

TI_GERICHTE 35.2003.35 vom 12. Februar 2003

TI Tribunale d'appello, 2003-02-12, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2003.35

FR: TI_GERICHTE 35.2003.35 du 12 février 2003

IT: TI_GERICHTE 35.2003.35 del 12 febbraio 2003

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 32

consid. 1c, DTF 111 V 188 consid. 2b; Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in Basler Juristische Mitteilungen (BJM) 1989, p. 31-32; G. Scartazzini, Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale, Basilea 1991, p. 63). Al riguardo essi si attendono, di regola, alle attestazioni mediche, quando non ricorrano elementi idonei a giustificare la disattenzione (cfr. DTF 119 V 31; DTF 118 V 110; DTF 118 V 53; DTF 115 V 134; DTF 114 V 156; DTF 114 V 164; DTF 113 V 46). Ne discende che ove l'esistenza di un nesso causalità tra infortunio e danno sia possibile ma non possa essere reputata probabile, il diritto a prestazioni derivato dall'infortunio assicurato dev'essere negato (DTF 117 V 360 consid. 4a e sentenze ivi citate). 2.5. Occorre inoltre rilevare che il diritto a prestazioni assicurative presuppone pure l'esistenza di un nesso di causalità adeguata tra gli elementi summenzionati. 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 117 V 361 consid. 5a e 382 consid. 4a e sentenze ivi 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 (cfr. DTF 117 V 361 consid. 5a e 382 consid. 4a; su queste questioni vedi pure: Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 51-53). La giurisprudenza ha inoltre stabilito che la causalità adeguata, quale fattore restrittivo della responsabilità dell'assicurazione contro gli infortuni allorché esiste un rapporto di causalità naturale, non gioca un ruolo in presenza di disturbi fisici consecutivi ad un infortunio, dal momento che l'assicurazione risponde anche per le complicazioni più singolari e gravi che solitamente non si presentano secondo l'esperienza medica (cfr. DTF 127 V 102 consid. 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). 2.6. Dalle tavole processuali emerge che la _____ ha preso la decisione di porre termine alle proprie prestazioni a decorrere dal 1° gennaio 2002, fondandosi sulle risultanze della visita di controllo eseguita dal dott. _____, spec. FMH in ortopedia e chirurgia ortopedica, il 5 dicembre 2001 (cfr. doc. _). In effetti, in quell'occasione, il medico fiduciario, per quanto concerne la spalla sinistra interessata dall'infortunio del settembre 1999, ha giudicato raggiunto lo status quo sine e, d'altra parte, dichiarato _____ non più bisognosa di ulteriori cure mediche, nonché abile al lavoro in misura completa: " La sindrome lombare

iniziata in modo acuto verso metà novembre ed ora assai contenuta non ha nulla a che fare con l'infortunio del 06.09.99. Seppure non aveva mai avuto dei dolori così forti in passato l'assicurata era già stata sottoposta in passato a delle cure fisioterapiche per dei disturbi lombari. Non si dispone di radiografie del tratto lombare per documentare meglio l'eziologia dei disturbi. Comunque sia, le radiografie della regione sacro-coccigea fatte per non si sa quale motivo il 17.09.99, cioè una decina di giorni dopo l'infortunio, non evidenziano granché se non un angolo sacro-coccigeo esagerato (di quasi 80°) ed una leggera diminuzione dell'ultimo spazio intersomatico lombare. Va comunque precisato che secondo la dinamica dell'accaduto riferitami il 23.03.01 l'infortunio del 06.09.99 non può avere provocato dei disturbi lombari. L'assicurata era caduta in avanti con le braccia aperte e si era procurata delle escoriazioni alle mani, ai gomiti ed alle gambe nonché una minima contusione al viso. La sindrome tendomiocervico-scapolo-dorsale già osservata nel mese di marzo risulta ora un po' marcata mentre la discreta diminuzione della mobilità cervicale di tipo meccanico in rapporto diretto con la modesta cervicartrosi è rimasta invariata. La perfetta simmetria dei disordini muscolari senza prevalenza dalla parte della spalla sinistra infortunata risulta compatibile con i disturbi della statica vertebrale (cifosi dorsale e protrazione anteriore della testa) e lo stato ansioso-depressivo da considerare come fattori sfavorevoli di gran lunga preesistenti all'infortunio. Alla spalla destra, come già osservato un po' più di 8 mesi fa, ci sono dei segni discreti di POS senza anchilosi. Il disturbo è segnato principalmente da una dolenzia significativa in corrispondenza del tendine lungo del bicipite nel solco intertubercolare, dell'estremità della coracoide e della parte superiore del tubercolo maggiore in rapporto esclusivo con alterazioni degenerative evidenziate dalle radiografie che avevo fatto fare il 26.03.01. Va comunque osservato che le radiografie convenzionali non bastano per evidenziare tutte le alterazioni degenerative ossee esistenti nella regione della spalla mentre è di regola possibile evidenziare bene alcuni dettagli altrimenti non meglio visibili cercandoli bene con delle incidenze adeguate. È quindi del tutto possibile non poter vedere su delle radiografie convenzionali delle alterazioni degenerative poco importanti ma lo stesso significative del solco intertubercolare come si vedrà di seguito riguardo alla spalla sinistra. Alla spalla sinistra il risultato dell'intervento di allargamento artroscopico dello spazio sottoacromiale può venire considerato ottimo. Dal punto di vista oggettivo la mobilità è tornata subtotale. Dal punto di vista soggettivo, tuttavia, il risultato sarebbe mediocre. Invece si è potuto dimostrare che la mobilità pressoché completa è anche poco sintomatica. Tale contrasto si spiega dalla presenza di fattori ben documentati e completamente estranei all'infortunio. Da una parte, ci sono delle alterazioni degenerative certo non gravi ma lo stesso significative. Per esempio, quelle evidenziate dall'esame RM del 01.02.00 lungo il solco intertubercolare giustificano la dolenzia locale non affatto diversa da quella esistente a destra. D'altra parte, ci sono dei fattori psichici sfavorevoli in rapporto con uno stato ansioso-depressivo in cura da più di 10 anni. Come spiega bene l'assicurata, viene presa dal panico non appena prova il dolore e pur di non dover affrontarlo tende ad assumere ancora troppo spesso degli ANS, in particolare il Lodine. Il discreto peggioramento dell'artrosi del deltoide in seguito all'intervento artroscopico del 18.07.01, la pseudo-anchilosi della spalla e la pseudo-diminuzione di forza del membro superiore confermano l'importanza di questi fattori. Tutto sommato, si può ammettere che in una persona della stessa età con una spalla sana ed un buon equilibrio psichico a 4 1 / 2 mesi da un intervento di allargamento del défilé sottoacromiale per sindrome d'attrito secondaria ad una frattura composta del tubercolo maggiore la spalla risulterebbe molto probabilmente già guarita. CONCLUSIONI Si può ammettere che

