

GR_GERICHTE S 2018 126 vom 10. Dezember 2019

GR Gerichte, 2019-12-10, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2018_126

FR: GR_GERICHTE S 2018 126 du 10 décembre 2019

IT: GR_GERICHTE S 2018 126 del 10 dicembre 2019

Regeste

prestazioni assicurative LAINF | Unfallversicherung

Erwägungen

E. 1

Contestato è se la ricorrente abbia diritto all'erogazione delle prestazioni assicurative per infortunio oltre il 27 settembre 2017, fino al recupero definitivo della capacità lavorativa. Da esaminare è se la persistente necessità di trattamento sta in nesso causale con l'infortunio del 1° agosto 2016. 2.1. Conformemente all'art. 6 cpv. 1 della legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF; RS 832.20), per quanto non previsto altrimenti dalla legge, le prestazioni assicurative sono effettuate in caso d'infortuni professionali, d'infortuni non professionali e di malattie professionali. La nozione d'infortunio è definita all'art. 4 della legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA; RS 830.1).

- 5 - 2.2. Il diritto a prestazioni assicurative sussiste dal momento in cui il danno alla salute è in relazione causale naturale ed adeguata con l'infortunio. Primo presupposto per l'erogazione di prestazioni assicurative è quindi l'esistenza di un nesso di causalità naturale. Cause, nel senso della causalità naturale, sono tutte le circostanze senza le quali un determinato evento non si sarebbe potuto verificare o si sarebbe verificato in altro modo o in altro tempo. Affinché possa essere ammessa l'esistenza di un nesso di causalità naturale, non occorre che l'infortunio sia stato la sola o immediata causa del danno alla salute; è sufficiente che l'evento, unitamente ad altri fattori, abbia comunque provocato un danno all'integrità corporale o psichica dell'assicurato (cfr. DTF 129 V 177 consid. 3.1, 119 V 337 consid. 1 e 118 V 289 consid. 1b). A differenza dei casi con danni dovuti a infortunio non dimostrabili organicamente, in presenza di disturbi fisici derivanti da un infortunio la causalità adeguata – quale fattore restrittivo della responsabilità dell'assicurazione contro gli infortuni allorché esiste un rapporto di causalità naturale – non ha praticamente nessuna importanza, dal momento che l'assicurazione risponde anche per le complicazioni più singolari e gravi che solitamente non si presentano secondo l'esperienza medica (DTF 127 V 102 consid. 5 b/bb, 118 V 286 consid. 3a). 2.3. Se uno stato patologico preesistente è aggravato oppure si manifesta in seguito ad un infortunio, l'obbligo dell'assicurazione contro gli infortuni di corrispondere le prestazioni decade se l'evento non costituisce più la causa naturale (e adeguata) del danno, ossia se quest'ultimo è da ricondurre soltanto ed esclusivamente a fattori extra-infortunistici. Ciò si verifica, in particolare, con il ripristino dello stato di salute esistente immediatamente prima dell'infortunio (status quo ante) oppure con il raggiungimento di quello stato che, prima o poi, secondo l'evoluzione ordinaria dello stato antecedente, sarebbe intervenuto anche senza l'infortunio (status quo sine). L'estinzione del nesso di causalità deve essere stabilita con il grado

- 6 - della verosimiglianza preponderante richiesto in materia di assicurazioni sociali. Per contro, la semplice possibilità che l'evento non espliciti più effetto causale non è sufficiente. Trattandosi della soppressione del diritto a prestazioni, l'onere della prova non incombe all'assicurato, bensì all'assicuratore. Esso deve provare che le cause riconducibili all'infortunio non esplicano più effetti, non però l'esistenza di un motivo estraneo all'incidente (cfr. STF 8C_790/2010 consid. 4.2 con riferimenti). 2.4. Nell'ambito del libero apprezzamento delle prove, in linea di principio è consentito che l'assicuratore e il giudice delle assicurazioni sociali fondino la loro decisione esclusivamente su basi di giudizio interne dell'istituto assicurativo. All'imparzialità e all'attendibilità di simili prove devono tuttavia essere poste esigenze severe. Ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze dell'assicuratore va riconosciuto pieno valore probante, a condizione che siano motivati, concludenti e scevri di contraddizioni. Il fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non basta per metterne già in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Se tuttavia vi è anche solo un lieve dubbio sull'attendibilità delle attestazioni del medico di fiducia dell'assicuratore, occorre ordinare degli accertamenti complementari (DTF 135 V 465 consid. 4.4, 125 V 351 consid. 3b/ee). Una valutazione sugli atti (senza visita) ha altresì valenza probatoria, purché sussista un reperto completo e si tratti in prevalenza di valutare dal punto di vista medico una fattispecie acclarata (STF 8C_540/2007 consid. 3.2). 2.5. Determinante per la valenza probante di un rapporto medico è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni siano ben motivate. Per stabilire se un rapporto medico

