

## **TI\_GERICHTE 35.2006.92 vom 15. Oktober 2007**

TI Tribunale d'appello, 2007-10-15, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_35.2006.92](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2006.92)

FR: TI\_GERICHTE 35.2006.92 du 15 octobre 2007

IT: TI\_GERICHTE 35.2006.92 del 15 ottobre 2007

### **Regeste**

Caduto picchiando polsi+contraccolpo a spalla sx. Posto termine alle prestazioni dal giorno prima dell'artroscopia alla spalla. Non risultavano lesioni post-traumatiche. Perizia ordinata dal TCA non sufficiente. attendibile. Apprezamenti di medico dell'assicuratore LAINF invece univoci. Ricorso respinto.

### **Erwägungen**

#### **E. 4**

doc. 58). In proposito occorre ricordare che in una sentenza pubblicata in DTF 130 V 380 e in SVR 2004 UV Nr. 16 pag. 53, il TFA ha stabilito che l'assicuratore infortuni ha la possibilità di porre fine, con effetto ex nunc e pro futuro, al proprio obbligo prestativo, inizialmente riconosciuto mediante il versamento d'indennità giornaliera e l'assunzione di spese di cura, senza doversi richiamare a un motivo di revoca (riconsiderazione o revisione processuale). Nella fattispecie esaminata dall'Alta Corte il caso è stato liquidato invocando il fatto che un evento assicurato – dopo un esame corretto della situazione – in realtà non si era mai verificato. Nella citata sentenza il TFA ha, tuttavia, precisato che sono esclusi i casi relativi a prestazioni di lunga durata, segnatamente a rendite di invalidità, in quanto in tali evenienze il principio della protezione della buona fede si oppone all'atto di porre termine con effetto immediato alle stesse. In un'altra sentenza pubblicata in DTF 133 V 57 e in SVR 2007 UV Nr. 13, la nostra Massima Istanza ha, inoltre, deciso che anche sotto il regime della LPGa la cura medica e l'indennità giornaliera possono essere adattate retroattivamente. In particolare è stato puntualizzato che l'art. 17 cpv. 2 LPGa risulta ininfluenza, visto che le citate prestazioni dell'assicurazione infortuni non costituiscono prestazioni durevoli ai sensi di tale disposizione. In quel caso il TFA ha ritenuto corretto il modo di procedere dell'istituto assicuratore che, con decisione formale del 2 dicembre 2003, aveva stabilito che i disturbi alla schiena accusati da un assicurato - il quale, il 31 dicembre 2002, aveva subito un incidente della circolazione in sella al proprio scooter - non si trovavano più in relazione di causalità con l'evento traumatico menzionato a decorrere dal 31 luglio 2003. L'assicuratore LAINF aveva posto termine al versamento delle indennità giornaliera dal 31 luglio 2003 e all'assunzione delle spese di cura dal 7 agosto 2003. E' utile sottolineare che successivamente a queste date non erano comunque più state erogate prestazioni di corta durata. Nella fattispecie giudicata dall'Alta Corte non si poneva, quindi, il problema di un'eventuale restituzione. Nella presente evenienza l'CO 1, con decisione del 23 novembre 2005, non ha più riconosciuto all'assicurato prestazioni di cura e indennità giornaliera a partire dal 13 ottobre 2005, in quanto, in relazione ai disturbi alla spalla sinistra, dal rapporto operatorio del 14 ottobre 2005 stilato dal Dr. med. \_\_\_\_\_ sarebbe emerso un quadro clinico non in relazione causale probabile con l'infortunio del 21 settembre 2004 (cfr. doc. 58). Alla luce di quanto sopra esposto si evince che l'operato

dell'assicuratore LAINF, che ha soppresso l'erogazione di prestazioni con effetto retroattivo, trattandosi in casi di prestazioni di corta durata, e non risultando che il caso concreto comporti una restituzione di prestazioni, non presta il fianco a critiche. 2.3. Giusta l'art. 10 LAINF, l'assicurato ha diritto alla cura appropriata dei postumi d'infortunio (cfr. DTF 109 V 43 consid. 2a; art. 54 LAINF) e, in applicazione dell'art. 16 LAINF, l'assicurato totalmente o parzialmente incapace di lavorare (art. 6 LPG) a seguito d'infortunio, ha diritto all'indennità giornaliera. Il diritto all'indennità giornaliera nasce il terzo giorno successivo a quello dell'infortunio. Esso si estingue con il ripristino della piena capacità lavorativa, con l'assegnazione di una rendita o con la morte dell'assicurato. Parimenti, il diritto alle cure cessa qualora dalla loro continuazione non sia da attendersi un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato: nemmeno persistenti dolori bastano a conferire il diritto alla continuazione del trattamento se da questo non si può sperare un miglioramento sensibile dello stato di salute (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), Losanna 1992, p. 41ss.). Se, al momento dell'estinzione del diritto alle cure mediche, sussiste un'incapacità lucrativa, viene corrisposta una rendita d'invalidità o un'indennità unica in capitale: l'erogazione di indennità giornaliera cessa con il diritto alle prestazioni sanitarie. D'altro canto, nella misura in cui l'assicurato è portatore di una menomazione importante e durevole all'integrità fisica o mentale, egli ha diritto ad un'indennità per menomazione all'integrità giusta gli artt. 24s. LAINF.

