

TI_GERICHTE 35.2021.2 vom 26. Mai 2021

TI Tribunale d'appello, 2021-05-26, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2021.2

FR: TI_GERICHTE 35.2021.2 du 26 mai 2021

IT: TI_GERICHTE 35.2021.2 del 26 maggio 2021

Erwägungen

E. 25

aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). Per costante giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale, mentre nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STFA U 259/02 dell'8 luglio 2003, consid. 2.1.1). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10 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 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 (cfr. anche Pratique VSI 2001 pag. 108 segg.). Il Tribunale federale ha poi precisato nella DTF 135 V 465 che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici interni che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista un minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concludenza delle conclusioni contenute in tali rapporti (cfr., fra le ultime, STF 9C_168/2020 del 17 marzo 2021, consid. 5.1; STF 8C_583/2020 del 4 marzo 2021, consid. 4.1). 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. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Ancora recentemente (STF 9C_168/2020 del 17 marzo 2021, consid. 3.2; STF 8C_532/2020 del 3 febbraio 2021, consid. 4.1), l'Alta Corte ha ribadito che diversamente dai (semplici) rapporti medici interni all'assicuratore, ove è sufficiente un minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concludenza degli stessi perché l'assicurato sia sottoposto a esame medico esterno, alle perizie esperite nell'ambito della procedura amministrativa (art. 44 LPGA) o giudiziaria da medici specialisti esterni deve essere riconosciuta piena forza probante nell'ambito dell'accertamento dei fatti, nella misura in cui non si presentano indizi concreti sull'affidabilità della perizia stessa (DTF 135 V 465 consid. 4.4 pag. 470; 125 V 351 consid. 3b/bb pag. 353). Tali perizie non possono essere messe in dubbio soltanto perché esse dovessero giungere a conclusioni diverse dai medici

curanti. Rimangono riservati i casi in cui si dovesse imporre un complemento al fine di chiarire alcuni aspetti o direttamente una conclusione opposta, poiché i medici curanti lasciano emergere aspetti importanti e non solo un'interpretazione medica puramente soggettiva. A tal riguardo occorre ricordare la natura differente del mandato di cura e di perito (fra le tante sentenze, cfr. 8C_55/2018 del 30 maggio 2018 consid. 6.2 e 8C_820/2016 del 27 settembre 2017 consid. 5.3). In merito ai rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, a suo favore (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353). Inoltre, il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4). L'Alta Corte, nella sentenza 9C_142/2008 del 16 ottobre 2008 -concetto ribadito ancora nella STF 9C_721/2012 del 24 ottobre 2012 in un caso ticinese -, trattandosi delle divergenze di opinione tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice, ha precisato quanto segue: "(...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert. (...)".

Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). 2.7. Nella concreta evenienza, il TCA constata che la decisione su opposizione impugnata trova fondamento nel rapporto peritale del 21 luglio 2020 del dr. med. _____, neurologo che l'assicuratore ha incaricato dopo il rinvio del 17 ottobre 2019. Lo specialista ha indagato approfonditamente le condizioni di salute del ricorrente dal profilo neurologico, eseguendo un esame clinico neurologico alla testa e ai nervi cranici, alle estremità superiori e a quelle inferiori, come pure al tronco. Per gli arti superiori, il perito ha riscontrato una iposensibilità al tatto sul dorso del pollice al confronto con l'altro lato di limitata entità, un'iposensibilità al tatto anche sul dorso del polso destro, la cicatrice sul dorso del polso destro era diffusamente dolente a un leggero sfioramento senza un punto preciso di dolore. La