- 7 - ha valore di prova non è invece rilevante né l'origine né la denominazione ad esempio quale perizia o rapporto (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c; STF 8C_313/2012 consid. 3.2, 8C_828/2007 consid. 7). 3.1. Nel caso di specie, durante l'operazione del 28 settembre 2017 il chirurgo Dr. med. F._____ ha constatato una rottura del sovraspinoso (cfr. rapporto operatorio del 28 settembre 2017 [doc. M29 convenuta]). Fondandosi sulla valutazione sugli atti del suo medico di fiducia Dr. med. H._____, la convenuta ritiene che la rottura del tendine sovraspinato è avvenuta tra il 20 febbraio 2017 (data della seconda artro-RM, da cui – come dalla prima RM – non si sarebbe rilevato alcuna frattura del tendine sovraspinoso) e il 28 settembre 2017 (data dell'intervento chirurgico) e sarebbe da ricondurre a una malattia degenerativa. Infatti, il Dr. med. H._____ riassume che la sintomatologia della ricorrente sarebbe notoriamente correlabile a insorgenza precoce di lesioni degenerative, in particolare a carico del tendine del sovraspintao (doc. M40 convenuta). Per contro, la ricorrente sostiene che i dolori alla spalla siano emersi immediatamente dopo l'evento traumatico, comportando una pseudoparalisi della spalla, come comprovato dalla cartella e dal decorso clinico. Stando alla ricorrente, il nesso di causalità fra l'evento del 1° agosto 2016 e la rottura del tendine sovraspinato risp. la persistente problematica alla spalla destra sarebbe dato già in base agli atti. Qui di seguito si esaminerà se le eccezioni della ricorrente riguardo alla valutazione del Dr. med. H._____ sono fondate. 3.2.1. Nella valutazione sugli atti del 3 luglio 2018 (doc. M40 convenuta) il medico di fiducia della convenuta Dr. med. H._____, specialista FMH in chirurgia, ha rilevato che in occasione della prima visita effettuata il 2 agosto 2016 presso il Dr. med. C._____ era stata messa in primo piano una sintomatologia dei disturbi che interessava solo la zona cervicale, mentre non erano stati menzionati disturbi alla spalla destra. Secondo il

medico di fiducia, se nell'evento del 1 agosto 2016 si fosse verificata una rottura

- 8 - trasmurale del tendine sovraspinato (reperto constatato dal Dr. med. F._____ in occasione dell'intervento chirurgico del 28 settembre 2017), vi sarebbe stata sin dall'inizio una notevole sintomatologia algica alla spalla destra, accompagnata, secondo esperienza, da una pseudoparalisi della stessa; cosa che invece non sarebbe avvenuta nella fattispecie. I disturbi alla spalla destra si sarebbero manifestati solo successivamente e sarebbero documentanti nel rapporto del Dr. med. E._____ del 1° settembre 2016 (doc. M4 convenuta, in cui raccomanda l'esecuzione di una RM alla spalla). 3.2.2. Nel ricorso la ricorrente lamenta che il Dr. med. H._____ non avrebbe considerato soprattutto la cartella clinica del Dr. med. D._____, da cui emergerebbe chiaramente che sin da subito si sarebbero presentati dei forti dolori e dei seri problemi di mobilità sia alla cervicale (poi man mano regrediti) sia alla spalla destra (sempre forti e mai diminuiti). La dolorabilità sarebbe stata generalizzata a tutta la regione colpita e non di facile individuabilità vista l'infiammazione generale dovuta alla caduta. All'inizio sia il collo che la spalla sarebbero stati doloranti e non sarebbe stato evidente individuare l'esatto punto in cui era generato il dolore. Ella afferma di aver segnalato al proprio medico sin da subito non solo i problemi alla cervicale ma pure quelli alla spalla, e avrebbe poi assunto forti medicinali (la nausea dovuta all'assunzione di morfina la costretta a recarsi al pronto soccorso il 10 agosto 2016); inoltre avrebbe iniziato la terapia (poi subito interrotta) in modo leggero a causa del blocco dei movimenti della spalla. A torto il Dr. med. H._____ genererebbe la convinzione che vi fosse una patologia preesistente all'infortunio. In realtà, ella non avrebbe mai avuto problemi alla spalla destra prima dell'evento infortunistico del 1° agosto 2016, né una simile degenerazione costituzionale potrebbe essere spiegata in relazione all'età, all'aspetto fisico, alla professione svolta o agli sforzi eseguiti in determinate mansioni.