limitatamente alle conseguenze dirette dell'infortunio del 06.09.99 alla spalla sinistra lo stato di salute può venire considerato stabilizzato con il raggiungimento dello status quo sine e che di conseguenza si può passare alla definizione della pratica. Necessità di ulteriori cure Ulteriori cure per le conseguenze dirette dell'infortunio del 06.09.99 non sono più indicate. Va comunque sottolineato che per la spalla l'attività lavorativa costituisce di regola la migliore terapia riabilitativa e che tale provvedimento purtroppo non è ancora stato applicato. Incapacità lavorativa Limitatamente alle conseguenze dirette dell'infortunio del 06.09.99 il lavoro avrebbe senz'altro già potuto essere ripristinato almeno in misura parziale. Nonostante l'assicurata sia attualmente disoccupata, si ritiene equo tenere conto delle difficoltà che potrebbero sorgere iniziando a lavorare subito in misura completa. Viene quindi decisa l'immediata ripresa lavorativa (medico-teorica) nella misura del 50% e previsto un incremento al 100% per l'inizio dell'anno prossimo. Riassumendo l'incapacità lavorativa è la seguente: 100% dal 06.09.99, 50% dal 14.03.00, 100% dal 18.07.01, 50% dal 06.12.01 e 0% dal 01.01.02. Menomazione d'integrità Una indennità per menomazione d'integrità non risulta giustificata siccome il danno anatomo-funzionale residuale è inferiore al 5%. Non c'è pure luogo di aspettarsi ulteriori complicazioni come, per esempio, un'omartrosi post-traumatica" (doc. _). Nel quadro della procedura di opposizione, l'assicurata ha prodotto una perizia che il dott. _____, reumatologo, aveva eseguito il 13 febbraio 2002 per conto dell'Ufficio _____. Dal citato referto risulta, in particolare, che la ricorrente continuava sì a lamentare una importante sintomatologia algica alla spalla sinistra ma che, da un profilo ortopedico-reumatologico, la frattura del trochide omerale appariva assolutamente ben consolidata, non vi erano lesioni della cuffia dei rotatori, la mobilità della spalla stessa era praticamente completa anche se dolente. Il dott. _____ ha quindi constatato la presenza di dolori miotendinosi nella regione della spalla sinistra nonché in sede cervico-scapolare e periscapolare sinistra, disturbi che, a suo avviso, citiamo: "... non possono venire ben spiegati con la pregressa frattura" (doc. __, p. 7). Egli ha in ogni caso negato che _____ potesse soffrire di una sindrome fibromialgica (doc. __, p. 7: "Clinicamente si riscontrano pure dolori abbastanza diffusi non solo alla spalla ma anche alla muscolatura cervico-scapolare e periscapolare sx. I dolori sono però circoscritti a questa regione, mentre non ho rilevato alcun dolore di carattere fibromialgico"). Sempre in sede di opposizione, l'insorgente ha versato agli atti una certificazione, datata 15 aprile 2002, del dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica, autore dell'intervento operatorio del 18 luglio 2001. Questo il contenuto della medesima: " Come ben descritto nella perizia effettuata dal dr. med. _____ per l'_____, i dolori sono diffusi in tutta la muscolatura cervico-cinto scapolare e periscapolare a sinistra, compatibili con dolori residuali dovuti ad una certa traumatizzazione sicuramente anche delle parti molli, sia a causa del trauma come anche per il lungo periodo trascorso tra quest'ultimo e l'operazione ed in seguito alla reazione dopo l'intervento con una riabilitazione molto protratta nel tempo. Per questo motivo concordo pienamente con il Dr. _____, che la paziente potrà praticare almeno in misura del 60-70% l'attività di barista. Per effettuare lavori più pesanti e ripetitivi al di sopra di 90° di flessione/elevazione, tale abilità molto probabilmente non è ancora possibile, vista la situazione muscolare riscontrata" (doc. _). In corso di causa, _____ ha trasmesso al TCA due perizie di parte. La prima, datata 27 agosto 2003, è stata allestita dal dott. _____, spec. FMH in neurologia, che ha personalmente visitato l'assicurata l'8 luglio 2003. Questo specialista ha innanzitutto affermato che la sintomatologia lamentata dalla ricorrente non é spiegabile da un punto di vista neurologico (cfr. doc. __, p. 5: "In