2.4. Presupposto essenziale per l'erogazione di prestazioni da parte dell'assicurazione contro gli infortuni è però l'esistenza di un nesso di causalità naturale fra l'evento e le sue conseguenze (danno alla salute, invalidità, morte). Questo presupposto è da considerarsi adempiuto qualora si possa ammettere che, senza l'evento infortunistico, il danno alla salute non si sarebbe potuto verificare o non si sarebbe verificato nello stesso modo. Non occorre, invece, che l'infortunio sia stato la sola o immediata causa del danno alla salute; è sufficiente che l'evento, se del caso unitamente ad altri fattori, abbia comunque provocato un danno all'integrità corporale o psichica dell'assicurato, vale a dire che l'evento appaia come una condizione sine qua non del danno. È questione di fatto lo stabilire se tra evento infortunistico e danno alla salute esista un nesso di causalità naturale; su detta questione amministrazione e giudice si determinano secondo il principio della probabilità preponderante - insufficiente essendo l'esistenza di pura possibilità - applicabile generalmente nell'ambito dell'apprezzamento delle prove in materia di assicurazioni sociali (cfr. RDAT II-2001 N. 91 p. 378; SVR 2001 KV Nr. 50 p. 145; DTF 126 V 360 consid. 5b; DTF 125 V 195; STFA del 4 luglio 2003 nella causa M., U 133/02; STFA del 29 gennaio 2001 nella causa P., U 162/02; DTF 121 V 6; STFA del 28 novembre 2000 nella causa P. S., H 407/99; STFA del 22 agosto 2000 nella causa K. B., C 116/00; STFA del 23 dicembre 1999 in re A. F., C 341/98, consid. 3, p., 6; STFA 6 aprile 1994 nella causa E. P.; SZS 1993 p. 106 consid. 3a; RCC 1986 p. 202 consid. 2c, RCC 1984 p. 468 consid. 3b, RCC 1983 p. 250 consid. 2b; DTF 115 V 142 consid. 8b, DTF 113 V 323 consid. 2a, DTF 112 V 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

129 V 181 consid. 3.1 e 406 consid. 4.3.1, DTF 117 V 360 consid. 4a e sentenze ivi citate). L'assicuratore contro gli infortuni è tenuto a corrispondere le proprie prestazioni fino a che le sequele dell'infortunio giocano un ruolo causale. Pertanto, la cessazione delle prestazioni entra in considerazione soltanto in due casi: - quando lo stato di salute dell'interessato è simile a quello che esisteva immediatamente prima dell'infortunio ( status quo ante ); - quando lo stato di salute dell'interessato è quello che, secondo l'evoluzione ordinaria, sarebbe prima o poi subentrato anche senza l'infortunio ( status quo sine ) (cfr. RAMI 1992 U 142, p. 75 s. consid. 4b; A. Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, p. 469; U. Meyer-Blaser, Die Zusammenarbeit von Richter und Arzt in der Sozialversicherung, in Bollettino dei medici svizzeri 71/1990, p. 1093). Secondo la giurisprudenza, qualora il nesso di causalità con l'infortunio sia dimostrato con un sufficiente grado di verosimiglianza, l'assicuratore è liberato dal proprio obbligo prestativo soltanto se l'infortunio non costituisce più la causa naturale ed adeguata del danno alla salute. Analogamente alla determinazione del nesso di causalità naturale che fonda il diritto alle prestazioni, l'estinzione del carattere causale dell'infortunio deve essere provata secondo l'abituale grado della verosimiglianza preponderante. La semplice possibilità che l'infortunio non giochi più un effetto causale non è sufficiente. Trattandosi della soppressione del diritto alle prestazioni, l'onere della prova incombe, non già all'assicurato, ma all'assicuratore (cfr. RAMI 2000 U 363, p. 46 consid. 2 e riferimenti ivi citati). 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 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 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.

## **E. 5**

b/bb, 118 V 286 e 117 V 365 in fine; cfr., pure, U. Meyer-Blaser, Kausalitätsfragen aus dem Gebiet des Sozialversicherungsrechts, in SZS 2/1994, p. 104s. e M. Frésard, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], n. 39). 2.6. Come già è stato esposto nei fatti RI 1, il 21 settembre 2004, è caduto in avanti a terra, picchiando i polsi, il naso, lo zigomo sinistro e la fronte. Egli ha pure riportato un contraccolpo alla spalla sinistra (cfr. Fascicolo atti 4 doc. 16, 1). L'artro-RM della spalla sinistra eseguita il 25 novembre 2004 ha posto in luce una leggera artrosi acromio-clavicolare con borsite sottodeltoidea e tendinite del tendine muscolo sovraspinato, con lesione parziale all'interno e sul versante esterno, oltre che a una probabile contusione della porzione posteriore della testa omerale con sospetta lesione del labbro glenoidale anteriore tra le ore 8.00 e 11.00 (cfr. Fascicolo atti 4 doc. 11). Nel mese di febbraio 2005 il Dr. med. \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia ortopedica e ortopedia, ha indicato che,

