

TI_GERICHTE 35.2008.98 vom 20. April 2009

TI Tribunale d'appello, 2009-04-20, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2008.98

FR: TI_GERICHTE 35.2008.98 du 20 avril 2009

IT: TI_GERICHTE 35.2008.98 del 20 aprile 2009

Regeste

Con STCA35.07.2 confermato che l'ass.LAINF non doveva prest. per la ricaduta alla spalla del 12/05. Ass.LAINF rettam. ha rifiutato l'assunz. di un'ult. ricaduta del 6/08 (impingem., les. labbro). Non nesso causale con inf. 2004, né con altri sinistri. Medici dell'ass.LAINF più convincenti del medico spec. curante

Erwägungen

E. 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 (cfr. 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 giornaliere 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 attengono, 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. 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. In virtù dell'art. 11 OAINF, l'assicuratore LAINF è tenuto a riprendere l'erogazione delle prestazioni assicurative in caso di ricadute o conseguenze tardive (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 71 e A. Maurer, *Schweizerisches Unfallversicherungsrecht*, Berna 1985, p. 277). Né la LAINF né l'OAINF prevedono, al riguardo, un limite temporale. Pertanto, la pretesa potrà essere fatta valere anche qualora la ricaduta o le conseguenze tardive appaiono, per la prima volta, dieci o vent'anni dopo l'infortunio assicurato, e ciò indipendentemente dal fatto che, a quel momento, l'interessato sia o meno ancora assicurato. Rilevante è soltanto l'esistenza di un nesso di causalità (cfr. STFA U 122/00 del 31 luglio 2001). Nella sentenza pubblicata in RAMI 1994 U 206, p. 326ss., il TFA ha precisato che, trattandosi di una ricaduta, la responsabilità dell'assicuratore infortuni non può essere ammessa soltanto sulla base del nesso di causalità naturale riconosciuto in occasione del caso iniziale. Spetta piuttosto a colui che rivendica le prestazioni dimostrare l'esistenza di una relazione di causalità naturale fra i "nuovi disturbi" e l'infortunio assicurato. Soltanto qualora il nesso di causalità è provato secondo il criterio della verosimiglianza preponderante, può essere riconosciuto un ulteriore obbligo prestativo a carico dell'assicuratore-infortuni. In assenza di prove, la decisione sarà sfavorevole all'assicurato, il quale intendeva derivare diritti da un nesso di causalità naturale rimasto indimostrato.

2.7. Dalla documentazione agli atti si evince che l'artro-risonanza della spalla destra dell'assicurato effettuata il 30 maggio 2005 ha riscontrato esiti di lussazione dell'omero con alterazioni del tipo Hill-Sachs nelle porzioni superiori dorso laterali della testa omerale, minime irregolarità delle porzioni inferiori del labbro glenoideo anteriormente, senza comunque evidenti lesioni significative in particolare del tipo SLAP. Sono stati, inoltre, messi in luce segni di tendinopatia del sovraspinoso con irregolarità del tendine soprattutto nelle porzioni inferiori, con iniziale assottigliamento dello spazio sottoacromiale e soprattutto ipertrofia delle articolazioni acromio-claveari, possibile fonte di attrito. Non erano evidenti lesioni post-traumatiche di significato attuale o lesioni del capo lungo del bicipite o sottoscapolare (cfr. Fascicolo atti 6 doc. 27). Il Dr. med. _____, chirurgia ortopedica e ortopedia, che già aveva visitato l'assicurato nel 2005, il 23 maggio 2008 l'ha nuovamente esaminato. A livello della spalla destra il medico ha diagnosticato un'instabilità ventrale e impingement sotto-acromiale. Inoltre egli ha attestato che: "(...) Clinicamente ho trovato una funzione completa della spalla destra per quanto concerne la mobilità, con una flessione/elevazione di 160°, una rotazione esterno/interno in 90° di abduzione di 80-0-80, una presa grembiule fino a L1. Dolorante la parte ventrale, vi sono segni d'instabilità ventrale con un'insufficienza del sottoscapolare, inoltre segni di impingement del sovraspinato sotto-acromialmente. (...)” (Fascicolo atti 6 doc. 75) Il 30 maggio 2008, come auspicato dal Dr. med. _____, è stata eseguita una nuova artro-RM della spalla destra, la quale ha posto in luce quanto segue: "(...) Vi sono alterazioni degenerative ipertrofiche dell'articolazione acromio-clavicolare con raccolta di liquido nella borsa sottodeltoidea e importanti lesioni in parte transmurali all'altezza dell'inserzione del tendine muscolo sovraspinato. Tendine muscolo infraspinato integro, ma fessure parziali anche nel tendine muscolo sottoscapolare in vicinanza dell'intervallo. Capite lungo bicipite regolare. Fessura dello SLAP di primo grado e stacco del labbro tra le ore 12 e 2 e tra le ore 4 e 6. CONCLUSIONI Artrosi acromio-clavicolare con impingement

