essere dichiarate inaffidabili (cfr. STFA U 57/03 del 22 dicembre 2003 consid. 3.2.2, in cui il TFA ha dichiarato privi di valore probatorio, per quanto concerne la questione della causalità, dei referti medici basati in prevalenza su una descrizione retrospettiva del decorso dei disturbi fornita dalla paziente medesima; in questo senso, si veda pure la STCA 35.2012.10 del 7 agosto 2013 consid. 2.10., confermata con la STF 8C_632/2013 del 18 febbraio 2014). D’altra parte, il TCA osserva che l’assicurata ha riferito la presenza di vertigini nel periodo immediatamente successivo all’infortunio dell’11 giugno 2013 (cfr. questionario sull’anamnesi dei disturbi da lei compilato in data 19 luglio 2013 - doc. A 4). Da lì in poi, nella documentazione agli atti non si fa più accenno alla presenza di disturbi della sfera ORL, rispettivamente a provvedimenti diagnostici e/o terapeutici resisi necessari per problemi di quella natura, sino alla certificazione 7 ottobre 2016 del dott. _____. In particolare, non se ne trova traccia nei rapporti relativi alle visite peritali effettuate dai dottori _____ (cfr. doc. M 49) e _____ (cfr. doc. M 74; si veda pure il doc. XV, p. 3: “Alla visita medica del

19.01.2016 presso il mio studio medico la paziente ha negato cefalea e non ha riferito sintomatologia vertiginosa.” – il corsivo è del redattore). Ora, non essendo dimostrata con un sufficiente grado di verosimiglianza la presenza di una sintomatologia a ponte (in questo senso, si veda la STF 8C_314/2012 del 25 maggio 2012 consid. 3.2), non può parimenti essere riconosciuta l'esistenza di un nesso di causalità naturale con l'evento infortunistico assicurato. A proposito dei disturbi lombari e inguinali, secondo il parere del chirurgo ortopedico dott. _____, essi "... sono probabilmente provocati dalle alterazioni degenerative della colonna lombare e da una sindrome d'impingement femoroacetabolare, condizioni chiaramente non di origine traumatica e non in nesso causale con l'infortunio dell'11.06.2013.” (doc. XV, p. 4 – il corsivo è del redattore; in questo senso, si veda pure il doc. M 74, p. 7). A questo proposito, va constatato che la RMN del 22 settembre 2015 ha messo in luce soltanto delle alterazioni degenerative a livello di L4-L5 e di L5-S1, peraltro senza conflitti radicalari. D'altro canto, con referto del 29 settembre 2015, gli specialisti del Servizio di neurochirurgia dell'Ospedale _____ di _____ hanno sottolineato che l'esame strumentale per immagini eseguito nel frattempo, non aveva "... evidenziato particolari reperti patologici se non una lieve presa di contrasto sulla faccetta di destra di L4.”. Infine, non può neppure essere ignorato che il dott. _____ (e, con lui, anche la ricorrente) non ha sollevato alcuna specifica obiezione in merito all'origine morbosa dei disturbi interessanti il rachide lombare e la regione inguinale (cfr. doc. N). Anche su questo punto, il TCA ritiene dunque di poter validamente fondare il proprio giudizio sulla valutazione espressa dal consulente medico della CO 1. Per quanto riguarda la problematica interessante la spalla destra, relativamente alla quale l'assicuratore resistente ha pure negato la propria responsabilità (cfr. doc. A, p. 6), va osservato che già il dott. _____, spec. FMH in chirurgia, a margine della visita fiduciaria di controllo del 5 marzo 2015, aveva manifestato dubbi circa la sua eziologia traumatica (cfr. doc. M 49, p. 5: “A fronte della spalla destra, inizialmente non sono state menzionate lesioni: la artro-risonanza magnetica risale al 19 maggio 2014 (a distanza di undici mesi dall'evento infortunistico) e mostra lesioni importanti, prevalentemente di tipo degenerativo; si menziona unicamente una piccola fessura alla base del labbro anteriore fra ore 2 e ore 3 comunque in presenza di estesa degenerazione dello SLAP tipo I secondo Snyder con displasia del labbro antero-superiore e legamento gleno-omeroale medio grave nonché impingement cronico con cisti e tendinopatie croniche. Il nesso di causalità naturale per quanto riguarda la spalla destra pone quindi dei dubbi non essendo mai stata menzionata ab initio e per essere stata oggetto di indagine radiografica a distanza di quasi un anno dall'evento.” – il corsivo è del redattore). Una posizione analoga è stata espressa dal chirurgo ortopedico dott. _____ in occasione della consultazione peritale del 19 gennaio 2016 (cfr. doc. M 74, p. 5: “In primo luogo la paziente lamenta dolori invalidanti e completa funzione lesa a livello della spalla dominante destra, che non si lasciano spiegare ed oggettivare con i numerosi esami clinici e strumentali eseguiti. Considerando la documentazione disponibile, il decorso clinico e l'esame obiettivo, in assenza di postumi traumatici e in presenza di alterazioni degenerative a livello della spalla destra, non si può ammettere un nesso causale almeno probabile tra i riferiti disturbi alla spalla destra e l'infortunio dell'11.06.2013, rispettivamente l'infortunio del 28.06.2014.” – il corsivo è del redattore). Il consulente della CO 1 ha avuto modo di precisare la propria valutazione, prendendo posizione sulla documentazione medica acquisita nel frattempo. In merito alla certificazione 2 febbraio 2016 del dott. _____, specialista in ortopedia e traumatologia a _____, il quale aveva diagnosticato una “sofferenza del plesso brachiale da stiramento traumatico a destra