siccome l'assicurato, nonostante la fisioterapia effettuata (cfr. Fascicolo atti 4 doc. 7, 8, 42), aveva sempre dolori alla spalla sinistra e doveva ricorrere a medicinali, l'unica soluzione era l'artroscopia e la ricostruzione della spalla (cfr. Fascicolo atti 4 doc. 22). Il 2 maggio 2005 l'CO 1 ha dato il proprio benestare per l'intervento proposto, specificando di fargli pervenire a tempo debito il rapporto operatorio (cfr. Fascicolo atti 4 doc. 36). RI 1 è stato operato alla spalla sinistra dal Dr. med. \_\_\_\_\_ il 14 ottobre 2005. Lo specialista ha proceduto a un'artroscopia alla spalla sinistra, a un affrescamento della lesione Slap, a un debridement del labbro ventro-craniale, a borsoscopia, a un debridement della cuffia e a decompressione (cfr. Fascicolo atti 4 doc. 52). Contestualmente all'intervento l'assicurato è stato dichiarato inabile al lavoro in misura completa dal 13 ottobre al 28 novembre 2005 (cfr. Fascicolo atti 4 doc. 55). Alla luce di un parere formulato dal Dr. med. \_\_\_\_\_, medico di \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia ortopedica, secondo cui dal rapporto operatorio emergerebbe che la lesione Slap è di grado I e non posttraumatica e che non ci sono lesioni della cuffia ma solo impingement sottoacromiale non di origine posttraumatica (cfr. Fascicolo atti 4 doc. 56), l'CO 1, con decisione del 23 novembre 2005, ha posto termine alle prestazioni LAINF con effetto dal 13 ottobre 2005 (cfr. Fascicolo atti 4 doc. 58). Con l'opposizione inoltrata contro il provvedimento appena menzionato, l'assicurato ha trasmesso un certificato medico del 30 novembre 2005 del Dr. med. \_\_\_\_\_, in cui questi ha puntualizzato che l'artroscopia dell'ottobre 2005 ha confermato quanto emerso dalla RM eseguita nel novembre 2004, ossia, citiamo, "la problematica dell'instabilità ventro-craniale con una lesione Slap grado I e un'irregolarità del labbro ventro-craniale, sottoacromialmente con una lesione parziale del sovraspinato, con aderenze sottoacromiali che si formano durante il periodo seguente al trauma e fino all'intervento chirurgico". Lo specialista ha asserito di essere conseguentemente convinto che tale problematica è da ricondurre al trauma del settembre 2004 (cfr. Fascicolo atti 4 doc. 62/1). Il Dr. med. \_\_\_\_\_, il 17 marzo 2006, ha ancora indicato che la lesione Slap di grado I non produce instabilità ventro-craniale e che ciò è documentato da tutta la letteratura corrente. In effetti si parla di possibile instabilità concomitante come epifenomeno della lesione dell'ancora bicipitale a partire da una lesione Slap di grado II. Egli ha pure specificato che il rapporto dell'artroscopia è classico per una lesione di tipo degenerativo, e meglio nello spazio sotto-acromiale stretto il tendine del muscolo sovra-spinato proprio sul versante esterno è sottoposto a delle sollecitazioni tali da provocarne lo sfilacciamento parziale. Le aderenze sottoacromiali, poi, si formano normalmente anche quando c'è una borsite sotto-acromiale cronica e questo di nuovo non è tipicamente post traumatico bensì classico della sindrome da impingement (cfr. Fascicolo atti 4 doc. 69). Il 28 agosto 2006 il Dr. med. \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia, medico della \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ dell'CO 1 a \_\_\_\_\_, ha così valutato lo stato della spalla sinistra dell'assicurato: "(...) Die in der Arthroskopie festgehaltenen Befunde im Subacromialraum und an der Supraspinatussehne seien typisch für degenerative Läsionen. Auch die subacromialen Verwachsungen sprächen für eine chronische Bursitis. Diese Befunde seien zwar typisch für ein Impingement, nicht aber für eine Unfallfolge. Wenn man den Beschwerdeverlauf, aber auch die klinischen und kernspintomografischen Befunde der linken und rechten Schulter miteinander vergleicht, erkennt man gewisse Gemeinsamkeiten. So ist auch an der rechten Schulter im Jahr 2002 eine Impingement-Symptomatik aufgetreten, ohne dass hier jedoch eine Schulterverletzung vorausgegangen wäre. Eine leichte Arthrose des Acromioclaviculargelenkes ist sowohl auf der rechten als auch der linken Seite zu erkennen. An beiden Schultern lassen sich Signalstörungen der Supraspinatussehne erkennen und beidseits ist früher eine tendinitis

calcarea der Supraspinatussehnen diagnostiziert worden, die bereits vor Jahren (1986) auf der rechten Seite operativ behandelt wurde. (...) Diese auffallende Symmetrie der kernspintomografischen und arthroskopischen Befunde an beiden Schulter spricht gegen eine traumatische Entstehung an der linken Schulter. (...) Schliesslich werden auch die sog. Slap-Läsionen (Superior Labrum, Anterior and Posterior) vom Typ I von Snyder, der den Begriff geprägt und die Unterteilung in vier Typen vorgenommen hat [1], als degenerativ bedingte Labrumläsionen verstanden. (...) Eine traumatische Entstehung der bei Herrn RI 1 diagnostizierten Slap-Läsion vom Typ I lässt sich somit nicht begründen, solange keine vorangegangene Schulterluxation oder eine Ablösung des Bicepsankers dokumentiert werden kann. Hieraus muss abschliessen gefolgert werden, dass der am 14.10. 2005 vorgenommene arthroskopische Eingriff an der linken Schulter ausschliesslich wegen einer degenerativ bedingten Schulterpathologie, wie sie bei einem 56-jährigen Mann erwartet werden kann, notwendig wurde. Dies zu einem Zeitpunkt, bei dem die Folgen des mehr als einem Jahr vorher erfolgten Unfalles erloschen waren.“ (Fascicolo atti 4 doc. 74). Il 24 novembre 2006 il Dr. med. \_\_\_\_\_ ha informato di aver visitato l'assicurato il 20 ottobre 2006 e, in particolare, di aver constatato che la spalla sinistra presentava una funzione completa e che il ricorrente non lamentava dolori. Il medico ha inoltre suggerito una perizia a livello universitario per valutare la causa infortunistica (cfr. doc. C). Pendente causa il TCA ha trasmesso al Dr. med. \_\_\_\_\_ i rapporti dei Dr. med. \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ e l'ha invitato a comunicare se, alla luce delle argomentazioni dei medici menzionati, manteneva o meno la sua valutazione in merito all'eziologia dei disturbi lamentati dall'assicurato (cfr. doc. VII). Il Dr. \_\_\_\_\_, il 5 marzo 2007, si è riconfermato in quanto già espresso in precedenza, puntualizzando che, per quanto concerne la spalla destra, l'insorgente aveva subito un incidente nel 1978 e per questa problematica era stato operato nel 1985. Anche questo era un problema “post-traumatico” che si è rivelato molto tempo dopo e durante l'intervento eseguito nel 2002 a carico della Cassa malati. Il medico ha, inoltre, riproposto una visita con perizia a livello universitario (cfr. doc. VIII). Il Dr. med. \_\_\_\_\_, il 20 marzo 2007, pronunciando in merito all'apprezzamento del Dr. med. \_\_\_\_\_, ha affermato segnatamente che è vero che secondo la letteratura una lesione Slap tipo I è in modo significativo combinata con una lesione del sovra-spinato, è altrettanto vero però che nella letteratura non si dice che la lesione del sovraspinato è di tipo posttraumatico, bensì si dice piuttosto che si tratta anche in quel caso di lesioni di tipo degenerativo. Al riguardo egli ha allegato un articolo (Clinical features of the different Types of Slap Lesions). Il medico di \_\_\_\_\_ ha inoltre annesso un ulteriore articolo (the American Journal of sports medicine, vol. 31 No 5, 2003, The Diagnosis and Treatment of Superior Labrum, Anterior and Posterior (Slap) Lesions) in cui è indicato che la lesione Slap è una lesione degenerativa del labbro superiore senza coinvolgimento dell'ancora bicipitale, si tratta di un processo degenerativo. Il Dr. med. \_\_\_\_\_ ha evidenziato che il Dr. med. \_\_\_\_\_ già nel maggio 2003 aveva indicato che la spalla sinistra era dolorante, soprattutto il sovraspinato (cfr. doc. XV1). 2.7. Vista la presenza nell'incarto di referti fra loro contraddittori, e meglio dei rapporti del Dr. med. \_\_\_\_\_, medico specialista curante, da un parte, e le certificazioni dei medici dell'assicuratore LAINF resistente, dall'altra parte, allo scopo di chiarire la fattispecie dal profilo dell'eziologia dei disturbi lamentati dall'assicurato alla spalla sinistra, questo Tribunale, il 29 marzo 2007, ha ordinato l'esecuzione di una perizia a cura della Dr. med. \_\_\_\_\_, medico aggiunto presso il Servizio di chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ (cfr. doc. XIX).