sensibilità per il dolore, la posizione e la vibrazione erano simmetricamente normali. L'esperto ha pure condotto degli esami elettro-neurografici dai quali ha concluso che la neurografia sensomotoria distale del nervo mediano a destra, la neurografia sensomotoria del nervo ulnare a destra e la neurografia sensitivo-antidromica distale su entrambi i lati erano normali. Non essendo possibile dimostrare una lesione dei nervi periferici non era possibile oggettivare l'iposensibilità al tatto riferita dal ricorrente sul dorso del pollice della mano destra e quindi questo disturbo non poteva essere ricondotto a un problema neurologico, per esempio a una lesione sensitiva distale del nervo radiale. All'esame clinico neurologico il dr. med. _____ non ha più riscontrato le parestesie e le disestesie sul dorso della mano di cui ha riferito il dr. med. _____, chirurgo della mano, nel suo rapporto del 21 febbraio 2018. Il perito non ha pertanto rilevato alcuna lesione del sistema nervoso centrale o periferico quale possibile conseguenza dell'infortunio del 2013 e quindi le parestesie e le disestesie lamentate dal ricorrente non potevano essere ricondotte a una chiara diagnosi a carico del sistema nervoso, tanto che egli non ha posto alcuna diagnosi neurologica e perciò da questo profilo la capacità lavorativa dell'assicurato era totale. 2.8. Nell'opposizione del 20 ottobre 2020 l'assicurato ha respinto le conclusioni dell'assicuratore infortuni che si è basato unicamente sulla perizia del dr. _____, che egli ha contestato, perché degli aspetti oggettivi, quali il crepitio e il gonfiore della mano, dimostravano che non era possibile che il neurologo non avesse potuto diagnosticare le parestesie e le disestesie del dorso della mano destra. A dire dell'insorgente, il decorso medico ha dimostrato la positiva ripresa dall'infortunio per il ginocchio destro e il polso sinistro, ma per il polso destro ha sempre lamentato dei problemi funzionali. Egli ha osservato che le affezioni di cui soffriva alla mano destra erano evidenti e medicalmente accertate. Inoltre, l'assicurato ha affermato che lo stesso medico fiduciario aveva ammesso che erano oggettivabili il crepitio e il gonfiore della mano che, stante la dinamica dell'infortunio, delle cure, degli interventi chirurgici e del decorso medico confermavano l'esistenza di affezioni post infortunistiche. Con il ricorso del 5 gennaio 2021 l'assicurato ha ricordato le diagnosi di instabilità mediocarpica del polso destro su probabile trauma contusivo/distorsivo nel 2013; stato dopo escissione ganglion dorsale; stato dopo stabilizzazione estensione ulnare del carpo a destra su rottura del retinacolo estensori; stato dopo plastica dell'estensore ulnare del carpo e tenosinovectomia degli estensori comuni delle dita marzo 2017. Pertanto, tanto i disturbi algici e funzionali quanto le parestesie e le disestesie a livello dell'estremità superiore destra, a suo dire non potevano portare a concludere per l'assenza di postumi infortunistici oggettivi a quell'arto. 2.9. Queste affermazioni rimangono delle mere congetture del ricorrente, non essendo suffragate da alcun certificato medico. In effetti, né con l'opposizione né con il ricorso l'assicurato ha messo validamente in dubbio le dettagliate, chiare e complete conclusioni tratte dal perito neurologo. Egli si è infatti limitato a contestarle ribadendo i suoi disturbi attuali, ma non è stato in grado di provarli oggettivandoli con referti medici contrari. Il solo rapporto medico che l'interessato ha prodotto pendente causa è stato reso da un chirurgo ortopedico, che però non si è debitamente confrontato con l'esame effettuato dal neurologo nominato quale perito dall'assicuratore infortuni. Il dottor _____ ha infatti evidenziato che le diagnosi poste dai dr. med. _____ e _____ erano simili e conseguenti l'una dall'altra e che la sintomatologia lamentata dall'assicurato era compatibile con una recidiva locale, che si manifestava con scatto doloroso alla valgo-varizzazione del polso destro e con una limitazione dolorosa della prono-supinazione. Al riguardo occorre ricordare che, per poter parlare di lesioni traumatiche oggettivabili dal punto di vista organico, i risultati ottenuti