dopo politrauma da incidente stradale del 11/6/13” e disposto perciò ulteriori misure diagnostiche (cfr. doc. M 67), il dott. _____ ha segnatamente rilevato che “il richiesto esame neurologico ed elettrofisiologico alla ricerca di una lesione del plesso brachiale destro del 10.02.2016 è risultato nella norma e non ha evidenziato segni per una plessopatia brachiale destra o per una sindrome dello stretto toracico destro (vedi rapporto dell’11.02.2016 allegato). Una valutazione specialistica angiologica effettuata il 30.06.2016 non ha mostrato particolarità e ha escluso una sindrome dello stretto toracico (vedi rapporto del 04.07.2014 allegato). Quindi la diagnosi di plessopatia e di sindrome dello stretto toracico (thoracic outlet syndrome) devono essere abbandonate. Il Dr. med. _____ ha inoltre richiesto una risonanza magnetica della spalla destra alla ricerca di un neurinoma del nervo ascellare destro, esame eseguito il 31.03.2016 (probabilmente con mezzo di contrasto endovena). Come si evince dal referto radiologico del 01.04.2016 del Dr. med. _____ [cfr. doc. G, n.d.r.] e dalla visione delle immagini, la valutazione di tale esame è limitata per artefatti da movimento, ma non vi sono segni per grossolane lesioni del nervo ascellare destro. (...)” (doc. XV, p. 1). A proposito degli esiti della scintigrafia ossea trifasica del 13 giugno 2016 (cfr. allegato al doc. G), il chirurgo ortopedico ha osservato che “il referto è ben compatibile con la nota tendinopatia inserzionale e preinserzionale del sovraspinato alla spalla destra. L’aumento dell’intensità del segnale alla spalla destra tra ottobre 2015 e giugno 2016 parla per il carattere degenerativo della tendinopatia e non è compatibile con una lesione di origine traumatica in relazione causale con l’infortunio dell’11.06.2013 o del 28.06.2014.” (doc. XV, p. 2). Trattandosi del rapporto 8 ottobre 2016 del PD dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica, per il quale l’assicurata non è portatrice di una plessopatia né di una sindrome dello stretto toracico a destra, ragione per la quale l’origine dei disturbi va ricercata a livello intrarticolare (lesione longitudinale del tendine del capolungo del bicipite destro), con la precisazione che “... auch Längssplits durchaus auch traumatisch bedingt sein können, ...” (doc. I), il dott. _____ ha spiegato che la lesione in questione “... può essere di origine traumatica. Ma considerando la dinamica del trauma, la comparsa tardiva dei sintomi, i numerosi esami radiologici e l’età della paziente, una lesione SLAP di origine degenerativa con nel decorso progressiva degenerazione tendinea del capo lungo del bicipite risulta molto probabile e, nel caso in oggetto, un’origine traumatica in relazione con i 2 eventi infortunistici è piuttosto improbabile. Come emerge dal suo rapporto (sotto “Beurteilung und Prozedere”), il PD dr. med. _____ ritiene l’origine traumatica della lesione del tendine del capo lungo del bicipite destro solamente possibile e quindi non probabile.” (doc. XV, p. 2). Per quanto concerne la relazione medico-legale del dott. _____, il quale, ritenendo (erroneamente, poiché l’assicuratore convenuto ha in realtà negato l’esistenza ab initio di un legame causale tra la problematica alla spalla destra e l’infortunio dell’11 giugno 2013) che da parte della CO 1 si fosse preteso che il secondo infortunio avrebbe interrotto il nesso causale naturale tra il primo evento e i disturbi alla spalla destra, ha fatto valere che “..., pur ammettendo che il trauma del giugno 2014 possa aver sollecitato bilateralmente il torace superiore e la regione della spalla, e quindi riacutizzato temporaneamente un quadro algico-disfunzionale, il danno anatomicamente rilevante sulla spalla destra era già stato pienamente configurato, e dispose di un anno solare completo per consolidare e stabilizzare le sue condizioni patologiche.” (doc. N, p. 14), il fiduciario ha affermato che “non è stata documentata una lesione del plesso brachiale destro. Clinicamente sempre assenza di segni di plessopatia brachiale destra. L’esame specialistico neurologico ed elettroneurofisiologico è risultato nella norma. Secondo la documentazione medica la paziente non ha lamentato disturbi alle