- 9 - 3.2.3. Dal memorandum del Dr. med. D._____ del 21 settembre 2018 (doc. C ricorrente), risulta che inizialmente, presso la consultazione del suo collega Dr. med. C._____ del 2 agosto 2016, la ricorrente lamentava dei forti dolori cervicali a destra irradianti a livello para-scapolare. Due giorni dopo, il 4 agosto 2016 la ricorrente si è presentata dal Dr. med. D._____ per forti dolori con limitazione funzionale alla spalla destra. In seguito, i dolori al collo sono migliorati, mentre quelli alla spalla si sono intensificati con una limitazione dell'elevazione e abduzione a circa 90 gradi. Inoltre, dal rapporto fisioterapeutico del 19 settembre 2018 (doc. D ricorrente) si evince che nella prima seduta del 9 agosto 2016 la ricorrente ha descritto la sua sintomatologia su tutta l'articolazione della spalla destra. Dopo questa seduta la fisioterapia è stata interrotta poiché non vi sono stati miglioramenti, anzi i dolori sono addirittura aumentati. In risposta all'inoltro di questi documenti da parte della ricorrente, nel rapporto del 6 novembre 2018 (doc. M41 convenuta) il Dr. med. H._____ afferma che tali nuovi atti (doc. C e D convenuta) non cambiano il suo parere del 3 luglio 2018, restando dell'opinione che la ricorrente abbia riportato una leggera contusione/distorsione della spalla senza danni strutturali oggettivabili. A suo dire, se si fosse verificata una rottura del tendine sovraspinato in occasione dell'evento del 1 agosto 2016, ciò avrebbe inizialmente comportato un'impressionante sintomatologia dolorosa, la quale sarebbe stata certamente notata e documentata in occasione della prima consultazione. 3.2.4. Nel certificato medico iniziale del 7 agosto 2016 (doc. M2 convenuta) il Dr. med. C._____ ha rilevato (soltanto) dei forti dolori alla mobilitazione della colonna cervicale. Certo, ben si comprende, come rimarcato dalla ricorrente, che non sarebbe stato evidente individuare l'esatto punto in cui

era generato il dolore. Tuttavia, non è messo in dubbio che la ricorrente abbia subito un trauma anche alla spalla destra, bensì che in tale occasione sia avvenuta la rottura del tendine sovraspinato. L'affermazione del Dr.