devono essere confermati da indagini effettuate per mezzo di apparecchiature diagnostiche o di immagine radiologica e i metodi utilizzati riconosciuti scientificamente (STF 8C_421/2009 del 2 ottobre 2009 consid. 3 e sentenze ivi citate; cfr. pure DTF 134 V 109 consid. 9 p. 122). In questo senso, in una sentenza pubblicata in SVR 2009 UV Nr. 18, il Tribunale federale ha precisato che reperti clinici quali miogelosi, dolori alla digitopressione del collo oppure limitazioni nella mobilità del rachide cervicale, non possono di per sé essere qualificati quale chiaro substrato organico dei disturbi (si veda pure la STF 8C_416/2010 del 29 novembre 2010, consid. 3.2). L'Alta Corte ha altresì statuito che nemmeno le cefalee costituiscono la prova della presenza di un danno organico di natura infortunistica, sebbene esse possano essere classificate secondo la Classificazione Internazionale delle Cefalee (ICHD-II) della International Headache Society (SVR 2008 UV Nr. 2; STF 8C_680/2010 del 4 febbraio 2011 consid. 3.2; in materia di cefalee, si veda pure la DTF 140 V 290). Nella sentenza U 273/06 del 9 agosto 2006, al considerando 3.3 il TFA ha confermato che, per costante giurisprudenza, la neuropsicologia non è di per sé atta a dimostrare l'esistenza di disfunzioni cerebrali organiche derivanti da un infortunio. In simili condizioni, la presenza di un netto rumore di scatto nei movimenti di valgo-varizzazione del polso destro rilevata dal dr. _____ unicamente con un esame clinico, non è atta a dimostrare che i disturbi lamentati dal ricorrente siano in nesso di causalità con un danno alla salute oggettivabile di natura ortopedica. Lo stesso dicasi per l'iposensibilità, il gonfiore, i disturbi algici e funzionali, le parestesie e le disestesie, tuttavia mai documentati. Inoltre, come osservato dal perito, l'ambito neurologico a cui questi disturbi appartengono non è mai stato indagato, essendo la tematica stata analizzata soltanto dal profilo ortopedico. In effetti, anche pendente causa il ricorrente ha prodotto il parere di un chirurgo ortopedico. Ciò nonostante, per contrastare la valutazione del dr. med. _____, l'insorgente avrebbe dovuto mettere in dubbio le affermazioni del neurologo apportando il referto di uno specialista nella medesima materia, mentre il dr. _____, oltre a non pronunciarsi sugli esiti della valutazione neurologica, in quanto chirurgo ortopedico non era in grado di mettere validamente in dubbio le considerazioni del neurologo. Pertanto, in assenza di elementi oggettivi che fanno sorgere dei dubbi concreti sulle conclusioni tratte dal perito, il Tribunale non ha motivo di non attribuire pieno valore probatorio all'esame peritale effettuato il 16 luglio 2020 da uno specialista in materia. Ciò stante, resta pure valido l'esame dell'aspetto ortopedico chiarito con la sentenza del 2019, in cui il TCA ha giudicato che la sospetta presenza di un'instabilità mediocarpica individuata dal dr. med. _____ è stata evasa due giorni dopo con la TAC del 23 febbraio 2018 (doc. 190), che non ha evidenziato alcuna patologia. Pertanto, come ha rilevato il medico fiduciario un anno dopo (doc. 194), la diagnosi del chirurgo della mano rimaneva una mera diagnosi clinica, non supportata da dati strumentali e quindi non era stata posta con una probabilità preponderante. Da quanto precede discende che l'esame specialistico in ambito neurologico non ha permesso di rilevare reperti oggettivabili atti a spiegare la sintomatologia algica indicata dal ricorrente. Pertanto, anche dal profilo neurologico, non v'è un danno alla salute oggettivabile. In altre parole, i disturbi presentati dal ricorrente sono risultati privi di substrato organico oggettivabile. 2.10. Il diritto a prestazioni assicurative presuppone pure l'esistenza di un nesso di causalità adeguata tra l'evento dannoso e il danno alla salute. Un evento è da ritenere causa adeguata di un determinato effetto quando, secondo il corso ordinario delle cose e l'esperienza della vita, il fatto assicurato è idoneo a provocare un effetto come quello che si è prodotto, sicché il suo verificarsi appaia in linea generale propiziato dall'evento in questione (DTF 129 V 181 consid. 3.2 e 405 consid. 2.2,