spalle sul posto d'infornio e poi presso il pronto soccorso. Le numerose artro-risonanze magnetiche della spalla destra hanno evidenziato alterazioni degenerative dell'ancora del tendine capo lungo del bicipite, segni d'impingement sottoacromiale con borsite e artrosi acromioclavicolare. Considerando la dinamica degli eventi traumatici, l'insorgenza della sintomatologia, l'età della paziente ed il referto radiologico, una lesione traumatica della cuffia dei rotatori alla spalla destra è molto improbabile." (doc. XV, p. 3). Tutto ben considerato, secondo questo Tribunale, sono dati i presupposti affinché all'apprezzamento del dott. Gehri possa essere attribuito un valore probatorio sufficiente per derimere la questione riguardante l'eziologia dei disturbi alla spalla destra. Il TCA ritiene che debba essere riconosciuta un'importanza particolare alla circostanza secondo la quale la presenza dei succitati disturbi è stata refertata con un tempo di latenza piuttosto lungo, di poco inferiore all'anno (in effetti, il primo rapporto medico in cui si fa accenno alla spalla destra, è quello afferente all'artro-RMN del 19 maggio 2014 – cfr. doc. M 49, p. 5 e doc. N, p. 5), aspetto che lo specialista privatamente consultato dall'assicurata non ha affatto discusso. In questo contesto, è utile segnalare che, secondo una costante giurisprudenza federale, più il tempo trascorso fra l'infornio e la manifestazione dell'affezione è lungo e più le esigenze riguardanti la prova del legame di causalità naturale devono essere severe (cfr. RAMI 1997 U 275, p. 188 ss.; STF 8C_24/2013 del 18 giugno 2013 consid. 2.2; STF 8C_175/2009 del 26 giugno 2009 consid. 2; STF U 60/07 del 17 gennaio 2008 consid. 2; STFA U 249/05 del 20 febbraio 2006 consid. 1). Ad esempio, in una sentenza U 66/05 del 17 agosto 2005 consid. 4, l'Alta Corte ha negato l'esistenza di un nesso di causalità naturale, trattandosi di un assicurato, vittima di un infornio nell'ottobre 2001, i cui disturbi al polso, braccio e spalla destra nonché alla regione del collo, erano stati refertati, per la prima volta, nel mese di gennaio 2003. In quella fattispecie, il TFA ha giudicato che il lungo tempo di latenza trascorso sino alla constatazione anamnestica di tali disturbi, costituiva un importante indizio a favore dell'assenza di una causalità con l'infornio (il Tribunale federale è giunto a questa stessa conclusione nella STF 8C_783/2011 del 6 gennaio 2012 consid. 5.2.2.2, riguardante un assicurato i cui disturbi alla spalla sinistra erano stati documentati a distanza di