e borsite sotto-deltaidea. Fessure transmurali nel tendine muscolo sovraspinato e parziali nel tendine muscolo sottoscapolare. Fessura dello SLAP di primo grado e stacco del labbro tra le ore 12 e 2 e tra le ore 4 e 6.” (Fascicolo atti 6 doc. 81) Il 17 settembre 2008 il Dr. med. _____, dopo aver posto la diagnosi di distacco ventrale del labbro, lesione del sovra e sottoscapolare, ha indicato che la sintomatologia denunciata dal paziente si protraeva nel tempo e risultava ingravescente qualora affrontasse dei minimi sforzi. Egli ha confermato l’indicazione chirurgica con artroscopia, fissazione del labbro e ricostruzione della cuffia dei rotatori (cfr. Fascicolo atti 6 doc. 83). Il Dr. med. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e medico _____, il 30 settembre 2008, ha dichiarato che: " (...) Ora l’assicurato lamenta un peggioramento dei dolori alla spalla destra, è stata effettuata una nuova RM e questa mostra una progressione dell’attrito sotto-acromiale. Inoltre la nuova RM mostrerebbe lesioni del labbro, questa non erano però presenti in occasione dell’artro-RM effettuata nel 2005. Da questo fatto risulta chiaramente che le lesioni attualmente riscontrate a livello della RM non possono essere di origine post-traumatica infatti vi è una progressiva degenerazione dei tendini della cuffia dovuta alla sindrome d’attrito sotto-acromiale, le lesioni del labbro non erano presenti nel 2005 e quindi non possono essere messe in relazione con l’infortunio del 2004. Se la lesione del labbro glenoidale fosse conseguenza dell’infortunio del 2004, allora questa sarebbe già stata ben visibile nell’artro-RM effettuata nel 2005 (esame di prima scelta per diagnosticare le lesioni del labbro glenoidale). In assenza di nuovi infortuni possiamo dunque stabilire che l’unica lesione di tipo post-traumatico è appunto la lesione di tipo Hill Sachs visualizzata all’omero, ora si propone invece un’artroscopia per degenerazione della cuffia su sindrome da impingement e lesione del labbro che non sono di origine post-traumatica. (...)” (Fascicolo atti 6 doc. 86) Dalla certificazione del 7 novembre 2008 del Dr. med. _____, chirurgia ortopedica e ortopedia, emerge che: " (...) Dal lato clinico il paziente, da quando lo conosco, ha presentato una sintomatologia ingravescente alla gleno omerale. Alla luce dell’ultima indagine eseguita, possiamo mettere in evidenza le due problematiche presenti nella spalla; la prima di natura “malattia” riguardante il conflitto sottoacromiale e la degenerazione acromioclavicolare con la tendinopatia della cuffia dei rotatori. La seconda di origine post-infortunistica chiara, quale la lesione Hill Sachs con la rottura del labbro anteriore, con successivo sviluppo d’instabilità unidirezionale della gleno omerale. Questa lesione si è resa evidente all’indagine MRI effettuata il mese di giugno 2008. Nell’artro MRI effettuata nel 2005 si parlava di “minime irregolarità delle porzioni inferiori del labbro glenoideo anteriormente, senza comunque evidenti lesioni significative”; in questo caso si può affermare che è probabile un falso negativo dell’indagine. La clinica attuale risulta decisamente più chiara rispetto alle valutazioni precedenti, il paziente soffre dal lato clinico per la presenza, da una parte, dell’impingement e quindi conflitto sottoacromiale, dall’altra parte, motivo quindi dell’indicazione terapeutica cruenta, dell’instabilità anteriore determinata dalla rottura del labbro anteriore glenoideo. Ritengo quindi che l’indicazione terapeutica sia effettuata in base a una sequela post-infortunistica, perché ha lo scopo principale di reinserire il labbro glenoideo anteriore. Chiaramente si deve, nella stessa seduta operatoria, intervenire anche a livello del conflitto sottoacromiale per effettuare un trattamento completo.” (Doc. B) Il Dr. med. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia dell’apparato locomotore, e il Dr. med. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica, della Divisione _____ dell’CO 1, il 24 dicembre 2008, dopo aver proceduto all’anamnesi dell’assicurato, aver analizzato gli esami radiologici e gli studi per immagini e aver discusso in generale sull’anatomia della