125 V 461 consid. 5a, DTF 117 V 361 consid. 5a e 382 consid. 4a e sentenze citate).
Comunque, qualora sia carente il nesso di causalità naturale, l'assicuratore può rifiutare di erogare le prestazioni senza dover esaminare il requisito della causalità adeguata (DTF 117 V 361 consid. 5a e 382 consid. 4a; su queste questioni vedi pure: Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., pagg. 51-53). La giurisprudenza ha inoltre stabilito che in caso di danno alla salute fisica, dal momento in cui è accertata la causalità naturale il nesso di causalità è generalmente ammesso (DTF 127 V 102 consid. 5 b/bb, 118 V 286 e 117 V 365 in fine; Meyer-Blaser, Kausalitätsfragen aus dem Gebiet des Sozialversicherungs-rechts, in SZS 2/1994, p. 104s; M. Frésard, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungs-recht [SBVR], n. 39). Per contro, la giurisprudenza ha elaborato più criteri per valutare l'adeguatezza del nesso di causalità tra un infortunio e dei disturbi psichici sviluppati successivamente dalla vittima. Essa ha dapprima classificato gli infortuni in tre categorie, a seconda della dinamica: gli infortuni insignificanti o leggeri (per esempio, una caduta o scivolata banale), gli infortuni di media gravità e gli infortuni gravi. Per procedere a tale classificazione, non si deve considerare il modo in cui l'infortunio è stato vissuto dall'interessato, ma piuttosto l'evento traumatico in quanto tale da un punto di vista oggettivo. In presenza di un infortunio di media gravità, occorre prendere in considerazione un certo numero di criteri, di cui i più importanti sono: - le circostanze concomitanti particolarmente drammatiche o la particolare spettacolarità dell'infortunio; - la gravità o particolare caratteristica delle lesioni lamentate, segnatamente la loro idoneità, secondo l'esperienza, a determinare disturbi psichici; - la durata eccezionalmente lunga della cura medica; - i disturbi somatici persistenti; - la cura medica errata che aggrava notevolmente gli esiti dell'infortunio; - il decorso sfavorevole della cura e le complicazioni rilevanti intervenute; - il grado e la durata dell'incapacità lavorativa dovuta alle lesioni fisiche. Non in ogni caso è necessario che tutti i criteri appena menzionati siano presenti. La presenza di un unico criterio può bastare per ammettere l'adeguatezza del nesso di causalità quando l'infortunio va classificato fra quelli al limite della categoria degli eventi gravi. Per contro, in presenza di un infortunio che si situa al limite di quelli insignificanti o leggeri, le circostanze da considerare devono cumularsi oppure rivestire un'importanza particolare affinché si possa ammettere il carattere adeguato del nesso di causalità (DTF 115 V 140, consid. 6c/aa e bb e 409s., consid. 5c/aa e bb, 117 V 384, consid. 4c; RAMI 2002 U 449, p. 53ss. consid. 4a). 2.11. La più recente giurisprudenza federale applica la prassi relativa all'evoluzione psichica abnorme conseguente a infortunio nei casi in cui l'esistenza dei disturbi denunciati dalla persona assicurata è sì stata attestata da medici specialisti, ma non oggettivata mediante accertamenti strumentali e radiologici scientificamente riconosciuti. Secondo l'Alta Corte, in quei casi l'assenza di postumi organici oggettivabili non esclude a priori l'esistenza di un nesso di causalità naturale con l'evento traumatico in questione (SVR 2012 UV Nr. 5 consid. 5.1 e riferimenti ivi menzionati). L'esame della causalità naturale viene però momentaneamente sospeso, per procedere a un esame particolare dell'adeguatezza del nesso causale. Se da tale esame emerge non essere dato il necessario nesso di causalità adeguata, si può rinunciare a esperire ulteriori indagini sulla questione della causalità naturale tra l'infortunio e i disturbi lamentati (DTF 135 V 465 consid. 5.1). Ad esempio, questo principio è stato applicato dall'Alta Corte nella sentenza 8C_267/2009 del 26 gennaio 2010 consid. 4.3, riguardante dei disturbi visivi denunciati da un assicurato che era stato spinto contro un muro da una terza persona. Ammessa l'esistenza del nesso di causalità naturale in quanto attestata da due neuro-oftalmologi attivi a livello universitario e constatata la mancata oggettivazione di un danno alla salute organico, il Tribunale federale