E. 8

mesi dall'infornio, come pure nella STF 8C_920/2012 del 28 maggio 2013 consid. 4.1, in cui il tempo di latenza era di alcune settimane: "Aufgrund der fehlenden initialen Beschwerden in diesem Bereich und der asymptotischen Latenzzeit von mehreren Wochen sowie unter Berücksichtigung der Tatsache, dass nach einer AC-Gelenksdistorsion in der Regel von einer raschen Genesung auszugehen sei, könne die Unfallkausalität nicht bejaht werden. Hätte der Versicherte von Anfang an eine ACG-Symptomatik aufgewiesen, wäre dies durch den erstbehandelnden Arzt Dr. med. S. _____ oder im Spital X. _____ festgestellt worden."). In esito a tutte le considerazioni che precedono, è dunque a ragione che la CO 1 ha deciso in merito all'estinzione del diritto alle prestazioni di corta durata e all'entità della menomazione all'integrità, prendendo in considerazione esclusivamente lo stato infornistico della spalla sinistra . 2.3. Estinzione del diritto alle prestazioni di corta durata (cura medica e indennità giornaliera) dal 1° marzo 2016? 2.3.1. Giusta l'art. 10 LAINF, l'assicurato ha diritto alla cura appropriata dei postumi d'infornio (cfr. DTF 109 V 43 consid. 2a; art. 54 LAINF) e, in applicazione dell'art. 16 LAINF, l'assicurato totalmente o parzialmente incapace di lavorare (cfr. art. 6 LPGa) a seguito d'infornio, ha diritto all'indennità giornaliera. Il diritto all'indennità giornaliera nasce il terzo giorno successivo a quello dell'infornio. Esso si estingue con il ripristino della piena

capacità lavorativa, con l'assegnazione di una rendita o con la morte dell'assicurato. Parimenti, il diritto alle cure cessa qualora dalla loro continuazione non sia da attendersi un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato (cfr. art. 19 cpv. 1 LAINF): nemmeno persistenti dolori bastano a conferire il diritto alla continuazione del trattamento se da questo non si può sperare un miglioramento sensibile dello stato di salute (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), Losanna 1992, p. 41 ss.). L'Alta Corte ha inoltre precisato che la questione del "sensibile miglioramento" di cui all'art. 19 cpv. 1 LAINF va valutata in funzione dell'entità del previsto aumento oppure del ripristino della capacità lavorativa, nella misura in cui quest'ultima è pregiudicata dalle sequele infortunistiche (DTF 134 V 109 consid. 4.3 e riferimenti).

2.3.2. Secondo l'art. 16 LAINF, l'assicurato totalmente o parzialmente incapace di lavorare a seguito d'infortunio o di malattia professionale ha diritto all'indennità giornaliera. Giusta l'art. 6 LPGGA, 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. Nella RAMI 2004 U 529 p. 572ss. consid. 1.4., il TFA ha precisato che la definizione di incapacità al lavoro, così come quelle d'incapacità al guadagno e d'invalidità contenute nella LPGGA, corrispondono alle definizioni e ai principi dell'assicurazione contro gli infortuni elaborati finora dalla giurisprudenza. La questione di sapere se l'assicurato sia o meno incapace di lavorare in misura giustificante il riconoscimento del diritto a prestazioni deve essere valutata sulla base dei fatti forniti dal medico. Spetta al medico fornire una precisa descrizione dello stato di salute dell'assicurato e tracciare un esatto quadro degli impedimenti che egli incontra nell'esplicare determinate funzioni. Il medico indicherà per prima cosa se l'assicurato può ancora svolgere la sua professione, precisando quali sono le controindicazioni in quell'attività. Determinante ai fini della graduazione dell'incapacità lavorativa non è comunque l'apprezzamento medico-teorico, bensì la diminuzione della capacità di lavoro che effettivamente risulta dall'impedimento (RAMI 1987 K 720 p. 106 consid. 2, U 27 p. 394 consid. 2b e giurisprudenza ivi citata; RJAM 1982 n. 482 p. 79 consid. 2). L'assicurato che rinuncia a utilizzare la sua residua capacità oppure che non mette in atto i provvedimenti da lui ragionevolmente esigibili per sfruttare al meglio la propria capacità lavorativa è, ciò nonostante, giudicato per l'attività che egli potrebbe esercitare dimostrando buona volontà. Carenze di volontà risultanti da un'anomalia caratteriale non sono prese in considerazione nell'ambito dell'assicurazione infortuni: possono essere, tutt'al più, considerate nell'ambito dell'assicurazione malattia se la loro causa è da ricercare in un'affezione patologica (DTF 101 V 145 consid. 2b; 111 V 239 consid. 1b e 2a; RAMI 1986 p. 56; 1987 p. 105 consid. 2; 1987 p. 393 consid. 2b; 1989 p. 106 consid. 1d; Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 91).