spalla, formulando delle considerazioni sulla lussazione della spalla, nonché sulle lesioni del labbro senza lussazione, hanno espresso le seguenti osservazioni in merito al caso del ricorrente: " (...) Pur in assenza di documentazione radiologica corrispondente, non ci sono grandi dubbi che il signor RI 1 abbia presentato, visto la presenza di una lesione di Hill-Sachs, una lussazione gleno-omeroale antero-inferiore destra in conseguenza dell'infortunio del 19.4.1970. E' poi più che probabile che questa lussazione abbia provocato nello stesso tempo una lesione del labbro glenoideo in sede antero-inferiore. Bisogna tuttavia considerare che tale lesione non è mai stata correlata con dei disturbi clinicamente rilevanti poiché il paziente non ha presentato altri episodi di lussazione e perché non è mai stato ritenuto clinicamente e in modo chiaro la presenza di un'instabilità antero-inferiore. Come abbiamo visto, una lesione labbrale, se non accompagnata da altre lesioni, non è sufficiente per provocare un'instabilità anteriore della spalla destra.

Consideriamo ora l'argomentazione del dottor _____ nel valutare la problematica del signor RI 1. Egli afferma, nella sua relazione del 07 novembre 2008, che la lesione labbrale visibile sull'artro-IRM del 30 maggio 2008 è di natura post-traumatica e che la stessa era già presente nel 2005, nonostante non fosse stata evidenziata sull'artro-IRM allora praticata. Ritiene poi che tale lesione sia principalmente a origine dei disturbi alla spalla destra lamentati dal paziente. Questo ci porta a una chiara contraddizione intrinseca. In effetti, se si considera che la lesione fosse già presente nel 2005, bisogna pur aspettarsi a quel punto che la clinica di allora fosse stata anche compatibile con tale diagnosi. Invece, nel 2005 e nel 2006, mentre la lesione labbrale e l'instabilità erano comunque evocate come diagnosi, in dispetto dell'esito dell'artro-IRM, né il dottor _____, né il dottor _____ né soprattutto il professor _____, sommità internazionale riconosciuta per le patologie della spalla, hanno considerato all'epoca che i disturbi lamentati dal paziente fossero da collegare primo passo a tali patologie. Se la causa dei disturbi fosse l'instabilità e che la stessa risultasse da un evento traumatico, avremmo allora dovuto evidenziare nel decorso anamnestico uno scompensamento post-traumatico notevole e un'evoluzione con persistenza delle turbe o miglioramento progressivo, come di norma nelle affezioni traumatiche. Tale non è però il caso del signor RI 1 che presenta da anni una sintomatologia lentamente ingravescente, mai scompensata in modo chiaro e duraturo da eventi traumatici, ciò che corrisponde piuttosto alla storia di un'affezione di tipo degenerativo. Se la lesione labbrale, a luce degli esami complementari, è senz'altro esistente, essa non è chiaramente da considerare come la causa principale dei disturbi, in assenza di reperto clinico convincente. Ricordiamo che la lesione labbrale antero-inferiore, che possiamo considerare come esito di lussazione, era già visibile sull'esame IRM del 1995. L'assenza di clinica corrispondente per anni deve far considerare che tale lesione non è comunque legata a un'instabilità e quindi non richiede cure specifiche, in accordo con i lavori di D. Kohn. Per quello che riguarda la lesione labbrale antero-superiore, sicuramente già presente nel 2005, l'aspetto e la localizzazione nonché l'assenza d'anamnesi traumatica corrispondente evocano per prima un'origine degenerativa. Come già spiegato nelle pagine 5 e 6 di questo rapporto, ricordo che certe tecniche d'acquisizione di immagine tramite IRM permettono d'ottenere uno spessore d'immagine millimetrico con tuttavia relativa perdita di risoluzione. L'esame del 2008, al contrario di quello del 2005, comporta questo tipo di sequenza e la conseguente moltiplicazione delle immagini per una stessa zona esplorata permette di visualizzare meglio e più volte le lesioni labbrali. Tuttavia il paragone tra immagini corrispondenti dei due esami non evidenzia differenze notevoli nella localizzazione e nell'aspetto delle lesioni del labbro. E' quindi inesatto affermare che l'esame del 2005 non mostrava la lesione