ha esaminato il caso dal profilo della causalità adeguata in applicazione della “psico-prassi” (e non di quella relativa ai traumi cranio-cerebrali siccome l'assicurato aveva lamentato una semplice contusione cranica), per giungere alla conclusione che l'adeguatezza non era data. Nella STF 8C_291/2012 dell'11 giugno 2012, la Massima Istanza ha deciso in questo stesso modo, a proposito di una fattispecie in cui i disturbi lamentati dall'assicurato all'arto inferiore sinistro, riferibili secondo gli specialisti a un dolore neuropatico provocato dall'infortunio, non avevano potuto essere oggettivati né neurologicamente né mediante esami strumentali per immagini. Infine, nella DTF 138 V 248 il Tribunale federale, modificando la propria giurisprudenza, ha stabilito che in presenza di acufeni non attribuibili a una specifica affezione organica oggettivabile, il nesso di causalità adeguata con l'infortunio non può essere ammesso senza aver fatto l'oggetto di un esame particolare, al pari di quanto avviene per altri quadri clinici senza prova di deficit organico. 2.12. In assenza di un sufficiente sostrato organico oggettivabile, come è il caso nella presente fattispecie (cfr. consid. 2.9), occorre dunque effettuare un esame specifico dell'adeguatezza secondo i criteri applicabili in caso di evoluzione psichica abnorme conseguente a infortunio (DTF 115 V 133). Secondo la giurisprudenza federale, l'esame dell'adeguatezza del legame causale può però avvenire, al più presto, quando l'assicuratore contro gli infortuni, in virtù dell'art. 19 cpv. 1 LAINF, è tenuto a chiudere un caso (con interruzione delle prestazioni di corta durata). Tale momento è dato quando dalla continuazione della cura medica non vi è più da attendersi dei sensibili miglioramenti e quando eventuali provvedimenti integrativi dell'assicurazione per l'invalidità si sono conclusi. 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). Nel caso concreto, non sono in discussione provvedimenti integrativi dell'AI, motivo per cui è determinante il momento in cui si è stabilizzato lo stato di salute dell'insorgente. Dagli atti emerge che l'assicuratore ha posto termine alle proprie prestazioni su indicazione del dr. med. _____, che il 29 agosto 2017 ha ritenuto raggiunta la guarigione locale. Non risulta, inoltre, che dopo quella data l'assicurato si sottoponeva a particolari terapie, in ogni caso non a terapie miranti a migliorare notevolmente i disturbi infortunistici. Assodato, dunque, che all'amministrazione non può essere rimproverato di aver prematuramente chiuso la pratica al 29 agosto 2017, in assenza di un sufficiente sostrato organico oggettivabile, in ossequio alla giurisprudenza evocata al consid. 2.11, occorre procedere a un esame specifico dell'adeguatezza, secondo i criteri applicabili in caso di evoluzione psichica abnorme conseguente a infortunio (DTF 115 V 133). Con la decisione su opposizione impugnata, l'assicuratore infortuni resistente ha ipotizzato che (anche) attribuendo l'evento di cui è stato vittima il ricorrente alla categoria degli infortuni di media gravità ma al limite di quelli leggeri, anziché a quella degli infortuni di poca gravità, la causalità adeguata deve essere rifiutata, non essendo adempiuto nessuno dei criteri elaborati dalla giurisprudenza federale, che ne richiede almeno quattro. L'insorgente non ha sollevato alcuna specifica obiezione, né a proposito della classificazione dell'infortunio decisa dall'istituto assicuratore né in merito alla pretesa mancata realizzazione dei criteri di rilievo, avendo preteso che la causalità adeguata sia ammessa in base al corso ordinario delle cose e dell'esperienza generale della vita, visto che il crepitio, l'iposensibilità e il gonfiore erano affezioni oggettivabili post infortunistiche. 2.13. Nell'esaminare l'adeguatezza del legame causale, bisogna avantutto procedere alla classificazione dell'infortunio occorso al ricorrente. Nell'apposito questionario il 28 agosto