L'esame clinico del ricorrente, eseguito dal Dr. med. \_\_\_\_\_, ha avuto luogo il 13 luglio 2007 (cfr. doc. XXV). Il perito giudiziario ha dapprima riscontrato che la spalla sinistra presenta una buona funzionalità e in particolare che l'esame clinico dimostra una mobilità pressoché normale in tutti i piani, che i segni di instabilità e lassità legamentosa sono negativi e che l'esame della forza è normale per tutti i muscoli della cuffia dei rotatori, eccetto una lieve astenia del sovraspinoso senza dolore. Egli ha specificato che allo stato attuale il paziente è in grado di eseguire un'attività lavorativa al 100%, in quanto non ha delle limitazioni particolari alla spalla che è stata operata (cfr. doc. XXVII pag. 2, 4). Il Dr. med. \_\_\_\_\_ ha, poi, risposto affermativamente alla domanda volta a sapere se gli attuali disturbi sono da ricondurre con il grado almeno della verosimiglianza preponderante all'elemento assicurato. Egli ha motivato la propria risposta adducendo che una lesione del sovraspinoso può essere stata verosimilmente provocata o peggiorata da un evento traumatico quale quello riferito dal paziente e riportato anche nell'anamnesi dei vari medici che l'hanno esaminato. Il perito ha in effetti precisato che tale tipo di trauma può portare a una lesione del sovraspinoso e che l'intervento eseguito non è stato la riparazione del tendine del sovraspinoso, ma solo di débridement del tendine lesionato. Pertanto l'obiettivo era di procurare un miglioramento della sintomatologia dolorosa senza la possibilità di ottenere una completa restituzione della forza di tale muscolo (cfr. doc. XXVII pag. 2). A proposito dei pareri medici dei Dr. med. \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ il perito giudiziario ha osservato che: " In buona parte li condivido, in quanto la lesione Slap di tipo I è chiaramente di natura degenerativa non traumatica. Pertanto non è da mettere in rapporto con una sintomatologia da instabilità alla spalla. Non sono invece d'accordo per quanto riguarda le lesioni del sovraspinato. Lo "sfilacciamento" parziale può essere di natura post traumatica. Tale lesione non deve essere in relazione ai problemi avuti in precedenza alla spalla controlaterale. Ciò non dimostra che il paziente possa avere avuto dei problemi di sola natura degenerativa alla spalla sinistra. Pertanto riassumendo: Lesione Slap I degenerativa al 100%, lesione del sovraspinoso verosimilmente di natura post-traumatica. Infine, per quanto riguarda l'artrosi acromio-claveare, questa è chiaramente di natura non traumatica. Pertanto dal rapporto dell'intervento chirurgico si evince che la spalla operata presentava delle lesioni di natura degenerativa: l'artrosi acromio-claveare, l'impingement sottoacromiale, la SLAP di tipo I (tutto ciò non è da far riferire a un'eziologia di tipo traumatico) mentre è molto verosimile una eziologia traumatica o peggiorata da un trauma per quanto riguarda la lesione parziale articolare del sovraspinoso e anche del versante bursale. La borsite e la sindrome aderenziale nello spazio sottoacromiale possono essere sia di origine postraumatica che degenerativa. Questo non cambia in modo significativo il tipo di problema a carico del paziente. Pertanto non concordo con il parere del Dr. \_\_\_\_\_ e del Dr. \_\_\_\_\_ che attestano che l'intervento in data 14.10.2005 è stato necessario esclusivamente a causa di una patologia degenerativa. Sicuramente il paziente aveva anche delle lesioni di tipo degenerativo ma vi era anche la rottura parziale del sovraspinato che è verosimilmente di natura traumatica, o aggravata da un trauma." (cfr. doc. XXVII pag. 2, 3). Il Dr. med. \_\_\_\_\_ ha pure rilevato che probabilmente vi è uno stato patologico preesistente, ma che gli attuali disturbi non sono probabilmente da ricondurre a detto stato, poiché l'unico sintomo residuo è un'apostenia del sovraspinoso che come già detto in precedenza non è stato riparato ma solo "pulito" (débridement). A mente del perito ciò ha apportato un miglioramento della sintomatologia accusata dal paziente, ma non una completa "restitutio ad integrum" in quanto l'ipostenia residua è da mettere in relazione alla rottura parziale del sovraspinoso, non riparata. Egli ritiene che un trauma assiale senza