conclusione non vi sono quindi elementi per un'origine strettamente neurologica della sintomatologia attualmente accusata"). Egli ha quindi indicato che l'assicurata è portatrice di una tendomiopatia (e probabile fibromialgia) accentuata al cinto scapolare ed all'arto superiore a sinistra, nonché di una tendinopatia del sovraspinato e dell'infraspinato con possibile piccola lesione parziale della loro superficie articolare, affezioni che, sempre a suo avviso, costituiscono una naturale conseguenza dell'evento infortunistico del 6 settembre 1999 (cfr. doc. __, p. 6s.). Queste le considerazioni espresse dal dott. _____ a proposito delle condizioni di salute di _____: " L'aspetto strettamente ortopedico della spalla viene valutato al momento dal Dr. _____ e a lui spetta il compito di esprimersi in merito alle possibilità terapeutiche. Va comunque ricordato che l'ultimo esame radiologico ha confermato la presenza di una leggera tendinopatia del sovraspinato e dell'infraspinato con possibile piccola lesione parziale della loro superficie articolare, mentre non sono presenti segni per una rottura completa della cuffia dei rotatori. La sintomatologia dolorosa è comunque attualmente da spiegare anche nell'ambito della tendomiopatia e tendoinserzionite sopraccitata che potrebbe indicare la presenza di una fibromialgia: a favore di una fibromialgia depone pure il fatto che è presente un lieve stato depressivo, verosimilmente reattivo alla soggettiva preoccupazione del proprio stato di salute in relazione con i disturbi accusati. La fibromialgia, più accentuata a livello emicorporale a sinistra e spiccata all'arto superiore, è quindi da ritenersi espressione di una cronicizzazione, della sintomatologia dolorosa, sviluppata a seguito della patologia della spalla sinistra ed è quindi da ritenersi conseguente all'infortunio occorso nel 1999: infatti prima di allora non vengono ritrovati nell'anamnesi personale della paziente elementi soggettivi o fatti oggettivi che potessero indicare una patologia preesistente all'infortunio. La paziente conferma poi di essere sempre stata libera da qualsiasi disturbo a livello della spalla e cervicale fino all'infortunio. Secondo il referto a disposizione (lastre originali non ritrovate) delle radiografie convenzionali della colonna cervicale del 26.3.2001, il primario di radiologia dell'ospedale _____ Dr. _____, non descrive eventuali alterazioni degenerative della colonna, per cui la tendomiopatia sviluppata non è conseguenza di una patologia cervicale preesistente come invece affermato nella perizia del Dr. _____. La sindrome tendomiopatica cervico-scapolo-dorsale descritta non può essere quindi imputabile ad un'eventuale "modesta cervicartrosi" come ritenuto dal perito di allora. Lo sviluppo di una tendomiopatia localizzata e poi a catena, infine di una fibromialgia, è una conseguenza conosciuta dopo un trauma, anche minore, rispettivamente può accompagnare una patologia di altra natura, per es. ortopedica. Rimane comunque in generale una patologia che va rivalutata a mio avviso nuovamente in ambito reumatologico, anche per poter ridiscutere delle possibilità terapeutiche. Sarebbe auspicabile per esempio una nuova visita presso il Dr. _____, che già aveva visitato la paziente nel 2002. Egli dovrebbe poter al meglio valutare l'evoluzione rispettivamente il raggiungimento o meno degli obiettivi terapeutici già da lui proposti, prima di sottoporre la paziente ad una valutazione definitiva delle possibilità di capacità lavorativa per es. presso un centro professionale dell'_____ " (doc. __). Il secondo dei due referti peritali prodotti in causa, è stato stilato dal dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica. Per quanto qui di interesse, egli ha sostenuto che il quadro clinico da lui osservato è dominato da una "sindrome cervico scapolare ed una periartropatia alla spalla sinistra di grado medio in particolare evidenziata nell'espressione di una tendomiopatia inserzionale del sovraspinato e dell'infraspinato senza deficit neurologici" (doc. __, p. 3). A mente del dott. _____, fra lo stato della spalla sinistra e l'infortunio assicurato esiste certamente un nesso di causalità naturale, "... in base