2013 (doc. 15) l'assicurato ha dichiarato che " Mentre scendevo la gradinata del cantiere di lavoro scivolavo accidentalmente ". Nel certificato medico LAINF del giorno precedente (doc. 14) il medico curante ha aggiunto " battendo il ginocchio destro e il polso destro ". Nel verbale del colloquio avuto il 27 novembre 2013 (doc. 36) dall'assicurato con un collaboratore dell'assicuratore infortuni, risulta quanto segue: " Mi ero recato presso il magazzino a prendere un pannello che dovevamo utilizzare sul cantiere. Mentre scendevo da una scarpata relativamente ripida, ero scivolato ed ero caduto. Cadendo avevo sottoposto il ginocchio destro ad un movimento di torsione e successivamente l'avevo picchiato sul terreno fatto di terra e sassi. (...). Inoltre il polso destro mi era rimasto schiacciato sotto la schiena, poiché nel tentativo di proteggermi dalla caduta avevo messo la mano destra all'indietro. Cadendoci sopra, oltre che schiacciarlo, il polso l'avevo piegato in maniera inusuale e forzata verso l'interno.". Secondo la giurisprudenza, una normale caduta oppure scivolata va generalmente classificata tra gli infortuni leggeri con la conseguenza che l'adeguatezza del nesso causale tra il sinistro e i disturbi psichici deve essere senz'altro negata (DTF 115 V 133 consid. 6a). Sono per contro stati classificati nella categoria intermedia propriamente detta sino a quella medio-grave , gli infortuni in cui l'assicurato è caduto da un'altezza di più metri riportando importanti lesioni oppure fratture (per una panoramica sulla giurisprudenza in materia di cadute, si veda la RAMI 1998 U 307 p. 449 consid. 3a). È stato infine classificato fra gli infortuni di media gravità al limite della categoria inferiore , il sinistro in cui un assicurato ha perso l'equilibrio, è caduto da un'impalcatura alta 1,2 metri e ha riportato una frattura calcaneare (RAMI 1998 U 307 p. 449). Il TFA ha deciso in questo stesso senso trattandosi della caduta di un operaio attraverso un lucernario con contusione dell'anca destra e distorsione del ginocchio destro, della caduta su una scala con una lieve frattura dislocata del setto nasale e grave commotio cerebri (STFA U 141/92 del 19 settembre 1994), nonché della caduta sulla soglia della porta con contusione dorsale e sospetta compressione vertebrale (DTF 123 V 137). Visti i precedenti giurisprudenziali appena citati, tenuto conto della dinamica oggettiva dell'evento e precisato che, in questo contesto, non devono essere prese in considerazione le conseguenze dell'infortunio, né le circostanze concomitanti (SVR 2008 UV Nr. 8), secondo questo Tribunale, il sinistro occorso al ricorrente può essere classificato, tutt'al più, tra gli eventi di grado medio, al limite però della categoria degli infortuni leggeri o insignificanti . In tale eventualità, il giudice è tenuto a valutare le circostanze connesse con l'infortunio secondo i criteri elaborati dal TF e qui evocati al consid. 2.10. Per ammettere l'adeguatezza del nesso causale, è necessario che un fattore fosse presente in maniera particolarmente incisiva oppure l'intervento di più criteri. Nella sentenza 8C_897/2009 del 29 gennaio 2010, pubblicata in SVR 2010 UV Nr. 25, al considerando 4.5 il Tribunale federale ha ribadito che - in caso di infortuni di media gravità ma che si trovano al limite della categoria di quelli leggeri -, devono essere adempiuti quattro dei sette criteri di rilievo, affinché possa essere riconosciuta l'esistenza del nesso causale adeguato. Per quanto concerne la dinamica dell'evento traumatico, scivolando e poi cadendo lungo un dirupo mentre stava camminando, il ricorrente è caduto da un'altezza pari alla sua statura. Questo evento, in quanto tale, non può essere ritenuto né drammatico né spettacolare per come si è svolto. Si è trattato in fondo di una banale caduta partendo dalla posizione eretta. A causa del sinistro del 19 luglio 2013, l'assicurato ha riportato una lesione del VI retinacolo degli estensori con instabilità dell'estensore ulnare del carpo. Il 18 febbraio 2014 egli è stato operato dal dr. med. _____, che ha eseguito un intervento di ricostruzione del VI retinacolo degli estensori a destra secondo Spinner-Kaplan. Inoltre, non si può parlare né di una durata