coinvolgimento diretto della spalla può benissimo instaurare un meccanismo di contrazione eccentrica e di lesione del sovraspinato e che sicuramente uno stato degenerativo del sovraspinato poteva anche essere preesistente, questo però non è dimostrabile e comunque il trauma può almeno avere aggravato una lesione degenerativa preesistente (cfr. doc. XXVII pag. 3). Rispondendo ai quesiti postigli dalla parte ricorrente, il perito ha indicato che una parte dei sintomi accusati dall'assicurato è stata senz'altro provocata o è stata verosimilmente provocata da un trauma indiretto alla spalla (cfr. doc. XXVII pag. 3). Dando seguito al quesito peritale n. 2 formulato da questa Corte ("La problematica accusata dall'assicurato alla spalla sinistra che ha condotto all'intervento del 14 ottobre 2005 è stata, secondo il criterio della probabilità preponderante, provocata dall'infortunio del 21 settembre 2004 oppure no? Voglia il perito motivare la propria risposta, anche tenendo in considerazione, da un lato, le conclusioni a cui è giunto il Dr. med. \_\_\_\_\_, dall'altro, le valutazioni dei Dr. med. \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_"), il Dr. med. \_\_\_\_\_ ha precisato: " La risposta a questa domanda è che probabilmente il trauma ha determinato una lesione significativa o peggiorato significativamente una lesione preesistente del tendine del sovraspinoso. Questo comporta sicuramente dolore, difficoltà ad eseguire attività lavorative pesanti o con braccio al di sopra del livello della spalla. Tale sintomatologia è stata riportata dal paziente dopo il trauma. Dopo l'intervento il paziente ha migliorato la propria funzionalità e oggi presenta una funzionalità migliore rispetto a prima dell'intervento. Pertanto sono in disaccordo rispetto alle conclusioni del Dr. \_\_\_\_\_ che si trattasse di un impingement post traumatico con un'instabilità dovuta a una lesione SLAP tipo I. Mentre per quanto riguarda la lesione del sovraspinoso sono d'accordo con il Dr. \_\_\_\_\_ che questa rottura parziale sia articolare che bursale possa essere dipesa in toto o aggravata dall'evento traumatico che ha subito il Signor RI 1. Per quanto riguarda le valutazioni del Dr. \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ ribadisco l'accordo con tali medici per quanto riguarda la valutazione della lesione tipo SLAP, dell'impingement e dell'artrosi acromio-claveare che sono sicuramente di natura degenerativa. Non sono d'accordo riguardo la valutazione della causa delle lesioni del sovraspinoso. Non si può in fatto affermare che la rottura parziale articolare e bursale, sia sicuramente ed esclusivamente di natura degenerativa. E' invece al contrario di natura traumatica o prevalentemente traumatica." (cfr. doc. XXVII pag. 4) Il perito ha, poi, dichiarato di poter solo esprimere deduzioni circa lo stato della spalla sinistra preesistente al sinistro del settembre 2004, e meglio che il paziente verosimilmente aveva già un qualche tipo di sintomatologia dolorosa alla spalla, visto che l'artrosi acromio-claveare si riscontra spesso in lavoratori manuali. Tale patologia è di natura degenerativa e questo può provocare dolori e anche saltuarie borsiti. Egli ha altresì evidenziato che però prima di tale evento traumatico l'assicurato lavorava normalmente, utilizzando l'arto infortunato cosa che è cambiata dopo l'infortunio. Infine il Dr. med. \_\_\_\_\_ ha affermato che il sinistro del 2004, nell'eventualità della presenza di disturbi preesistenti, era idoneo a provocarne un peggioramento e che ritiene lo status quo sine subentrato sei mesi dopo l'intervento chirurgico (cfr. doc. XXVII pag. 5).

2.8. Il Dr. med. \_\_\_\_\_, al quale il ricorrente ha sottoposto il rapporto peritale del Dr. med. \_\_\_\_\_, il 17 settembre 2007, ha esternato il proprio disaccordo con le conclusioni di quest'ultimo per quanto concerne la lesione Slap tipo I. Egli ha aggiunto di credere che sia ovvio che il paziente aveva già delle problematiche degenerative preesistenti, ma che il trauma è stato determinante (cfr. doc. XXIX1). Dal canto suo, il Dr. med. \_\_\_\_\_, dopo avere preso visione del rapporto peritale in questione, con apprezzamento medico del 18 settembre 2007, ha rilevato: " (...) Egli (n.d.r.: Dr. med.

\_\_\_\_\_ ) scrive che una lesione del sovraspinato può essere stata provocata o peggiorata da un evento traumatico, egli scrive ancora che il trauma può portare a una lesione del sovra-spinoso e in seguito scrive: lo sfilacciamento parziale può essere di natura postraumatica e in seguito conclude che tale lesione è verosimilmente di natura post traumatica quindi in pratica teorizza sulla mera possibilità di un nesso casuale e poi senza nessuna spiegazione dice che il nesso causale non è più soltanto possibile ma addirittura verosimile e quindi probabile. Egli scrive poi in fondo alla pagina 2 che è molto verosimile l'eziologia traumatica peggiorata da un trauma per quanto riguarda la lesione parziale articolare del sovra-spinoso e anche del versante boreale. Questa affermazione non è esatta, infatti non c'è nessuna lesione del versante articolare del sovraspinato e questo è stato chiaramente confermato dal referto dell'artrosopia del dott. \_\_\_\_\_ che quando descrive la parte intraarticolare scrive: capo lungo del bicipite intatto, sovraspinato, infraspinato e sottoscapolare intatto (documento n. 52, rapporto operatorio del 14.10.2005) quindi ovviamente non vi è nessuna lesione parziale articolare del sovraspinato. Nella frase seguente il perito scrive: la borsite e la sindrome aderenziale nello spazio sotto-acromiale possono essere sia di origine postraumatica che degenerativa questo secondo il perito non cambia in modo significativo il tipo di problema a carico del paziente e quindi non sarebbe d'accordo che l'intervento è stato necessario esclusivamente a causa di una patologia degenerativa. Se valutiamo però il rapporto operatorio del dott. \_\_\_\_\_ del 14.10.2005 notiamo che al tendine del sovraspinato non ha fatto assolutamente nulla poiché si è limitato a effettuare una decompressione sotto-acromiale quindi ha effettivamente effettuato un intervento per le lesioni degenerative e non per il tendine del sovraspinato. A pagina 3 il dr. \_\_\_\_\_ scrive che sicuramente lo stato degenerativo del sovra-spinato (lendinosi) poteva anche essere pre-esistente questo però non era dimostrabile e il trauma può avere aggravato una lesione degenerativa pre-esistente. Non è però vero che questo non è dimostrabile, infatti già nel lontano 1996 il dott. \_\_\_\_\_ diagnosticava una tendinopatia del sovra-spinato a sinistra per calcificazione, nel 1999 veniva diagnosticata una tendinite calcarea del sovraspinato, nel 2000 veniva diagnosticata una borsite sotto-acromiale cronica a sinistra da parte del prof. \_\_\_\_\_ che poneva addirittura l'indicazione per un intervento. (...) Nelle risposte ai quesiti posti dal Tribunale cantonale delle assicurazioni il dott. \_\_\_\_\_ scrive che il trauma ha probabilmente determinato una lesione significativa o peggiorato significativamente una lesione pre-esistente del sovraspinato. A parte il fatto che questo non è per nulla provato, anzi gli atti medici a disposizione provano esattamente il contrario, è strano come il perito dapprima nei quesiti proposti dalla parte resistente parla di possibilità e in seguito nei quesiti proposti dal TCA parla di probabilità. Il Dr. \_\_\_\_\_ insiste ancora sulla lesione parziale sia articolare che borsale del sovraspinato dicendo che questa non è di origine degenerativa, ribadisco il fatto che l'artrosopia ha messo chiaramente in evidenza che non vi era nessuna lesione articolare di questo tendine. E' interessante anche l'ultima conclusione sullo status quo sine da parte del perito, infatti secondo lui 6 mesi dopo l'intervento chirurgico lo status quo sine è stato raggiunto. Qui c'è una contraddizione intrinseca infatti l'assicurato non è affatto stato operato al tendine sovraspinato che secondo il perito sarebbe l'unica lesione di tipo post traumatica ma è stato operato soltanto di decompressione e borsectomia sotto-acromiale, diagnosi che erano già state poste ben prima dell'infortunio in parola. Ci si chiede ora come l'intervento di tale tipo abbia potuto portare all'estinzione del nesso di causalità visto che appunto il tendine non è stato nemmeno toccato. Il fatto che ora l'assicurato sta bene (vedi affermazione iniziale alla pagine 2 della perizia) sta piuttosto a dimostrare che appunto,

