

TI_GERICHTE 35.2022.40 vom 16. August 2022

TI Tribunale d'appello, 2022-08-16, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2022.40

FR: TI_GERICHTE 35.2022.40 du 16 août 2022

IT: TI_GERICHTE 35.2022.40 del 16 agosto 2022

Erwägungen

E. 1

("le circostanze concomitanti particolarmente drammatiche o la particolare spettacolarità dell'infortunio"), sebbene in ogni infortunio di media gravità sia insita una certa spettacolarità, la quale non è tuttavia ancora sufficiente per ritenere adempiuto il criterio (consid. 3.5.1 non pubblicato della DTF 137 V 199), il sinistro qui in discussione, secondo il TCA, non si è svolto secondo circostanze concomitanti particolarmente drammatiche o spettacolari.

Al riguardo, è utile precisare che, secondo la giurisprudenza, il criterio in questione è da valutare oggettivamente e non in base alle sensazioni soggettive, rispettivamente ai sentimenti di paura provati dalla persona assicurata. In ogni infortunio di media gravità è insita una certa spettacolarità, la quale non è tuttavia ancora sufficiente per ritenere adempiuto il criterio (consid. 3.5.1 non pubblicato della DTF 137 V 199). Occorre considerare la dinamica dell'infortunio in quanto tale e non il danno alla salute che ne è conseguito. Non si tiene conto del successivo processo di guarigione (cfr. STF 8C_738/2011 del 3 febbraio 2012 consid. 7.3.1). Del resto, l'infortunio in questione non è comparabile con altri infortuni ben più gravi (segnatamente qualificati di grado medio in senso stretto) nei quali il Tribunale federale non ha comunque ammesso tale criterio. A questo proposito, il TCA segnala, tra le tante, la STF 8C_438/2009 del 3 settembre 2009 consid. 4.5 riguardante un'assicurata che, mentre si trovava in posizione chinata, è stata inaspettatamente colpita alla parte superiore del dorso da una finestra del peso di circa 70-90 kg, riportando una lieve distorsione cervicale, una contusione al capo, nonché una contusione alla colonna toracale rispettivamente la STF 8C_812/2021 del 17 febbraio 2022 consid. 9.2 riguardante un assicurato che, mentre stava scaricando un camion, è stato colpito alla testa da una parte del carico e ha dovuto essere ricoverato in ospedale per avere riportato una "Commotio cerebri, ein Hämatom über Os zygomaticum und ein Verdacht auf Glaskörperablösung bei subjektiv Seheinschränkung links". Per quanto riguarda il criterio 2 ("la gravità o particolare caratteristica delle lesioni lamentate, segnatamente la loro idoneità, secondo l'esperienza, a determinare disturbi psichici"), nell'infortunio in questione l'assicurata ha riportato un trauma distrattivo alla spalla sinistra (cfr. consid. 1.1.).

A proposito di questo criterio, la giurisprudenza ha precisato che il fatto che le conseguenze infortunistiche abbiano costretto l'assicurato a cambiare professione, non basta per ritenerlo soddisfatto. Il criterio in questione implica l'esistenza di lesioni fisiche gravi o, trattandosi della loro particolare natura, di lesioni interessanti organi ai quali l'uomo attribuisce una particolare importanza soggettiva come ad esempio la perdita di un occhio oppure la mutilazione della mano dominante (cfr. STF 8C_566/2013 del 18 agosto 2014, consid. 6.2.2). Tenuto conto di quanto precede, secondo questo Tribunale, il danno alla salute subito alla spalla sinistra dall'assicurato, non costituisce ancora una lesione organica

grave o particolarmente caratteristica.

Per quanto riguarda il criterio

E. 3

("la durata eccezionalmente lunga della cura medica"), questo Tribunale ritiene che non si possa parimenti pretendere che la cura medica dipendente dall'evento infortunistico sia stata eccezionalmente lunga.

Dagli atti di causa emerge infatti che le cure prestate all'assicurato sono essenzialmente consistite in una terapia medicamentosa (soprattutto antalgica, antinfiammatoria e antidepressiva), nell'esecuzione di fisioterapia a livello ambulatoriale e in visite di controllo da parte del medico curante e di vari specialisti.