a quanto sopra espresso e alle valutazioni dei colleghi neurologo e reumatologo" (doc. __, p. 4). Occorre sottolineare che entrambi gli specialisti privatamente consultati da _____ - sospettando l'esistenza di una fibromialgia - hanno ritenuto indicata una rivalutazione reumatologica (cfr. doc. __, p. 6 e __, p. 3). Le valutazioni dei dott. _____ e _____, rispettivamente, quella espressa dal dott. _____, sono state criticamente commentate dal medico fiduciario della _____, dott. _____: " Perizia neurologica del Dr. _____ del 27.08.03 Dal punto di vista prettamente neurologico l'anamnesi e l'esame neurologico dettagliati completati dall'esame elettrofisiologico del 30.07.03 hanno consentito al perito di giungere a delle conclusioni chiare (pag. 5, prima del capitolo Valutazione globale) "Non vi sono quindi elementi per un'origine strettamente neurologica della sintomatologia attualmente accusata". Ma lo specialista non si limita ad esprimersi nell'ambito della propria specialità e, pur precisando che "l'aspetto strettamente ortopedico della spalla sinistra veniva valutato al momento dal Dr. _____...", si addentra in una valutazione globale (pagine 5 e 6) senza disporre della documentazione medica completa e nemmeno di quella radiologica. Mi consta che la relazione del Dr. _____ non fa quasi nessun riferimento in merito ai numerosi rapporti da lui avuti in visione ed elencati a pag. 2. La sua valutazione non viene quindi integrata nel suo vero contesto, in parte infortunistico ed in parte morboso, per mancanza di approfondimento. Per esempio, la mia perizia del 10.12.01 (indicata per svista lettera nell'elenco) non viene per nulla presa in considerazione. Viene solo evocata nel capitolo Valutazione globale (secondo paragrafo della pagina 6) : " ... per cui la tendomiosi sviluppata non è conseguenza di una patologia cervicale preesistente come invece affermato nella perizia del Dr. _____...". Non sembra pure che il perito avesse avuto conoscenza del mio primo rapporto fiduciario del 04.04.02, indispensabile per capire le conclusioni e le diagnosi del mio susseguente rapporto del 10.12.01. Per quanto concerne i numerosi esami radiologici, lo specialista fa capo unicamente a due referti, l'uno del primario di radiologia _____ Dr. _____ concernente i chiarimenti radiologici complementari che avevo organizzato per il 26.03.01 e, l'altro, della Dr.ssa _____ concernente un esame RM della spalla sinistra effettuato presso la Clinica _____ il 09.06.03. È quindi con un'incertezza al limite della superficialità che il Collega neurologo si avventura in un campo che non è il suo appoggiandosi non solo su una piccola parte della documentazione radiologica bensì sulle rispettive interpretazioni del radiologo che possono anche essere errate o insufficienti. E' il caso del referto del Dr. _____ che non avevo desiderato ma che lo stesso è stato allestito per motivi amministrativi (l'ospedale può fatturare la prestazioni del servizio di radiologia in modo ottimale solo se può anche fare valere il rapporto del radiologo). Quale specialista in ortopedia e chirurgia ortopedica sono abituato da anni ad interpretare personalmente le radiografie dell'apparato locomotore senza neanche più leggere i rapporti dei Colleghi radiologi. Per quanto concerne gli esami per immagini come RM e TAC la cui interpretazione può variare enormemente da un radiologo all'altro, sono anche abituato da anni ad analizzare i loro rapporti con spirito critico, a visionare personalmente le immagini nella misura delle mie capacità ed a chiedere eventualmente una nuova interpretazione da parte di un professore di radiologia di una clinica universitaria della Svizzera Francese o Tedesca. In questo caso la carenza del rapporto radiologico del Dr. _____ spicca dal raffronto con la mia propria lettura delle stesse radiografie riferita a pagina 11 del mio rapporto del 04.04.01 del quale il Dr. _____ non ha neanche avuto conoscenza. Tutto sommato, lo specialista in neurologia giunge a delle conclusioni che esulano completamente dal rigore metodologico proprio di una perizia degna di questo nome