labbrale (falso negativo) ma bisogna piuttosto segnalare un'interpretazione iniziale incompleta, interpretazione facilitata in un secondo tempo dalla visualizzazione dell'esame del 2008 in paragone. Si può dunque considerare che tra il 2005 e il 2008, le lesioni labbrali sono rimaste uguali, mentre vi è una chiara progressione dell'attrito sotto-acromiale con tendinosi e inserzionite del muscolo soprascapolare. Nella circostanza e considerando anche i forti dubbi emessi da parte del Prof. _____, trovo perlomeno audace considerare che la riparazione del labbro glenoideo della spalla destra del signor RI 1 possa influire in modo decisivo sui problemi attuali. Ritengo finalmente che l'affermazione del dottor _____ secondo la quale l'instabilità antero-inferiore è all'origine del conflitto sotto-acromiale sia più che discutibile. In effetti se tutte due le circostanze possono portare a un'artrosi della spalla, il tipo di artrosi secondaria a una lesione della cuffia è diverso da quello conseguente a un'instabilità e non esiste quindi dal punto di vista scientifico una correlazione causale chiara tra le due affezioni. Conclusioni E' indubbio che il signor RI 1 abbia presentato il 19 aprile 1970 una lussazione ascellare della spalla destra con probabile lesione labbrale antero-inferiore, senza sviluppare in seguito un'instabilità clinicamente rilevante. E' alquanto chiaro che il signor RI 1 presenti turbe degenerative progressive della spalla destra, compatibili con la sintomatologia constatata. Non esistono nella spalla destra del signor RI 1 lesioni traumatiche richiedendo una cura chirurgica specifica." (Doc. VIIbis) Il 6 febbraio 2009 il Dr. med. _____, riguardo al rapporto appena citato, ha affermato che: " (...) Ritengo corretta l'affermazione effettuata riguardo le indagini eseguite concernenti la diagnostica del labbro glenoideo, dove quindi si conferma la presenza della lesione generata nel 2005. La problematica che fa scaturire la decisione finale enunciata dai due colleghi, riguarda il dubbio di un eventuale intervento sul labbro glenoideo. La constatazione finale porta alla conclusione che se vi è un'instabilità non risulta la causa preponderante della sofferenza attuale del paziente, che viene maggiormente attribuita alla presenza del conflitto sottoacromiale doloroso. Questo è risultato un punto controverso e sempre messo in dubbio nelle mie valutazioni precedenti, chiarito comunque già nella valutazione del Dr. _____ nella lettera al medico curante in data 23.05.2008 (diagnosi: instabilità ventrale spalla destra, impingement sotto-acromiale spalla destra, stato dopo traumatizzazione gomito destro, con sospetto di lesione muscolare degli estensori). Quindi non ho necessità di difendere il mio parere in quanto anche i colleghi hanno riconosciuto la natura post-traumatica del distacco del labbro, ma non ritengono che questa sia la causa principale della sofferenza della spalla del signor RI 1. Da parte mia ho già spiegato al paziente che nel caso di un intervento verrebbe fissato sia il labbro anteriore ma, durante l'artroscopia, verrebbe eseguita anche la decompressione ed acromioplastica per la problematica del conflitto sottoacromiale. Quindi la problematica della spalla del Sig. RI 1 risulta a mio modo di vedere multifattoriale, si tratta ora di capire se veramente il fattore predominante quindi clinicamente più rilevante risulta l'instabilità o il processo degenerativo sottoacromiale; per questo motivo consiglieri una perizia finale e definitiva da parte di uno specialista in chirurgia ortopedica neutro." (Doc. C) Dall'ulteriore apprezzamento medico del 2 marzo 2009 del Dr. med. _____ si evince, infine, che: " (...) se ho considerato la possibilità di una lesione labbrale d'origine traumatica dal signor RI 1, sono stato chiaro sul fatto che essa non poteva essere che conseguenza del traumatismo lussativo del 19 aprile 1970 e che, allo stesso tempo, tale lesione non era mai stata correlata con una clinica d'instabilità per oltre 30 anni, ciò nonostante valutazioni mediche specialistiche ripetute. Nello stesso senso, ho ricordato che i traumi successivi non avevano, secondo i reperti medici a disposizione, modificato in modo durevole e specifico