l'assicurato soffriva di lesioni degenerative, queste lesioni degenerative sono state finalmente curate e quindi l'assicurato sta bene. In conclusione la perizia è totalmente priva di logica, inconsistente e piena di contraddizioni. Inoltre dallo studio degli atti risulta che il paziente era portatore di una sindrome di attrito sottoacromiale e di una tendinite calcarea del sovraspinato e quindi di lesione di tale tendine sin dal lontano 1996. Risulta dunque ovvio che il trauma in questione non ha provocato la lesione e non l'ha nemmeno resa sintomatica in quanto questa era appunto sintomatica già prima e addirittura era già stata posta anche un'indicazione operatoria." (Doc. XXXbis) 2.9. In caso di perizia giudiziaria, il giudice - di regola - non si scosta, senza motivi imperativi dalle conclusioni del perito medico, il cui ruolo consiste, appunto, nella messa a disposizione della giustizia della propria scienza medica per fornire un'interpretazione scientifica dei fatti considerati (DTF 125 V 352 consid. 3b/aa e riferimenti ivi menzionati). Il giudice può disattendere le conclusioni del perito giudiziario nel caso in cui il rapporto peritale contenesse delle contraddizioni oppure sulla base di una controperizia richiesta dal medesimo tribunale, che porti ad un diverso risultato (DTF 101 IV 130). Il giudice può scostarsene anche nel caso in cui, fondandosi sulla diversa opinione di altri esperti, ritiene di avere sufficienti motivi per mettere in dubbio l'esattezza della perizia giudiziaria. Deve tuttavia essere sottolineato che il perito giudiziario ha uno statuto speciale nel senso che egli esercita, in virtù del mandato giudiziario che lo sottopone alla comminatoria di cui all'art. 307 del Codice penale, una funzione qualificata al servizio della giustizia (cfr. STFA U 288/99 del 15 gennaio 2001, consid. 3a, nonché dottrina e giurisprudenza ivi citate). Al contrario, lo specialista consultato dall'assicuratore contro gli infortuni non è sottoposto alla comminatoria di cui all'art. 307 CPS, disposizione che concerne esclusivamente la procedura giudiziaria. Quindi, nell'ambito del libero apprezzamento delle prove, una perizia amministrativa riveste un valore probatorio limitato rispetto ad una perizia giudiziaria (cfr. STFA U 288/99 succitata, consid. 3a: " Ein Administrativgutachten lässt sich somit hinsichtlich seines Stellenwerts im Rahmen der Beweiswürdigung und Rechtsfindung nur sehr beschränkt mit einer gerichtlich angeordneten Expertise vergleichen "). Inoltre è utile ricordare che, per costante giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale mentre invece nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (cfr. RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STFA dell'8 luglio 2003 nella causa B., U 259/02, consid. 2.1.1; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in BJM 1989, p. 30ss.). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10, p. 33ss. e RAMI 1999 U 356, p. 572) , la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Per quel che concerne il valore probante di un rapporto medico, determinante è che esso sia completo sui temi sollevati, che sia fondato su esami approfonditi, che tenga conto delle censure sollevate dalla persona esaminata, che sia stato redatto in piena conoscenza dell'anamnesi, che sia chiaro nella presentazione del contesto medico e che le conclusioni dell'esperto siano motivate (cfr. SVR 2002 IV Nr. 21 p. 63; DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311