quando varcando i limiti della propria specialità si avventura in un campo che non è il suo. Non contesto comunque a nessun medico il diritto di oltrepassare i limiti della propria specialità come per esempio nell'ambito di una perizia pluridisciplinare. In tal caso uno degli specialisti coinvolti può venire incaricato della coordinazione dei vari chiarimenti, della loro sintesi e della redazione delle conclusioni che per forza devono tenere conto di tutti i dati a disposizione. L'unica condizione è che lo faccia con competenza. A quanto mi risulta, le domande poste al Dr. _____ (pag. 7) erano solo due, a sapere se esiste un nesso causale tra lo stato della spalla e l'infortunio subito e a quanto ammonta il grado di menomazione d'integrità. Avrebbe senz'altro potuto attenersi alle sue chiare conclusioni specialistiche (pag. 5) e rispondere limitatamente alla propria specialità ma, stranamente, adotta questo atteggiamento solo per la seconda domanda ma non per la prima. Infatti, afferma che secondo quanto espresso nella valutazione globale esiste un nesso causale tra lo stato della spalla e l'infortunio subito allorché avrebbe anche potuto rispondere che dal punto di vista prettamente neurologico tale nesso veniva a mancare o non era meglio dimostrabile. Non si capisce pure perché il Collega tende ad interpretare la patologia muscolotensiva della regione cervico-scapolo-dorsale ("... tendomiosi e tendoinserzionite sopraccitata ...", ultimo paragrafo della pagina 5) nell'ambito di una eventuale fibromialgia quando tale possibilità era già stata esclusa dal Dr. _____ nella perizia reumatologica del 13.02.02 destinata all'AZ e di cui aveva ricevuto copia. Tutto sommato, il Collega prende globalmente posizione sulla base di dati altrui senza intavolare una discussione critica e neppure fare capo ad argomentazioni convincenti e giunge a delle conclusioni altrettanto opinabili. Perizia ortopedica del Dr. _____ del 01.09.03 Il perito non indica quali sono i documenti avuti a disposizione e si accontenta di precisare che "per i dettagli mi rifaccio ai rapporti del Dr. _____ del 10.12.01 e del Dr. _____ del 13.02.2002". Fa anche stato di un solo esame per immagini, più precisamente l'ultimo esame artro-RM della spalla sinistra del 03.06.03, senza tenere minimamente conto delle numerose radiografie e neppure di un precedente esame artro-RM. L'anamnesi sociale come riferita a pagina 1 non è quindi il risultato di un'indagine personale svolta all'occasione di un colloquio bensì dalla compilazione di dati altrui. Lo stesso si può dire del secondo capitolo, intitolato Storia clinica e dati soggettivi dell'assicurata, di cui solo le 8 ultime righe dedicate alle lamentele sembrano provenire da una vera anamnesi. Quanto al capitolo Valutazione ortopedica (pag. 2) che corrisponde all'esame ortopedico, non supera le 10 righe di cui solo 3 sono dedicate all'esame della colonna vertebrale. Non vi è nessun accenno a disturbi della statica vertebrale ("colonna vertebrale in asse") e neppure allo stato tanto della colonna cervicale quanto della spalla destra. Vengono quindi a mancare i dati necessari per poter capire che i disordini muscolari riscontrati nella regione cervico-scapolo-dorsale sinistra esistono anche a destra come chiaramente evidenziato nelle mie precedenti relazioni. Altra perplessità desta il fatto che nel capitolo Diagnosi il Collega fa stato di tendomiosi "con probabile fibromialgia..." dopo aver ben precisato che per i dettagli si riferiva non solo al mio rapporto dei 10.12.01 bensì anche a quello del Dr. _____ del 13.02.02 che indica chiaramente l'assenza di una fibromialgia. Nel capitolo seguente concernente la Valutazione globale indica comunque che "sarà compito dello specialista reumatologo valutare se tali sintomi possono entrare nel quadro complesso di una fibromialgia"... Alla carenza dei dati anamnestici, alla superficiale analisi della documentazione a disposizione, all'ignoranza della maggior parte del dossier radiologico e ad un esame clinico francamente superficiale poteva fare seguito solo una valutazione globale opinabile (pag. 3) che precludeva la possibilità di dare una risposta motivata alle domande della _____ che, a quanto mi