Ora, conformemente alla giurisprudenza, provvedimenti diagnostici e semplici visite di controllo (cfr. STF 8C_327/2008 del 16 febbraio 2009 consid. 4.2), come pure la somministrazione di farmaci antidolorifici (cfr. STF 8C_507/2010 del 18 ottobre 2010 consid. 5.3.4), non fanno parte della cura medica ai sensi del criterio in discussione. Inoltre, provvedimenti quali la fisioterapia, la chiropratica, l'agopuntura, la terapia cranio-sacrale, l'osteopatia, nonché le sedute di neuropsicologia/psicoterapia, non possono essere definiti come particolarmente gravosi (cfr. STF 8C_726/2010 del 19 novembre 2010 consid. 4.1.3 e 8C_655/2010 del 15 novembre 2010 consid. 4.2.4 e riferimenti).

Per quanto riguarda il criterio

E. 5

("la cura medica errata che aggrava notevolmente gli esiti dell'infortunio", dalle carte processuali non risulta neppure che l'insorgente sia rimasto vittima di una cura medica errata e notevolmente aggravante degli esiti dell'evento traumatico.

Del resto, secondo la giurisprudenza, questo criterio non può già essere considerato realizzato quando un determinato provvedimento medico non si rivela finalmente efficace (cfr. SVR 2009 UV 41 p. 142 consid. 5.6.1).

Anche il criterio 6 ("il decorso sfavorevole della cura e le complicazioni rilevanti intervenute"), non è realizzato. In merito 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 (cfr. STF 8C_213/2011 del 7 giugno 2011 consid. 8.2.5 e 8C_80/2009 del 5 giugno 2009 consid. 6.5 e riferimenti). In questo senso, il Tribunale federale ha negato la realizzazione di questo criterio anche nel caso di un decorso indiscutibilmente protratto (cfr. STF 8C_402/2011 del 10 febbraio 2012 consid. 5.4).

Nella concreta evenienza, non sono invero ravvisabili quelle particolari circostanze la cui presenza, secondo la giurisprudenza federale, sarebbe necessaria per ammettere un decorso sfavorevole e/o l'insorgere di rilevanti complicazioni.

In queste condizioni, può rimanere indeciso se sono adempiuti il criterio (4) dei "dolori somatici persistenti" e quello (7) del "grado e durata dell'incapacità lavorativa dovuta alle lesioni fisiche", poiché anche se ciò dovesse essere il caso, in presenza di un

infortunio di grado medio, al limite però della categoria degli infortuni leggeri o insignificanti, la realizzazione di due criteri non potrebbe comunque giustificare l'adeguatezza del nesso di causalità (cfr. RDAT 2003 II n. 67 p. 276, U 164/02 consid. 4.7; RSAS 2001 p. 431, U 187/95).

In esito a quanto precede, si deve concludere che i disturbi psichici di cui soffre il ricorrente, non costituiscono una conseguenza adeguata dell'evento infortunistico occorsogli il 22 febbraio 2021. Se ne deduce, quindi, che l'assicuratore resistente era legittimato a negare al riguardo la propria responsabilità.

Visto che l'obbligo a prestazioni dell'assicuratore LAINF va negato facendo difetto l'adeguatezza, questa Corte ritiene che la questione relativa all'esistenza del nesso di causalità naturale tra l'infortunio e il danno alla salute (psichico) possa restare insoluta (cfr., in proposito, SVR 3/2012 UV5 consid. 5.1 e giurisprudenza ivi citata).

Va infine segnalato che l'Alta Corte ha precisato che l'assicuratore infortuni non è tenuto a dimostrare l'esistenza di unacausa extra-infortunistica a cui imputare i disturbi accusati dall'interessato (cfr. STFA U 152/03 del 21 aprile 2005 e riferimenti ivi menzionati; cfr. STCA 35.2017.62 del 2 ottobre 2017, consid. 2.9; STCA 35.2018.130 dell'8 luglio 2019, consid. 2.12).