2.3.3. Dalla decisione su opposizione impugnata risulta che l'istituto assicuratore ha dichiarato l'assicurata in grado di riprendere al 100% la sua abituale attività professionale di badante, e ciò a far tempo dal 1° marzo 2016, facendo capo alla valutazione enunciata dal chirurgo ortopedico dott. _____ a margine della visita fiduciaria del 19 gennaio 2016. In effetti, in quell'occasione, il consulente dell'CO 1 si è espresso nei seguenti termini: " (...). Permane un lieve deficit della mobilità attiva della spalla sinistra e probabile deficit di forza per i movimenti con la mano sinistra sopra l'orizzontale delle spalle. Le diverse risonanze magnetiche di controllo hanno confermato l'integrità della cuffia dei rotatori a sinistra. Non vi sono segni per atrofia muscolare e non uso del cingolo scapolare e dell'arto superiore

sinistro. In base all'esame obiettivo è prevedibile una certa limitazione per alzare pesi pesanti oltre il livello del petto e lavori ripetuti sopra il livello del cingolo scapolare. Il residuo lieve disturbo algico e funzionale a livello della spalla sinistra non incide sulla capacità lavorativa per le attività professionali svolte dalla paziente, e per le sole conseguenze infortunistiche la paziente è di nuovo da ritenere abile al lavoro in misura completa ." (doc. M 74, p. 5 - il corsivo è del redattore) Rispondendo ai quesiti sottopostigli dall'amministrazione, il dott. _____ ha ribadito che "la capacità lavorativa dell'assicurata in qualità di badante al 100%." (doc. M 74, p. 7). Lo specialista interpellato dall'assicuratore convenuto ha confermato che, tenuto conto dei soli postumi residuali degli infortuni assicurati, RI 1 non presenta alcuna incapacità lavorativa, anche alla luce della documentazione medica acquisita posteriormente alla visita fiduciaria del gennaio 2016 (cfr. doc. XV, p. 4: "Per le sole conseguenze infortunistiche non si riscontra rilevante deficit funzionale e non si può giustificare inabilità lavorativa. Quindi dopo esame dei rapporti allegati alla vostra lettera e della nuova documentazione medica disponibile, confermo vivamente la mia valutazione e le conclusioni espresse nel mio rapporto del 06.04.2017 ." – il corsivo è del redattore). Con la propria impugnativa, fondandosi essenzialmente sulle considerazioni contenute nella relazione medico-legale del dott. _____ (cfr. doc. N), l'insorgente sostiene che la valutazione del medico fiduciario non possa essere ritenuta corretta nemmeno nella misura in cui egli ha certificato una piena abilità al lavoro nella precedente professione di badante (cfr. doc. I, p. 10).

2.3.4. Per costante giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale mentre invece nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (cfr. RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STFA U 259/02 dell'8 luglio 2003 consid. 2.1.1; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in BJM 1989, p. 30ss.). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10 p. 33 ss. e RAMI 1999 U 356 p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. In una sentenza 8C_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465 consid. 4.4 e consid. 4.7, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve, a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. Trattandosi invece di perizie affidate dagli assicuratori sociali a medici esterni all'amministrazione o a servizi specializzati indipendenti in ossequio alla procedura di cui all'art. 44 LPGA, esse godono di piena forza probatoria, a condizione che non esistano indizi concreti che ne mettano in dubbio l'affidabilità (cfr. STF

8C_839/2016 del 12 aprile 2017 consid. 3.2 e 8C_862/2014 del 2 aprile 2015 consid. 3.2 e riferimenti ivi citati). Per quel che concerne il valore probante di un rapporto medico, determinante è che esso sia completo sui temi sollevati, che sia fondato su esami approfonditi, che tenga conto delle censure sollevate dalla persona esaminata, che sia stato redatto in piena conoscenza dell'anamnesi, che sia chiaro nella presentazione del contesto medico e che le conclusioni dell'esperto siano motivate (cfr. SVR 2002 IV Nr. 21 p. 63; DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191ss.; DTF 122 V 160 ss., consid. 1c e riferimenti). L'elemento rilevante per decidere circa il valore probante, non è né l'origine del mezzo di prova né la sua designazione quale rapporto oppure quale perizia, ma semplicemente il suo contenuto (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti). È infine utile osservare che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va, tuttavia, precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (cfr. STFA I 811/03 del 31 gennaio 2005, consid. 5 in fine; STFA I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV Nr. 10 p. 35 consid. 4b). 2.3.5. Chiamato a pronunciarsi nel caso di specie, questo Tribunale ritiene che l'apprezzamento espresso dal dott. Gehri in merito alla capacità lavorativa della ricorrente, possa costituire da valido supporto probatorio al presente giudizio, senza che si riveli necessario procedere a ulteriori provvedimenti istruttori (in particolare alla perizia medica richiesta con il ricorso – cfr. doc. I, p. 11). La perizia del dott. _____, richiamata dall'assicurata, non contiene elementi atti a suscitare dubbi - nemmeno lievi - circa la fondatezza della conclusione a cui è pervenuto il consulente della CO 1. Se è vero che, a pagina 15 del proprio rapporto, lo specialista consultato dall'insorgente ha dichiarato che "il contesto descritto configura un palese impedimento ad alcune mansioni proprie dell'attività di badante, innanzitutto il controllo e l'eventuale sollevamento della persona assistita, solitamente anziana, il sollevamento e trasporto di oggetti anche pesanti ed ingombranti" (doc. N), è altrettanto vero che l'assicuratore LAINF è chiamato a rispondere esclusivamente del danno alla salute imputabile a infortunio, in caso del solo danno residuale alla spalla sinistra (cfr. supra, consid. 2.2.3. in fine). Ora, deve qui essere sottolineato che lo stesso dott. _____ non ha refertato alcun problema a livello dell'arto superiore sinistro (cfr. doc. N, p. 11). Nemmeno la certificazione