risulta, erano le stesse due che erano state poste al Dr. _____. Senza aver valutato con spirito critico i pareri del neurologo e del reumatologo espressi in precedenza e neanche fatto un solo riferimento in merito, il Dr. _____ conclude (pag. 4) che in base ad essi esiste un nesso causale tra lo stato della spalla e l'infortunio subìto. Prende quindi posizione in modo generico sulla base di dati altrui senza aver proceduto ad un'analisi accurata della documentazione a disposizione e neppure raccolto i dati soggettivi e soprattutto oggettivi necessari. Non mi risulta quindi opportuno entrare nel merito della risposta data alla seconda domanda concernente la menomazione d'integrità la cui percentuale potrebbe oscillare tra il 5% dal punto di vista ortopedico ed il 10 % "qualora una fibromialgia generalizzata venisse confermata con certezza"... Perizia reumatologica del Dr. _____ del 13.02.02 Il rapporto destinato all'Al è indubbiamente di migliore qualità dei due precedenti ma lo stesso merita una parte delle critiche sovraesposte e pertanto non può venire utilizzato per fare un raffronto con le mie precedenti valutazioni del 4 aprile e 10 dicembre 2001 ed ancora meno per contestare i miei argomenti e le mie conclusioni. L'esame clinico (capitolo Sistema locomotore al punto 3.2 della pagina 5) non supera le 10 righe di cui due recitano quanto segue : "L'ulteriore stato particolare delle piccole e grosse articolazioni risulta essere assolutamente privo di particolarità...". Quanto alla documentazione messa a disposizione dello specialista, non mi risulta essere stata completa. Egli fa riferimento al dossier _____ ed alle radiografie portate dalla paziente ma non cita neanche i chiarimenti radiologici della colonna cervicale e della spalla sinistra che avevo fatto effettuare il 26.03.01. Non si accorge dei disturbi della statica vertebrale ("colonna vertebrale in asse"... come verrà ricalcato dal Dr. _____ nella sua perizia del 01.09.03), non tiene minimamente conto di alterazioni degenerative preesistenti all'infortunio sia cervicali che alle due spalla, mette arbitrariamente l'accento sullo scompenso muscolare della regione cervico-scapolo-dorsale sinistra che comunque coinvolge anche la parte destra in modo significativo, minimizza gli antecedenti psichici e, a corto di argomenti, ritiene al penultimo paragrafo della pagina 7 che inizia con "Riassumendo" che "vi sono piuttosto diffusi dolori miotendinosi nell'intera regione attorno alla spalla, nonché in sede cervico-scapolare e periscapolare sinistra, dolori che non possono venire ben spiegati con la pregressa frattura". Il paragrafo che doveva fare la sintesi della situazione e avrebbe dovuto includere qualche riferimento al nesso causale esprime quindi più perplessità e dubbi che certezze" (doc. _). 2.7. Allo scopo di chiarire la questione riguardante la sussistenza o meno di sequele traumatiche a livello dell'arto superiore sinistro, questa Corte ha ordinato una perizia giudiziaria, affidandone l'allestimento al dottor _____, spec. FMH in medicina interna e reumatologia, medico aggiunto presso l'Ospedale regionale di _____ (cfr. XI). Il perito giudiziario - dopo avere minuziosamente ricostruito l'anamnesi dell'assicurata (cfr. XX, p. 1-4) ed averne descritto lo status clinico e radiologico (cfr. XX, p. 5-7) - ha posto le seguenti diagnosi: " (...) DIAGNOSI (con ripercussioni sulla capacità di lavoro) - PSO cronica sx. su: . stato dopo frattura del tubercolo maggiore il 6.9.'99 trattata conservativamente complicata da una capsulite retrattile, con possibile lesione parziale del sovraspinato all'inserzione prossimale. . stato dopo artroscopia diagnostica/terapeutica della spalla sx. il 18.7.2001 con borsoscopia, debridement della regione della cuffia e decompressione sottoacromiale. - PSO cronica dx. con sintomatologia di incastro sotto-acromiale. - Tendomiosi dei cingoli scapolari in particolare il sx. DIAGNOSI (senza ripercussioni sulla capacità di lavoro) - Lieve dolenzia della muscolatura paracervicale e nella regione della spalla sx. " (XX, p. 7). Quindi - rispondendo al quesito n. 3 con il quale gli era stato chiesto di pronunciarsi in

merito all'esistenza o meno di un nesso di causalità naturale con l'infortunio del 6 settembre 1999 - egli ha affermato, citiamo: " L'infortunio del 6.9.'99 ha provocato una frattura composta del tubero maggiore dell'omero sx., attualmente completamente consolidata, con conseguente capsulite retrattile (complicazione classicamente descritta dopo un trauma). Come descritto dal dr. _____ nella sua lettera con presa di posizione del 15.4.2002 è ben probabile che vi sia stato un trauma anche della cuffia dei rotatori, responsabile della sintomatologia residua attuale, anche se non si può parlare di probabilità preponderante " (XX, p. 8). Sempre in relazione alla questione riguardante l'eziologia dei disturbi lamentati da _____ alla regione della spalla sinistra, il dott. _____ ha escluso che lo status quo sine possa essere stato raggiunto a far tempo dal 1° gennaio 2002, contrariamente a quanto aveva sostenuto il medico fiduciario dell'assicuratore LAINF convenuto: " No. È da ricordare che la paziente ha avuto una complicazione della frattura dell'omero, a sapere una capsulite retrattile e una sintomatologia di impingement sottoacromiale, secondario al trauma sulle parti molli della spalla e probabile piccola lesione del sovraspinato all'inserzione prossimale (dr. _____) " (XX, risposta ai quesiti n. 6 e 7). Infine, l'esperto designato dal TCA - condividendo l'opinione a suo tempo espressa dal dott. _____ (cfr. doc. _) - ha negato che, nel caso concreto, possa essere posta la diagnosi di fibromialgia: " La paziente non presenta anamnesticamente nessuna sintomatologia in favore di una fibromialgia e l'esame clinico conferma l'assenza di tale patologia. Per questo concordo pienamente con la valutazione del dr. _____ nel senso che non vi è una diagnosi di fibromialgia " (XX, risposta ai quesiti n. 8 e 9). In data 22 marzo 2004, questo Tribunale ha rivolto al perito giudiziario i seguenti quesiti complementari: " (...) 1. Voglia descrivere la diagnosi di periartrite scapolo-omeroale. 2. Voglia descrivere la diagnosi di capsulite retrattile. 3. La capsulite retrattile va o meno considerata, secondo il criterio della verosimiglianza preponderante, una naturale conseguenza del sinistro del settembre 1999? 4. Può o meno confermare che la capsulite retrattile è una patologia di carattere transitorio? Nell'affermativa, nel caso di specie, a partire da quale data é verosimile che la citata affezione sia guarita? (...) " (XXIV). Queste sono state le risposte che il dott. _____ ha fornito il 30 marzo 2004: " (...) 1.- Voglia descrivere la diagnosi di periartrite scapolo omeroale . Si tratta di un'affezione frequente che comprende varie patologie distinte: la periartrite calcificante, la borsite sotto-acromiale, la spalla rigida (capsulite retrattile) e la rottura della cuffia dei rotatori. Il termine designa quindi affezioni cliniche differenti che hanno tutte in comune quello di interessare la regione periarticolare della spalla (tendini, borse, inserzioni muscolo-tendinee) e non la regione prettamente intra-articolare (articolazione gleno-omeroale). 2.- Voglia descrivere la diagnosi di capsulite retrattile. La capsulite retrattile, patologie facente parte di una periartropatia scapolo-omeroale, è caratterizzata da fibrosi capsulare che si manifesta clinicamente con dolori ingravescenti e con marcata riduzione dei movimenti articolari sia attivi che passivi. La forma può essere conseguente a traumatismi della spalla, tendinopatie, endocrinopatie o farmaci. Normalmente si assiste ad una risoluzione spontanea della sintomatologia tra 12 e 24/30 mesi. 3.- La capsulite retrattile va o meno considerata, secondo il criterio della verosimiglianza preponderante, una naturale conseguenza del sinistro del settembre 1999? Sì. Una delle cause più classicamente descritte di capsulite retrattile è il trauma alla spalla. Si può quindi considerare in questo caso vista anche la tempistica una naturale conseguenza del sinistro del settembre '99. 4.- Può o meno confermare che la capsulite retrattile è una patologia di carattere transitorio? Nell'affermativa, nel caso di specie, a partire da quale data é verosimile che la citata