E. 18

incarto LAINF). Nel rapporto del 9 aprile 2021 della visita di controllo dell'Ambulatorio di traumatologia e ortopedia dell'Ospedale _____ di _____, è stata posta la diagnosi di “ Riacutizzazione in seguito a trauma di tendinopatia calcifica del sovraspinato con borsite sottoacromiale acuta alla spalla sinistra ” (doc. 18 incarto LAINF). L'assicurato si è sottoposto a svariate sedute di fisioterapia e a delle infiltrazioni. Interpellato al riguardo dall'amministrazione, il 5 maggio 2021 il dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore, ha indicato che, prima dell'infortunio l'assicurato presentava una calcificazione del sovraspinato alla spalla sinistra, che l'infortunio non aveva provocato un danno strutturale e che la sintomatologia non era più influenzata con probabilità preponderante dalle conseguenze dell'infortunio “3-4 mesi post-inf. ” (doc. 19 incarto LAINF). Nel rapporto dell'8 giugno 2021 della visita di controllo del Servizio Ortopedia e traumatologia del Dipartimento di Chirurgia dell'_____ dell'Ospedale _____ di _____, è stata posta la diagnosi di “ Riacutizzazione post traumatica di tendinopatia calcifica del sovraspinato con borsite sottoacromiale acuta della spalla sinistra ” (doc. 29 incarto LAINF). Interpellato al riguardo dall'amministrazione, nell'apprezzamento medico del 9 agosto 2021 (doc. 35 incarto LAINF), il dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore, ha indicato quanto segue: “ (...). Diagnosi Stato dopo trauma distrattivo spalla sinistra il 22.02.2021. Riacutizzazione (aprile 2021) senza nuovo trauma con tendinopatia calcifica del sovraspinato con borsite sottoacromiale acuta. 30.03.2021: stato dopo artro-RM spalla sinistra in presenza di borsite sotto-acromiale in quadro di entesopatia calcifica del sovraspinato. Diagnosi non di competenza CO 1 Calcificazione del sovraspinato. Sospetta degenerazione colonna cervicale. Apprezzamento (...). Ora, ci troviamo a mezz'anno dopo una distrazione della spalla/braccio sinistro. La RM non ha evidenziato danni di origine infortunistica con una cuffia conservata. All'artro-RM del 30 marzo 2021 è stata evidenziata una calcificazione del sovraspinato con tendinopatia e borsite sub-acromiale molto probabilmente acutizzata dopo il trauma distrattivo. Dopo oltre