E. 10

agosto 2016 del dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica, il quale ha attestato una totale incapacità a svolgere una qualsiasi attività manuale (del 50% per un lavoro d'ufficio), è del resto atta a giustificare una diversa conclusione, visto che gli impedimenti descritti dal sanitario appena citato si riferivano allo stato (morboso) della spalla destra (cfr. allegato al doc. G). In questo contesto, non può neppure essere ignorato che, da più parti, è stata segnalata una discrepanza fra lo stato oggettivamente a livello della spalla sinistra e la sintomatologia denunciata dalla ricorrente. In particolare, in occasione del consulto del 21 dicembre 2015, il Prof. dott. _____, Direttore medico della Clinica universitaria _____ di _____, ha rilevato di non aver potuto individuare, né clinicamente né radiologicamente, una causa per l'importanza e il carattere dei dolori lamentati alla spalla sinistra (M 60, p. 2). In esito a quanto precede, il TCA ritiene dunque dimostrato, perlomeno con il grado della verosimiglianza preponderante, caratteristico del settore della sicurezza sociale (cfr. DTF 125 V 195 consid. 2 e riferimenti; cfr., pure, Ghélew, Ramelet,

Ritter, op. cit., p. 320 e A. Rumo-Jungo, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung*, Zurigo 2003, p. 343), che RI 1 ha ritrovato una piena capacità lavorativa nei tempi stabiliti dall'istituto resistente nella decisione su opposizione impugnata. 2.3.6. Posto che la ricorrente ha ritrovato una piena capacità lavorativa nella sua abituale professione a far tempo dal 1° marzo 2016 (cfr. supra, consid. 2.3.5. in fine), occorre concludere che, da quella medesima data, eventuali provvedimenti sanitari non avrebbero più avuto lo scopo di migliorare sensibilmente il suo stato di salute infortunistico ai sensi della giurisprudenza citata al considerando 2.3.1. Se ne deduce pertanto che, in applicazione dell'art. 19 cpv. 1 LAINF, l'assicuratore resistente era legittimato a porre fine al suo obbligo a prestazioni anche per quanto concerne la cura medica.

2.4. Entità della menomazione all'integrità. 2.4.1. 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 o mentale. Tale indennità 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 delle menomazioni. Il Consiglio federale emana disposizioni particolareggiate sul calcolo dell'indennità (art. 25 cpv. 1 e 2 LAINF).

2.4.2. L'art. 36 cpv. 1 OAINF definisce i presupposti per la concessione dell'indennità giusta l'art. 24 LAINF: una menomazione dell'integrità è considerata durevole se verosimilmente sussisterà tutta la vita almeno con identica gravità ed importante se l'integrità fisica o mentale è alterata in modo evidente o grave. In questa valutazione dovrà essere fatta astrazione dalla capacità di guadagno ed anche dalle circostanze personali dell'assicurato: secondo la giurisprudenza, infatti, la gravità della menomazione si stima soltanto in funzione di accertamenti medici senza ritenere, all'opposto delle indennità per torto morale secondo il diritto privato, le eventuali particolarità dell'assicurato (cfr. RAMI 2000 U 362, p. 42-43; DTF 113 V 218 consid. 4; RAMI 1987 U 31, p. 438). La parte della riparazione del torto morale contemplata dagli artt. 24ss. LAINF è, dunque, soltanto parziale: gli aspetti soggettivi del danno (segnatamente il pretium doloris e il pregiudizio estetico) ne sono esclusi (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 121).