consid. 1, 1996 U 252, p. 191ss.; DTF 122 V 160ss, consid. 1c e riferimenti). L'elemento rilevante per decidere circa il valore probante, non è né l'origine del mezzo di prova né la sua designazione quale rapporto oppure quale perizia, ma semplicemente il suo contenuto (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti). 2.10. Chiamata ora a pronunciarsi, questa Corte ritiene che, alla luce di tutta la documentazione medica agli atti, la valutazione peritale stilata dal Dr. med. \_\_\_\_\_ non sia sufficientemente attendibile. In primo luogo, il perito giudiziario non ha indicato con chiarezza se ritiene o meno presenti affezioni degenerative preesistenti. Egli ha precisato di potere solo esprimere delle deduzioni (cfr. doc. XXVII). In realtà il Dr. med. \_\_\_\_\_, specialista curante dell'assicurato, ha riconosciuto che l'insorgente ha delle problematiche degenerative preesistenti (cfr. doc. XXIX1). Dalle carte processuali risulta pure che il PD Dr. med. \_\_\_\_\_, sostituto primario della Clinica \_\_\_\_\_ di chirurgia ortopedica dell' \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, nel maggio 2000, ha diagnosticato una borsite subacromiale cronica su tendinite calcarea incipiente, specificando che era possibile che l'infortunio del 1999 avesse reso sintomatico uno stato preesistente silente. Il PD Dr. med. \_\_\_\_\_, già allora, ha ventilato l'indicazione di un intervento di borsetomia artroscopica (cfr. Fascicolo atti 1 doc. 49; consid. 1.2.). In secondo luogo, il rapporto del Dr. med. \_\_\_\_\_ è contraddittorio. In effetti egli alcune volte ha indicato come solamente possibile l'origine traumatica della problematica al sovraspinato (cfr. doc. XXVII pag. 2: " tale tipo di trauma può portare a una lesione del sovraspinoso" ; "lo sfilacciamento parziale può essere di natura post traumatica" ; pag. 3 : "... il trauma può almeno avere aggravato una lesione degenerativa preesistente"; pag. 4 : "... rottura parziale ... possa essere dipesa in toto o aggravata dall'evento traumatico che ha subito il signor RI 1" ), altre volte come verosimile o probabile (cfr. doc. XXVII pag. 2: "... una lesione del sovraspinoso può essere stata verosimilmente provocata o peggiorata da un evento traumatico quale quello riferito dal paziente" ; "... lesione del sovraspinoso verosimilmente di natura postraumatica" ; "... è molto verosimile una eziologia traumatica o peggiorata da un trauma per quanto riguarda la lesione parziale articolare del sovraspinoso" ; pag. 3: "... la rottura del sovraspinato che è verosimilmente di natura traumatica o aggravata da un trauma"; pag. 4: "... probabilmente il trauma ha determinato una lesione significativa o peggiorato significativamente una lesione preesistente del tendine del sovraspinoso" ) e altre ancora come certa (cfr. doc. XXVII pag. 4: "E' (n.d.r.: lesione del sovraspinoso)... di natura traumatica o prevalentemente traumatica" ). Al riguardo è utile rammentare che secondo il TFA l'esistenza di un nesso causalità tra infortunio e danno è dimostrata quando è reputata " probabile " e non semplicemente "possibile" (vedi la giurisprudenza citata al consid. 2.4.). Il perito, inoltre, non ha concretamente esposto il meccanismo di lesione del sovraspinato alla quale egli attribuisce un'origine traumatica. Egli ha fornito piuttosto una spiegazione generale della sopraggiunta affezione, indicando che un evento traumatico, quale quello riferito dal paziente, poteva verosimilmente causare tale lesione (cfr. doc. XXVII pag. 2) e che un trauma assiale senza coinvolgimento diretto della spalla può benissimo instaurare un meccanismo di contrazione eccentrica e di lesione del sovraspinato (cfr. doc. XXVII pag. 23). Infine la valutazione peritale non è neppure coerente per quanto attiene alla questione di sapere se l'infortunio svolgerebbe ancora un ruolo causale oppure no. Da una parte, egli ha dichiarato che gli attuali disturbi lamentati dall'assicurato non sono probabilmente da ricondurre a uno stato patologico preesistente, poiché l'unico sintomo residuo è un'ipostenia del sovraspinoso, la quale è da mettere in relazione alla rottura parziale del sovraspinoso e l'intervento di débridement non ha portato a una completa "restitutio ad

integrum” (cfr. doc. XXVII pag. 3). Dall’altra, ha affermato che lo status quo sine è subentrato sei mesi dopo l’intervento chirurgico (cfr. doc. XXVII pag. 5). Gli apprezzamenti del Dr. med. \_\_\_\_\_, medico di \_\_\_\_\_ e specialista FMH in chirurgia ortopedica con ampia esperienza professionale nel campo della medicina degli infortuni, come peraltro sottolineato dalla nostra Alta Corte in una recente sentenza U 350/06 del 20 luglio 2007 , confermati anche dal Dr. med. \_\_\_\_\_, sono, per contro, sempre risultati univoci e rispondono alle esigenze richieste dalla giurisprudenza perché a un rapporto medico venga attribuito pieno valore probante (cfr. consid. 2.9.). Il medico di \_\_\_\_\_ ha, d’altronde, saputo replicare in modo pertinente alle attestazioni del perito. A titolo esemplificativo giova rilevare che il Dr. med. \_\_\_\_\_, il 18 settembre 2007, ha precisato che, contrariamente a quanto sostenuto dal Dr.med. \_\_\_\_\_ il quale si è riferito a una lesione parziale del sovraspinoso sia articolare, che del versante borsale (cfr. doc. XXVII), dal rapporto operatorio del 14 ottobre 2005 non risulta alcuna lesione del versante articolare del sovraspinoso (cfr. doc. XXXbis). In effetti, nel referto dell’intervento del 14 ottobre 2005 è stato indicato, per quanto concerne lo stato intra-articolare, che il capoluogo del bicipite era intatto, così come il sovraspinato, l’infraspinato e il sottoscapolare. La borsoscopia (artroscopia dello spazio subacromiale, cfr. [www.emcortopedia.it](http://www.emcortopedia.it) ) effettuata contestualmente a detto intervento ha, invece, messo in luce uno spazio sottoacromiale stretto con delle aderenze (cfr. doc. 52). Al riguardo si impone altresì di rilevare l’infondatezza della censura sollevata dalla parte ricorrente in merito al fatto che i Dr. med. \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ non hanno visitato personalmente l’assicurato (cfr. doc. I). Infatti l’Alta Corte ha precisato che i pareri redatti dai medici dell’CO 1 hanno pieno valore probatorio, anche quando essi si sono espressi unicamente in base agli atti, dunque senza visitare personalmente l’assicurato (cfr. STFA del 10 settembre 1998 nella causa R., U 143/98 e STFA del 2 luglio 1996 nella causa A., U 49/95), contrariamente a quanto sostiene il ricorrente (cfr. doc. I). La valutazione espressa dal medico di \_\_\_\_\_, secondo cui l’eziologia delle affezioni lamentate dall’assicurato che hanno condotto all’intervento dell’ottobre 2005 non è infortunistica, è stata del resto confortata da articoli di letteratura medica specialistica (cfr. doc. XV2; XV3), che non sono stati assolutamente contestati dal perito giudiziario, né menzionati (cfr. doc. XXVII). Del resto nella già citata sentenza U 350/06 del 20 luglio 2007 l’Alta Corte, confermando le conclusioni del TCA ha stabilito nel caso di un assicurato che "la lesione, e più precisamente l’assottigliamento del tendine del sovraspinato era di natura squisitamente morbosa, conseguenza di un logoramento imputabile a uno spazio sotto-acromiale ristretto". Occorre, peraltro, sottolineare che in occasione del sinistro del settembre 2001 l’assicurato non ha picchiato direttamente la spalla sinistra (cfr. fascicolo atti 4 doc. 1, 16). In proposito va osservato che è vero che dei traumi possono causare una rottura della cuffia dei rotatori e che ciò è tanto più frequente quanto più il tessuto tendineo è degenerato, è altrettanto vero, tuttavia, che quali traumi si intendono cadute proprio sulla spalla o comunque urti diretti (cfr. [www.la.spalla.org](http://www.la.spalla.org)). Le asserzioni del Dr. med. \_\_\_\_\_, secondo cui la problematica alla spalla sinistra accusata dall’assicurato è da ricondurre all’infortunio del 2004, non sono, poi, di una portata tale da sovvertire la conclusione a cui è giunto il Dr. med. \_\_\_\_\_. Infatti il Dr. med. \_\_\_\_\_ si è limitato ad affermare l’eziologia traumatica dei disturbi che hanno condotto all’operazione dell’ottobre 2005 senza motivare in modo dettagliato e convincente la sua tesi. Egli ha semplicemente indicato che l’artroscopia ha confermato i disturbi riscontrati dalla RM del 2004 (cfr. Fascicolo atti 4 doc. 62/1). Al riguardo il TCA constata che dal referto della artro-RM della spalla sinistra