6 mesi post-infortunio - che non ha procurato un danno oggettivabile ma unicamente una acutizzazione di un problema degenerativo preesistente e di calcificazione - si può dichiarare l'estinzione del nesso causale con l'eventuale persistente borsite e tendinopatia calcifica del sovraspinato, non essendo più in relazione causale con l'infortunio. In assenza di danni infortunistici valutabili/oggettivabili, eventuali future terapie andranno a carico dell'assicuratore malattia competente. (...)." (doc. 35, pag. 2 e 3 incarto LAINF) 2.10.3. Nella concreta evenienza, questo Tribunale, chiamato a pronunciarsi su una questione di carattere medico, ritiene che il parere espresso dal dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore (e, quindi, della materia che qui ci occupa) e medico _____ (che vanta un'ampia esperienza in materia di medicina assicurativa e infortunistica), è dettagliato e approfondito e rispecchia i parametri giurisprudenziali sopra ricordati (cfr. consid. 2.6). Ad esso va dunque attribuita piena forza probante e può validamente costituire da base al giudizio che questa Corte è ora chiamata a rendere. Attentamente valutato l'insieme della documentazione medica agli atti (cfr., in particolare, i pareri del medico _____ di cui ai doc. 19 e 35 incarto LAINF come pure l'Artro-RM della spalla sinistra del 30 marzo 2021 di cui al doc. 18 incarto LAINF, di cui si è già ampiamente detto al consid. 2.8.1), questo Tribunale ritiene innanzitutto dimostrato, con un sufficiente grado di verosimiglianza, che lo status quo sine è stato raggiunto al più tardi al 1° settembre 2021 (a distanza di ben oltre 6 mesi dall'infortunio e più precisamente 6 mesi e 1 settimana) e la sintomatologia ulteriormente presentata dall'assicurato (a livello della spalla sinistra) imputabile a malattia. Del resto, nè gli argomenti che l'assicurato ha sollevato con la propria impugnativa (cfr. doc. I) nè la documentazione medica agli atti, sono atti a generare dei dubbi - neppure lievi - circa la fondatezza dell'approfondito parere espresso dallo specialista interpellato dall'istituto assicuratore resistente con considerazioni puntuali e convincenti. Questa Corte non ignora la copiosa documentazione medica versata agli atti dal patrocinatore del ricorrente sia in sede di opposizione sia in questa sede. Tuttavia queste certificazioni non sono atte a sminuire il valore probatorio attribuito ai referti (doc. 19 e 35 incarto LAINF riassunti al consid. 2.8.1) allestiti dal medico _____. Innanzitutto perché la quasi totalità di tale documentazione riguarda la complessa sintomatologia somatica (in particolare, cefalee, cervicalgie, lombosciatalgia) e i disturbi psichici di cui è affetto l'assicurato che, per i motivi già esposti ai considerandi 2.8.1 e 2.9.4, non sono di pertinenza dell'assicuratore resistente. Nella misura in cui invece essa riguarda i disturbi di cui l'assicurato soffre alla spalla sinistra, nessun medico (di famiglia o specialista) ha preso posizione in modo dettagliato, approfondito, motivato e convincente rispetto ai pareri espressi il 5 maggio 2021 e il 9 agosto 2021 (cfr. doc. 19 e 35 incarto LAINF riassunti al consid. 2.8.1), nei quali il precitato medico _____ ha spiegato nel dettaglio (e in modo convincente, alla luce dell'insieme della documentazione medica agli atti riassunta al consid. 2.8.1) i motivi per cui ritiene che la causalità naturale relativa ai disturbi alla spalla sinistra lamentati dal ricorrente sia da ascrivere a fattori extra-infortunistici, successivamente al 1° settembre 2021. In effetti, nessuno specialista di fiducia dell'insorgente (nei numerosi certificati medici agli atti; cfr. in particolare, da ultimo, il certificato medico del 26 aprile 2022 della dr.ssa med. _____, medico chirurgo di _____ di cui al doc. B) si è espresso in modo dettagliato, approfondito, motivato e convincente riguardo al fatto che l'assicurato possa (o meno, così come sostanzialmente asserito dall'insorgente medesimo) aver raggiunto lo status quo sine al più tardi entro oltre 6 mesi dall'infortunio del 22 febbraio 2022 rispettivamente che la causalità naturale relativa ai disturbi lamentati dal ricorrente alla spalla sinistra successivamente a