2.4.3. Giusta l'art. 36 cpv. 2 OAINF, l'indennità è calcolata in base alle direttive contenute nell'Allegato 3 dell'OAINF. Una tabella elenca una serie di lesioni indicando per ciascuna il tasso normale di indennizzo, corrispondente ad una percentuale dell'ammontare massimo del guadagno assicurato. Questa tabella - riconosciuta conforme alla legge - non costituisce un elenco esaustivo (cfr. RAMI 2000 U 362, p. 43; DTF 124 V 32; DTF 113 V 219 consid. 2a; RAMI 1988 U 48 p. 235 consid. 2a e sentenze ivi citate). Deve essere intesa come una norma valida "nel caso normale" (cifra 1 cpv. 1 dell'allegato). Le menomazioni extra-tabellari sono indennizzate secondo i tassi previsti tabellarmente per menomazioni di analoga gravità (cifra 1 cpv. 2 dell'allegato). La perdita totale dell'uso di un organo è equiparata alla perdita dell'organo stesso. In caso di perdita parziale l'indennità sarà corrispondentemente ridotta; tuttavia nessuna indennità verrà versata se la menomazione dell'integrità risulta inferiore al 5% (cifra 2 dell'allegato). Se più menomazioni all'integrità fisica o mentale, causate da uno o più infortuni sono concomitanti, l'indennità va calcolata in base al pregiudizio complessivo (art. 36 cpv. 3 1a frase OAINF). Si prende in considerazione in modo adeguato un peggioramento prevedibile della menomazione dell'integrità. E' possibile effettuare revisioni solo in casi eccezionali, ovvero se il peggioramento è importante e non era prevedibile (art. 36 cpv. 4 OAINF). Peggioramenti non prevedibili non possono, naturalmente, essere anticipatamente considerati. Nel caso in cui un pregiudizio alla salute si sviluppi nel quadro della prognosi

originaria, la revisione dell'indennità per menomazione è, di principio, esclusa. Per contro, l'indennità dev'essere di nuovo valutata, quando il danno è peggiorato in una misura maggiore rispetto a quanto pronosticato (cfr. RAMI 1991 U 132, p. 308ss. consid. 4b e dottrina ivi menzionata).

2.4.4. L'INSAI ha allestito una serie di tabelle, dalla griglia molto più serrata, che integrano quella dell'ordinanza. Semplici direttive di natura amministrativa, esse non hanno valore di legge e non vincolano il giudice (cfr. STFA I 102/00 del 22 agosto 2000; DTF 125 V 377 consid. 1c; STFA del 7 dicembre 1988 nella causa P.; RAMI 1989 U 71, p. 221ss.). Tuttavia, nella misura in cui esprimono unicamente valori indicativi, miranti a garantire la parità di trattamento di tutti gli assicurati, esse sono compatibili con l'annesso 3 all'OAINF (RAMI 1987 U 21, p. 329; DTF 113 V 219, consid. 2b; DTF 116 V 157, consid. 3a).

2.4.5. Dalle tavole processuali si evince che la valutazione della menomazione all'integrità di cui è portatrice RI 1 alla spalla sinistra, è stata eseguita dal dott. _____. Questo il tenore del suo apprezzamento datato 6 aprile 2016: " (...). Considerando il residuo deficit funzionale e tenendo conto di un prevedibile peggioramento in futuro su progressione delle alterazioni posttraumatiche a livello della spalla sinistra, la situazione a lungo termine è paragonabile con una moderata periartrosi omeroscapolare, rispettivamente una moderata omartriosi glenomeroale che secondo l'OAINF/Suva tabella 1 rispettivamente Suva tabella 5 corrisponde ad un danno permanente del 10%. In considerazione della lesione in relazione causale con l'infortunio e la presenza di preesistenti alterazioni degenerative di origine non infortunistica, la parte contribuente traumatica al danno fisico viene valutata solo del 50%, risultando in una menomazione all'integrità fisica per le sole conseguenze infortunistiche del 5%." (doc. M 74, p. 8) Chiamata a pronunciarsi su una questione squisitamente medica, ricordato che l'IMI deve essere valutata considerando esclusivamente il danno alla salute infortunistico e constatato che l'insorgente non ha sollevato alcuna specifica obiezione in proposito, questa Corte ritiene di poter fare affidamento sull'apprezzamento enunciato dal consulente medico della CO 1. Pertanto, la decisione su opposizione impugnata merita conferma anche per quanto riguarda l'entità dell'IMI assegnata all'assicurata.