eccezionalmente lunga della cura medica, né di rilevanti complicazioni. L'assicurato ha subito un'operazione a distanza di sei mesi dall'infortunio e si è poi sottoposto a due cicli di ergoterapia terminati nel giugno 2014, che hanno portato a una buona guarigione. Egli è infatti tornato a lavorare dapprima al 50% e da fine settembre 2014 al 100%. È qui inoltre utile ricordare che in una sentenza del 17 maggio 1999 (U 235/97), il TFA ha comunque negato che la cura medica sia stata eccezionalmente lunga, anche se il trattamento delle lesioni organiche primarie si era concluso soltanto a distanza di un anno e cinque mesi dalla data del sinistro. In merito al criterio dei dolori somatici persistenti, va ribadito che il ricorrente ha dichiarato di accusare crepitio, iposensibilità, gonfiore, parestesie e disestesie. In ogni caso, anche ammettendo che il criterio dei disturbi persistenti fosse realizzato, esso non lo è comunque in un modo particolarmente intenso. La sua sola presenza non basta perciò per ammettere l'esistenza del necessario nesso di causalità adeguata (STFA U 208/00 dell'11 gennaio 2001). Il 20 gennaio 2016 (doc. 114) l'insorgente ha segnalato di non avere più dei dolori particolari al polso operato, ma che era comparsa una tumefazione dorsale quando lo sforzava. Nessun elemento all'inserto permette di ravvisare gli estremi per ammettere la presenza di una cura medica errata e aggravante notevolmente gli esiti dell'infortunio. In merito al criterio del decorso sfavorevole della cura e le complicazioni rilevanti intervenute è utile sottolineare che dalla cura medica e dai notevoli disturbi non si può dedurre un decorso sfavorevole e/o delle complicazioni rilevanti. Sono inoltre necessarie delle circostanze particolari che hanno pregiudicato la guarigione. L'assunzione di molti medicinali e l'esecuzione di diverse terapie non basta per ammettere questo criterio. Lo stesso vale per il fatto che, nonostante regolari terapie, l'assicurato lamenta ancora disturbi e non ha raggiunto una (completa) capacità lavorativa (STF 8C_80/2009 del 5 giugno 2009 consid. 6.5 e riferimenti). In specie può rimanere indeciso se tale criterio è realizzato e quindi se l'operazione alla mano destra avvenuta nel 2014 ha portato il 13 febbraio 2017 il dr. _____ a operare l'assicurato per sinovialectomia degli estensori e stabilizzazione dell'estensore ulnare del carpo. Infatti, anche se ciò dovesse essere il caso, in presenza di un infortunio di grado medio al limite della categoria inferiore, l'adempimento di un solo criterio non potrebbe comunque giustificare l'adeguatezza del nesso di causalità. Visto quanto precede, questo Tribunale non può ritenere soddisfatto nemmeno il criterio del grado e della durata dell'incapacità lavorativa dovuta ai soli esiti somatici dell'infortunio assicurato. In effetti, sia prima sia dopo il primo intervento chirurgico l'assicurato ha continuato a lavorare. Inoltre, dopo l'operazione del febbraio 2017, il 29 agosto 2017 (doc. 160) il dr. _____ ha ritenuto che la guarigione locale era ormai raggiunta e che l'interessato non sembrava presentare recidive dei disturbi precedenti. È soltanto soggettivamente che il ricorrente ha riferito disturbi persistenti al polso e che non era più in grado di lavorare, perché neppure la TAC eseguita il 23 febbraio 2018 su mandato del dr. med. _____ ha evidenziato alcunché di patologico. 2.14. Sulla scorta delle considerazioni esposte, posto come nessuno dei criteri di rilievo sia risultato adempiuto, si deve concludere che i disturbi risultati privi di sostrato organico oggettivamente lamentati dall'insorgente dopo il 29 agosto 2017, non costituivano più una conseguenza adeguata dell'evento infortunistico occorsogli il 19 luglio 2013. Facendo difetto l'adeguatezza, può essere lasciata aperta la questione relativa all'esistenza del nesso di causalità naturale tra l'infortunio e le conseguenze ortopediche e neurologiche (cfr., in proposito, STF 8C_289/2020 del 17 febbraio 2021 consid. 6.1; SVR 1995 UV Nr. 23 consid. 3c; STF U 17/07 del 30 ottobre 2007, consid. 3, U 606/06 del 23 ottobre 2007, consid. 4 e U 299/05 del 28 maggio 2007, consid. 5.2) . In conclusione, ritenuto che dal 29 agosto 2017 il ricorrente non

presentava più alcun postumo dell'evento infortunistico assicurato, l'assicuratore infortuni era legittimato a porre fine al proprio obbligo a prestazioni a contare da quel giorno e, in questo senso, la decisione su opposizione impugnata deve essere confermata in questa sede.

2.15. Il 1° gennaio 2021 è entrata in vigore una modifica della LPGA. L'art. 61 lett. a LPGA prevede ora unicamente che la procedura deve essere semplice, rapida e, di regola pubblica, ma non più anche gratuita. Su quest'ultimo aspetto, il nuovo art. 61 lett. f bis LPGA dispone che in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. Nel caso di specie, trattandosi di prestazioni dall'assicurazione infortuni e non essendoci nella LAINF alcuna norma specifica in merito, la procedura deve essere gratuita.

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