tale data sia da ascrivere (o meno, così come sostanzialmente asserito dall'insorgente medesimo) a fattori infortunistici. Giova qui inoltre ricordare che, di norma, una valutazione sulla base dei soli atti medici (" Aktegutachten ") è possibile se il medico SMR (e, quindi, anche il medico fiduciario) dispone, come in concreto, di sufficienti elementi risultanti da altri accertamenti personali (STCA 32.2017.27 dell'11 settembre 2017, consid. 2.7.1 e rinvii giurisprudenziali ivi citati; 32.2017.47 del 19 febbraio 2018, consid. 2.6.2 e rinvii giurisprudenziali ivi citati; STCA 35.2017.39 del 20 marzo 2018, consid. 2.5 e rinvii giurisprudenziali ivi citati; STCA 35.2017.76 del 4 ottobre 2018, consid. 2.2.2. e rinvii giurisprudenziali ivi citati; STCA 35.2018.113 del 5 marzo 2019, consid. 2.9. e rinvii giurisprudenziali ivi citati e la STCA 35.2021.11 del 16 giugno 2021, consid. 2.8. e rinvii giurisprudenziali ivi citati). Questo Tribunale sottolinea inoltre che la tempistica di " 3-4 mesi post-inf. " (cfr. doc. 19 incarto LAINF), con la quale, a mente del medico fiduciario dell'assicuratore LAINF, è stato raggiunto lo status quo sine vel ante in relazione alla contusione subita dall'interessato alla spalla destra risulta plausibile anche alla luce della giurisprudenza federale (cfr., per un caso analogo, STCA 35.2016.77 del 9 gennaio 2017, consid. 2.8, ove è stato confermato il raggiungimento dello status quo sine vel ante in relazione da una contusione subita dall'assicurata alla spalla sinistra a 2 mesi e 21 giorni dell'episodio iniziale). In una sentenza STF 8C_485/2014 del 24 giugno 2015, infatti, il Tribunale federale, annullando quanto deciso dai giudici cantonali, ha confermato la decisione con la quale l'amministrazione, fondandosi sul parere del proprio medico di fiducia, aveva considerato raggiunto lo status quo sine tre mesi dopo la contusione subita dall'assicurato alla spalla destra, contusione che aveva scompensato una alterazione preesistente e rimasta fino a quel momento asintomatica (cfr. pure la STCA 35.2018.113 del 5 marzo 2019, consid. 2.9 e la STCA 35.2022.34 del 18 luglio 2022, consid. 2.8.3). 2.10.4. In esito a tutto quanto precede, il TCA ritiene dimostrato, con il grado di verosimiglianza richiesto dalla giurisprudenza federale (cfr. DTF 125 V 195 consid. 2 e riferimenti), che il trauma (distrattivo) del 22 febbraio 2021 ha causato solamente un aggravamento temporaneo e non determinante, di una situazione degenerativa già presente alla spalla sinistra, sotto forma di un'attivazione essenzialmente dolorosa, e che lo status quo sine è stato raggiunto al più tardi al 1° settembre 2021 rispettivamente che le problematiche ulteriormente presentate dall'assicurato a livello della spalla sinistra siano riconducibili a fattori extra-infortunistici. L'istituto resistente era, quindi, legittimato a porre fine al proprio obbligo a prestazioni, vista l'assenza di un nesso di causalità naturale. La decisione su opposizione impugnata, mediante la quale l'CO 1 ha posto fine al proprio obbligo a prestazioni a far tempo dal 1° settembre 2021, deve pertanto essere confermata in questa sede. Va infine segnalato che l'Alta Corte ha precisato che l'assicuratore infortuni non è tenuto a dimostrare l'esistenza di una causa extra-infortunistica a cui imputare i disturbi accusati dall'interessato (cfr. STFA U 152/03 del 21 aprile 2005 e riferimenti ivi menzionati; cfr. STCA 35.2017.62 del 2 ottobre 2017, consid. 2.9; cfr., pure la STCA 35.2018.113 del 5 marzo 2019, consid. 2.9). A fronte di una situazione ritenuta sufficientemente chiarita, il TCA rinuncia all'assunzione di ulteriori prove (cfr., già citata, valutazione anticipata delle prove). 2.11. L'art. 61 lett. a LPGA, in vigore fino al 31 dicembre 2020, prevedeva che la procedura deve essere semplice, rapida, di regola pubblica e gratuita per le parti; la tassa di giudizio e le spese di procedura possono tuttavia essere imposte alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. In data 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. Dalla

medesima data è entrato in vigore l'art. 61 lett. fbis LPGA secondo cui 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. Secondo l'art. 82a LPGA (Disposizione transitoria, cfr. RU 2021 358), ai ricorsi pendenti dinanzi al tribunale di primo grado al momento dell'entrata in vigore della modifica del

E. 21

giugno 2019 si applica il diritto anteriore. In concreto, il ricorso è del 12 maggio 2022 per cui si applica la nuova disposizione legale. Trattandosi di una controversia relativa a prestazioni LAINF, il legislatore non ha previsto di prelevare le spese (cfr. STCA 35.2021.9 del 20 settembre 2021 consid. 2.12; STCA 35.2021.58 del 18 ottobre 2021 consid. 2.12). Sul tema cfr. anche STF 9C_368/2021 del 2 giugno 2022; STF 9C_13/2022 del 16 febbraio 2022; STF 9C_394/2021 del 3 gennaio 2022; STF 8C_265/2021 del 21 luglio 2021 (al riguardo cfr. ARES BERNASCONI, *Actualités du TF*, 8C_265/2021 du 21 juillet 2021 - frais judiciaires pour les tribunaux cantonaux des assurances selon la révision de la LPGA du 21 juin 2019, in *SZS/RSAS 2/2022* pag. 107).

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