- 10 - med. H._____ che una tale rottura avrebbe comportato un'impressionante sintomatologia dolorosa appare plausibile. Al fatto che durante la visita del 18 agosto 2018 il Dr. med. D._____ abbia constatato dei dolori alla spalla – che erano passati in primo piano, mentre quelli al collo erano migliorati – con una limitazione dell'elevazione e abduzione a circa 90° (cfr. doc. C ricorrente), il Dr. med. H._____ ha risposto che, in genere, dopo una rottura isolata del sovraspinato la limitazione iniziale della mobilità sarebbe maggiore a causa del dolore (cfr. doc. M41 convenuta). Il Tribunale non ha motivo per discostarsi dall'opinione di uno specialista (sebbene opinabile da parte di altri esperti) e non ritiene che il Dr. med. H._____ abbia valutato in modo inesatto la cronologia dei fatti. Le rispettive critiche della ricorrente sono pertanto infondate. 3.3.1. Secondo il Dr. med. H._____ la lesione transmurale del tendine sovraspinato sarebbe insorta in modo intercorrente a causa di alterazioni di tipo degenerativo e costituzionale (stenosi subacromiale, o più precisamente, sintomatologia da impingement in relazione a una stenosi dello spazio subacromiale in presenza di un acromion di tipo 3 secondo classificazione di Bigliani) (cfr. rapporto del 3 luglio 2018 [doc. M40 convenuta]). In detto rapporto il Dr. med. H._____ scrive che la prima artro- RM eseguita il 12 settembre 2016 (doc. M17 convenuta) mostrerebbe intatte strutture della cuffia dei rotatori, tuttavia nel contesto di modici alterati segnali intratendinei attribuibili a una tendinopatia. Stando al Dr. med. H._____ la seconda artro-RM del 20 febbraio 2017 (doc. M35 convenuta) non evidenzerebbe nuovi reperti rispetto al primo esame. Le artro-RM indicherebbero delle condizioni intatte nell'area della cuffia dei rotatori e in particolare non sarebbe intravedibile nessuna rottura del tendine sovraspinato. Quale unico reperto risulterebbero dunque degli alterati segnali nella zona del sovraspinato corrispondenti a una tendinopatia (cfr. anche rapporto del 6 novembre 2018 del Dr. med. H._____ [doc. M41 convenuta]). Giusta il Dr. med. H._____ una contusione

- 11 - diretta alla spalla necessiterebbe un trattamento da 3 fino a massimo 6 mesi; successivamente si dovrebbe supporre uno status quo sine. La ricorrente obietta che il fatto che la lesione del tendine sovraspinato non sia stata riscontrata nelle artro-RM non potrebbe essere un argomento a suo sfavore. La mancata individuazione della rottura del tendine dalle artro- RM e dei dolori sempre più acuti alla spalla sarebbero stati sconfessati de facto dall'accertamento della rottura durante l'operazione. Il chirurgo Dr. med. F._____ ha potuto appurare la lesione cretasi dietro il tendine soltanto spostandolo. L'immagine frontale dell'artro-RM non avrebbe quindi potuto evidenziare la lesione essendo retrostante al tendine. La convenuta osserva che l'artro-RM, per quanto concerne la diagnostica strumentale della patologia della cuffia dei rotatori, consistente in una RM con l'introduzione di mezzo di contrasto, sarebbe l'esame più preciso e accurato, in quanto riuscirebbe a discriminare lesioni parziali e totali e inoltre fornirebbe informazioni anche sulle lesioni associate (SLAP, lassità capsulari, ecc.). 3.3.2. Il Dr. med. H._____ ha osservato che la svista attraverso una artro-RM di una lesione del tendine sovraspinato sarebbe molto rara. Siccome anche la seconda artro-RM non evidenzerebbe alcuna rottura del tendine sovraspinato, è molto probabile che la rottura del tendine sovraspinato si sia verificata soltanto dopo la seconda artro-RM del 20 febbraio 2017, e ciò con verosimiglianza preponderante a causa di alterazioni degenerative del tendine (cfr. doc.

M41 convenuta). Il Tribunale non ha motivo per dubitare dell'affermazione del Dr. med. H._____ secondo cui sarebbe molto raro non riscontrare una lesione del tendine sovraspinato da un'artro-RM. Il fatto poi che nessuno degli specialisti che hanno analizzato le due artro-RM abbia accertato una lesione del tendine sovraspinato, milita per la conclusione che in effetti non vi era una lesione. Come esposto qui di seguito, sono diversi i medici che non hanno visto una lesione del sovraspinato nelle artro-RM. Nel rapporto medico del 6 aprile 2017 il Dr.