del 25 novembre 2004 non si evince una lesione Slap (cfr. Fascicolo atti 4 doc. 11: "SLAP integro"). Inoltre va rilevato che non si può dedurre l'origine infortunistica di un'affezione dalla sola circostanza che la stessa fosse presente al momento dell'esecuzione della RM. Il TFA ha già avuto modo di stabilire (cfr. RAMI 1990 p. 46ss. consid. 2) che non è lecito partire dal danno alla salute presentato, per sostenere che deve essersi trattato di un infortunio tale da provocarlo. Un simile metodo induttivo non è ammissibile. Giova, altresì, ricordare che la nostra Massima Istanza ha ripetutamente deciso che le certificazioni del medico curante - anche se specialista (cfr. STFA del 7 dicembre 2001 nella causa M., U 202/01, consid. 2b/bb) - hanno un valore di prova ridotto, ciò in ragione del rapporto di fiducia che lo lega al suo paziente (cfr. RAMI 2001 U 422, p. 113ss. [= AJP 1/2002, p. 83]; DTF 125 V 353 consid. 3b/cc; DTF 124 I 175 consid. 4; DTF 122 V 161; STFA del 10 ottobre 2003 nella causa C., U 278/02, consid. 2.2; R. Spira, *La preuve en droit des assurances sociales*, in *Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach*, Basilea 2000, p. 269s.). Per quanto attiene alla circostanza fatta valere ricorrente che, prima dell'evento egli non lamentava dolori e disturbi alla spalla sinistra (cfr. doc. I), a prescindere dal fatto che tale affermazione è smentita dalla documentazione agli atti (cfr. doc. 31 da cui emerge che nel maggio 2003 egli ha indicato al Dr. med. \_\_\_\_\_ di accusare dolori alla spalla sinistra), va segnalato che la regola "post hoc, ergo propter hoc" (dopo questo, dunque a causa di questo) non ha valenza scientifica. La giurisprudenza del TFA ha stabilito, al riguardo, che per il solo fatto d'essere insorto dopo l'infortunio, un disturbo alla salute non può già essere ritenuto una sua conseguenza (DTF 119 V 341s. consid. 2b/bb con riferimenti; STFA 3.4.1997 in re V. inedita; Th. Frei, *Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung*, Friburgo 1998, p. 30, nota 96; A. Rumo-Jungo, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung*, Zurigo 1995, p. 41). In simili circostanze, la valutazione del Dr. med. \_\_\_\_\_, ovvero che sia la lesione Slap tipo I, che la lesione del sovraspinato non sono di origine postraumatica (cfr. consid. 2.6.), va posta a fondamento del presente giudizio, senza che si riveli necessario ordinare una nuova perizia. In proposito va ricordato che, per costante giurisprudenza, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato (valutazione anticipata delle prove), si rinuncerà ad assumere altre prove (cfr. STFA dell'11 dicembre 2003 nella causa R., U 239/02; STFA del 31 gennaio 2003 nella causa V., H 5/02; STFA del 5 marzo 2003 nella causa G., H 411/01; SVR 2003 IV Nr. 1 pag. 1; STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., H 102/01; STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., H 103/01; STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa D.SA, H 299/99; STFA del 26 novembre 2001 nella causa R., U 257/01; STFA del 15 novembre 2001 nella causa P., U 82/01; STFA del 28 giugno 2001 nella causa G., I 11/01; RCC 1986 p. 202 consid. 2d; STFA del 27 ottobre 1992 nella causa B.P.; STFA del 13 febbraio 1992 in re O.; STFA del 13 maggio 1991 nella causa A.; STCA del 25 novembre 1991 nella causa M.; F. Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2a ed., pag. 274; U. Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, Zurigo 1999, p. 212; Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2a ed., p. 39 e p. 117), senza che ciò costituisca una lesione del diritto di essere sentito sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata). Nella sentenza U 350/06 del 20 luglio 2007 appena citata il TF ha, del resto, ricordato che nell'ambito del libero apprezzamento delle

prove è in linea di principio consentito che l'amministrazione e il giudice delle assicurazioni sociali si fondino esclusivamente su basi di giudizio interne all'istituto assicuratore. 2.11. Tutto ben ponderato, il TCA ritiene, dunque, dimostrato - e si rammenta che, nell'ambito del diritto delle assicurazioni sociali, è sufficiente che i fatti vengano provati secondo il criterio della verosimiglianza preponderante (cfr. DTF 125 V 195 consid. 2 e riferimenti; cfr., pure, Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 320 e A. Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Zurigo 1995, p. 338 ) - che i disturbi accusati dall'assicurato alla spalla sinistra, a decorrere dal 13 ottobre 2005, non costituivano più una conseguenza dell'evento traumatico del settembre 2004. Questa Corte non può conseguentemente che confermare la decisione su opposizione del 31 agosto 2006. Va in ogni caso evidenziato che l'CO 1, nella decisione su opposizione, ha indicato, senza minimamente sollevare obiezioni al riguardo, che il medico di \_\_\_\_\_ ha comunque attestato che "... la CO 1 in futuro risponderà ancora per eventuali conseguenze tardive a livello del labbro glenoidale e dell'ancora bicipitale" (cfr. doc. B).

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