affezione sia guarita? Sì, la capsulite retrattile è una patologia di carattere transitorio come sopra descritto. Una guarigione spontanea interviene in un arco compreso (a seconda della gravità della capsulite retrattile e del singolo caso) tra 12 fino a delle punte di ca. 24/30 mesi. Si può quindi considerare guarita a fine 2001 " (XXV). Dalle considerazioni espresse dal perito giudiziario il TCA può trarre le seguenti conclusioni. Quale conseguenza immediata dell'infortunio del 6 settembre 1999, _____ ha riportato una frattura composta del tubero maggiore dell'omero sinistro, frattura che, nel frattempo, è completamente consolidata (cfr. XX, p. 8, ciò che il dott. _____ aveva già constatato in occasione della visita peritale del mese di febbraio 2002). Il decorso post-infortunistico è tuttavia stato complicato dall'apparizione di una sindrome da attrito sottoacromiale nonché di una capsulite retrattile (cfr. XX, p. 8: "È da ricordare che la paziente ha avuto una complicazione della frattura dell'omero, a sapere una capsulite retrattile e una sintomatologia di impingement sottoacromiale, ..." - la sottolineatura è del redattore). La sindrome da impingement è stata risolta grazie all'intervento artroscopico del 18 luglio 2001 - ordinato dal medico fiduciario della _____ (cfr. doc. _) - durante il quale il dott. _____ ha praticato un débridement della lesione parziale del tendine del sovraspinato ed una decompressione sottoacromiale (cfr. doc. _). In effetti, già in occasione della visita di controllo del 5 dicembre 2001, il dott. _____ ha riferito che, citiamo: "alla spalla sinistra il risultato dell'intervento di allargamento artroscopico dello spazio sottoacromiale può venire considerato ottimo. Da punto di vista oggettivo la mobilità è tornata subtotale" (cfr. doc. _, p. 8). Una valutazione analoga è stata espressa dal dott. _____, che ha visitato l'assicurata nel corso del mese di febbraio 2002 (cfr. doc. _, p. 4: "Vista la persistenza dei dolori il dr. _____, si è alla fin fine deciso di eseguire un'artroscopia della spalla sx il 18.07.2001 (...). Dopo questo intervento la mobilità della spalla è chiaramente migliorata, mentre i dolori sono purtroppo rimasti praticamente invariati rispetto a prima! (...). Clinicamente ho potuto riscontrare una spalla sx priva di segni infiammatori, i movimenti sono praticamente liberi, dolenti però in fase terminale; vi è una certa debolezza del braccio ai tests di stress, senza comunque chiari segni per un residuo conflitto sottoacromiale" - la sottolineatura è del redattore), rispettivamente, dal perito giudiziario (cfr. XX, risposta al quesito n. 5: "L'intervento alla spalla sx. si prefiggeva lo scopo di migliorare la mobilità della spalla e di liberare l'attrito sottoacromiale. Il dr. _____ aveva già preannunciato alla paziente che la sintomatologia algica poteva non variare in maniera sostanziale. Si può quindi affermare che l'intervento operatorio ha conseguito gli scopi prefissi" - la sottolineatura è del redattore). La capsulite retrattile - anch'essa conseguenza naturale dell'evento infortunistico del settembre 1999 (cfr. XXV, risposta al quesito n. 3) - è spontaneamente guarita entro la fine del mese di dicembre 2001 (cfr. XXV, risposta al quesito n. 4: "Una guarigione spontanea interviene in un arco compreso (a seconda della gravità della capsulite retrattile e del singolo caso) tra 12 fino a delle punte di ca. 24/30 mesi. Si può quindi considerare guarita a fine 2001" - la sottolineatura è del redattore). In esito a quanto precede, la sintomatologia accusata da _____ posteriormente al 31 dicembre 2001, non poteva quindi essere attribuita né alla sindrome da impingement, né alla capsulite retrattile. Secondo il dott. _____, i disturbi lamentati attualmente (e, retrospettivamente, dopo il 31 dicembre 2001) dalla ricorrente vanno ricondotti ad una traumatizzazione della cuffia dei rotatori, specificatamente ad una piccola lesione del sovraspinato all'inserzione prossimale (cfr. XX, risposta al quesito n. 3: "Come descritto dal dr. _____ nella sua lettera con presa di posizione del 15.4.2002 è ben probabile che vi sia stato un trauma anche della cuffia dei