E. 36

cpv. 1 OAINF definisce i presupposti per la concessione dell'indennità giusta l'art. 24 LAINF: una menomazione dell'integrità è considerata durevole se verosimilmente sussisterà tutta la vita almeno con identica gravità ed importante se l'integrità fisica o mentale è alterata in modo evidente o grave.

In questa valutazione dovrà essere fatta astrazione dalla capacità di guadagno ed anche dalle circostanze personali dell'assicurato: secondo la giurisprudenza, infatti, la gravità della menomazione si stima soltanto in funzione di accertamenti medici senza ritenere, all'opposto delle indennità per torto morale secondo il diritto privato, le eventuali particolarità dell'assicurato (cfr. RAMI 2000 U 362, p. 42-43; DTF 113 V 218 consid. 4; RAMI 1987 U 31, p. 438).

La parte della riparazione del torto morale contemplata dagli artt. 24ss. LAINF è, dunque, soltanto parziale: gli aspetti soggettivi del danno (segnatamente il pretium doloris e il pregiudizio estetico) ne sono esclusi (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 121).

2.4.3. Giusta l'art. 36 cpv. 2 OAINF, l'indennità è calcolata in base alle direttive contenute nell'Allegato 3 dell'OAINF.

Una tabella elenca una serie di lesioni indicando per ciascuna il tasso normale di indennizzo, corrispondente ad una percentuale dell'ammontare massimo del guadagno assicurato.

Questa tabella - riconosciuta conforme alla legge - non costituisce un elenco esaustivo (cfr. RAMI 2000 U 362, p. 43; DTF 124 V 32; DTF 113 V 219 consid. 2a; RAMI 1988 U 48p. 235 consid. 2a e sentenze ivi citate). Deve essere intesa come una norma valida "nel caso normale" (cifra 1 cpv. 1 dell'allegato).

Le menomazioni extra-tabellari sono indennizzate secondo i tassi previsti tabellarmente per menomazioni di analoga gravità (cifra 1 cpv. 2 dell'allegato).

La perdita totale dell'uso di un organo è equiparata alla perdita dell'organo stesso. In caso di perdita parziale l'indennità sarà corrispondentemente ridotta; tuttavia nessuna indennità verrà versata se la menomazione dell'integrità risulta inferiore al 5% (cifra 2 dell'allegato).

Se più menomazioni all'integrità fisica o mentale, causate da uno o più infortuni sono concomitanti, l'indennità va calcolata in base al pregiudizio complessivo (art. 36 cpv. 3 1a frase OAINF).

Si prende in considerazione in modo adeguato un peggioramento prevedibile della menomazione dell'integrità. E' possibile effettuare revisioni solo in casi eccezionali, ovvero se il peggioramento è importante e non era prevedibile (art. 36 cpv. 4 OAINF).

Peggioramenti non prevedibili non possono, naturalmente, essere anticipatamente considerati.

Nel caso in cui un pregiudizio alla salute si sviluppi nel quadro della prognosi originaria, la revisione dell'indennità per

menomazione è, di principio, esclusa. Per contro, l'indennità dev'essere di nuovo valutata, quando il danno è peggiorato in una misura maggiore rispetto a quanto pronosticato (cfr. RAMI 1991 U 132, p. 308ss. consid. 4b e dottrina ivi menzionata).

2.4.4. L'INSAI ha allestito una serie di tabelle, dalla griglia molto più serrata, che integrano quella dell'ordinanza.

Semplici direttive di natura amministrativa, esse non hanno valore di legge e non vincolano il giudice (cfr. STFA I 102/00 del 22 agosto 2000; DTF 125 V 377 consid. 1c; STFA del 7 dicembre 1988 nella causa P.; RAMI 1989 U 71, p. 221ss.).

Tuttavia, nella misura in cui esprimono unicamente valori indicativi, miranti a garantire la parità di trattamento di tutti gli assicurati, esse sono compatibili con l'annesso 3 all'OAINF (RAMI 1987 U 21, p. 329; DTF 113 V 219, consid. 2b; DTF 116 V 157, consid. 3a).

2.4.5. Dalle tavole processuali si evince che la valutazione della menomazione all'integrità di cui è portatrice RI 1 alla spalla sinistra, è stata eseguita dal dott.

_____.

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