- 12 - med. I._____, specialista FMH in chirurgia ortopedica, ha affermato che non vi sono reperti strutturali riconducibili all'infortunio in parola suscettibili di correlare con il quadro clinico presentato dalla ricorrente (cfr. doc. M18 convenuta pag. 4). Nel rapporto medico del 18 maggio 2017 (doc. M20 convenuta) il Dr. med. F._____ ha constatato che la seconda artro-RM (da lui richiesta) evidenzerebbe una tendinopatia del sovraspinoso con una borsite sotto-acromiondeltoidea e soprattutto un impingement sottoacromiale per acromion di tipo 3. E dopo l'operazione del 28 settembre 2017 ha diagnosticato una rottura del sovraspinoso in sindrome da impingement (cfr. rapporto operatorio [M29 convenuta]). Anche il Dr. med. G._____ del Servizio medico della convenuta nel breve rapporto del 17 ottobre 2017 (doc. M31 convenuta) ha attestato da una parte un'assenza di segni per una lesione traumatica della cuffia dei rotatori e dall'altra la presenza di una tendinopatia degenerativa. Inoltre, i due radiologi Dr. med. K._____ e L._____ che hanno eseguito le artro-RM (del 12 settembre 2016 e del 20 febbraio 2017) non hanno riscontrato nessuna lesione del tendine sovraspinato ("non rotture a carico dei tendini della cuffia dei rotatori" [doc. M17 convenuta]; "i tendini del sovraspinato [...] sono regolari", "la cuffia dei rotatori è integra" [doc. M35 convenuta]). 3.4. La ricorrente sottolinea, inoltre, che la diagnosi del medico fiduciario della convenuta Dr. med. H._____ differirebbe sostanzialmente da quella del medico specialista operante Dr. med. F._____, che ha giudicato regolare il decorso clinico a seguito dell'intervento di riparazione del sovraspinoso con acromionplastica, con un miglioramento delle funzionalità della spalla in tutti i piani di movimento. Se davvero vi fosse una tendinopatia, la ricorrente non avrebbe ottenuto un rilevante miglioramento tanto da ripristinare la propria abilità lavorativa (d'ufficio) al 1° maggio 2018 (cfr. rapporto medico del Dr. med. F._____ del 23 aprile 2018 [doc. G ricorrente]). Questa censura è inconsistente. Come illustrato dal Dr. med. H._____ in sede di ricorso, la tendinosi è una degenerazione della sostanza del tendine su una

- 13 - base degenerativa morbosa; si tratta quindi di un indebolimento della situazione dei tendini, che nel corso del tempo può innescare una propria dinamica che può portare a una rottura. Egli ha poi aggiunto che una tendinopatia è anche favorita dalla presenza di una variante vegetale dell'acromion nel senso di acromion tipo 3 secondo Bigliani, in quanto risulta un collo di bottiglia (impingement n.d.a.) tra la testa dell'omero e l'acromion, il quale danneggia cronicamente il tendine sovraspinato adiacente (cfr. rapporto del 6 novembre 2018 [doc. M41 convenuta]). Ne consegue che, siccome va presupposta una malattia degenerativa che con il tempo può portare alla rottura del tendine, non si può ricondurre la rottura del tendine all'evento infortunistico solo perché ad alcuni mesi dall'operazione vi è uno sviluppo positivo.

E. 4

In conclusione, la valutazione del Dr. med. H._____ collima con i referti agli atti. Le censure della ricorrente – soprattutto l'affermazione secondo cui l'immagine frontale dell'artro-RM non avrebbe potuto evidenziare la lesione essendo retrostante al tendine – non

sono comprovate da pareri medici risp. vengono smentite dai documenti medici agli atti, per cui non sono in grado di suscitare dubbi circa l'attendibilità della perizia sugli atti del Dr. med. H._____. Il Tribunale non ritiene perciò di dover sottoporre il caso a un ulteriore perito, come richiesto dalla ricorrente.

E. 5

Riassumendo, va constatato che i referti depongono per una diagnosi di tendinopatia, ossia per una patologia degenerativa. I disturbi alla spalla destra della ricorrente lamentati oltre il 27 settembre 2017 non costituiscono con verosimiglianza preponderante una conseguenza naturale dell'infortunio del 1° agosto 2016. Di conseguenza, la decisione su opposizione 27 agosto 2018 va confermata e il ricorso va respinto.

E. 6

Giusta l'art. 61 lett. a LPGA la procedura è gratuita.

- 14 - Il Tribunale decide: 1. Il ricorso è respinto. 2. La procedura è gratuita. 3. [vie di diritto] 4. [Comunicazioni]

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