rotatori responsabile della sintomatologia residua attuale, ..."), patologia compresa nella generica diagnosi di periartrite scapolo-omerale (cfr. XXV, risposta al quesito n. 1: "Si tratta di un'afezione frequente che comprende varie patologie distinte: la periartrite calcificante, la borsite sotto-acromiale, la spalla rigida (capsulite retrattile) e la rottura della cuffia dei rotatori" - la sottolineatura è del redattore). L'esperto designato dal TCA ha nondimeno precisato che l'esistenza del citato danno alla cuffia rotatoria della spalla sinistra non può essere considerata dimostrata con probabilità preponderante (cfr. XX, risposta al quesito n. 3: "Come descritto dal dr. _____ nella sua lettera con presa di posizione del 15.4.2002 è ben probabile che vi sia stato un trauma anche della cuffia dei rotatori responsabile della sintomatologia residua attuale, anche se non si può parlare di probabilità preponderante" e XX, p. 7: "PSO cronica sx. su: . stato dopo frattura composta del tubero maggiore il 6.9.'99 trattata conservativamente complicata da una capsulite retrattile, con possibile lesione parziale del sovraspinato all'inserzione prossimale"; cfr., inoltre, i referti dei dott. _____ e _____ [doc. _], i quali parlano di una lesione della cuffia dei rotatori a sinistra in termini di semplice possibilità - la sottolineatura è del redattore). Il perito giudiziario ha infine indicato che la sintomatologia presentata dall'insorgente non può essere attribuita ad una fibromialgia (cfr. XX, p. 9). La perizia allestita dal dott. _____ - la quale presenta tutti i requisiti posti dalla giurisprudenza affinché possa essere riconosciuto, ad un apprezzamento medico, piena forza probante (cfr. RAMI 2001 U 422, p. 113ss., RAMI 1991 U 133, p. 311ss., consid. 1b) - consente di concludere che non è stato dimostrato, perlomeno con il grado di verosimiglianza richiesto dalla giurisprudenza federale (cfr. i riferimenti, giurisprudenziali e dottrinali, menzionati al consid. 2.4.), che i disturbi alla spalla sinistra presentati da _____ dopo il 31 dicembre 2001, correlino con un danno morfologico, conseguenza dell'infortunio del 6 settembre 1999. Ora, in materia di assicurazione contro gli infortuni, i disturbi risentiti dall'assicurato vengono di principio presi in considerazione soltanto nella misura in cui procedono da un danno alla salute oggettivamente dimostrabile (un'eccezione a questa regola è prevista in materia di trauma d'accelerazione alla colonna cervicale ed in materia di traumi cranio-cerebrali; cfr., in questo senso, U. Meyer-Blaser, op. cit., p. 105s.: "Lässt sich der medizinisch-wissenschaftliche Beweis für das Vorliegen organischer Befunde, ihrer Verantwortlichkeit für die vorhandenen Beschwerden und die Ursächlichkeit der unfallmässigen Einwirkung zum Eintritt des organischen Befundes, nach derzeitigem Wissensstand, in einem konkreten Fall, trotz sorgfältigen Abklärungen, nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit beweisen, entfällt insofern die Leistungspflicht der Unfallversicherer ohne weiteres"). È vero che lo specialista consultato da questo Tribunale, rispondendo ai quesiti n. 6 e 7, ha sostenuto che l'assicurata, al momento della chiusura del caso da parte dell'assicuratore LAINF, non avrebbe ancora raggiunto lo status quo sine a margine dell'infortunio in discussione (cfr. XX, p. 8). Occorre tuttavia rilevare che la presenza di una lesione alla cuffia dei rotatori, alla quale il dott. _____ imputa la sintomatologia risentita dall'insorgente, non è stata dimostrata con un sufficiente grado di verosimiglianza, ciò che, da un profilo giuridico, comporta l'inesistenza di un nesso di causalità naturale con l'evento assicurato. In conclusione, la decisione su opposizione impugnata, mediante la quale la _____ ha dichiarato estinto il proprio obbligo a prestazioni a far tempo dal 1° gennaio 2002, non presta il fianco ad alcuna censura.