la sintomatologia lentamente ingravescente alla spalla destra del signor RI 1, in un contesto di chiare lesioni degenerative evolutive. Al di là della controversia attuale sulla presenza di un'instabilità anteriore della spalla destra del signor RI 1, rammento quindi che non si può stabilire un nesso di causalità naturale tra la sintomatologia presentata ora dal paziente e i suoi antecedenti traumatici. Che il signor RI 1 presenti o meno un'instabilità o che l'intervento proposto sia indicato o no, non influisce su questo fatto e quindi, qualsiasi la clinica considerata o l'intervento proposto, la responsabilità della CO 1 non può essere ingaggiata. Rimango dunque fermo sulle mie conclusioni, dichiarando che non esistono nella spalla destra del signor RI 1 lesioni traumatiche o post-traumatiche necessitose di cura chirurgica specifica. Dal punto di vista assicurativo, ritengo che la problematica sia stata chiarita in modo definitivo e conclusivo da parte nostra, e non vedo quindi l'indicazione a una perizia neutra. Siccome però il dottor _____ considera che il nostro disaccordo stia soprattutto sulla ripercussione clinica della lesione labbrale (d'origine post-traumatica e degenerativa), vorrei ricordare che, con le stesse identiche lesioni del labbro nel 2005 e nel 2008, ma con interpretazione diversa da parte del radiologo (per motivi tecnici che ho chiaramente esposto nella mi prima presa di posizione), il dottor _____ (n.d.r.: con rapporto del febbraio 2007; cfr. STCA 35.2007.2 del 24 maggio 2007 consid. 2.7., 2.9.), si è prima schierato con l'avviso del professor _____ (n.d.r.: del 9 maggio 2006 cfr. Fascicolo atti 6 doc. 58) che non trovava un'instabilità per poi considerare in primo piano l'instabilità come origine dei disturbi del signor RI 1. Nel contesto si deve pensare sia che l'instabilità della spalla è sfuggita all'attenzione del professor _____ durante la sua valutazione, sia che il dottor _____ è stato influenzato dall'esito della seconda IRM nella sua interpretazione clinica del caso. Poiché il professor _____ ha specificamente ricercato e non evidenziato un'instabilità, avrei tendenza a considerare come probabile la seconda soluzione.” (Doc. 95) 2.8. Secondo la giurisprudenza, il giudice delle assicurazioni sociali è tenuto a vagliare oggettivamente tutti i mezzi di prova, a prescindere dalla loro provenienza, ed a decidere se la documentazione a disposizione permette di rendere un giudizio corretto sull'oggetto della lite. Qualora i referti medici fossero contraddittori fra loro, non gli è consentito di liquidare il caso senza valutare l'insieme delle prove e senza indicare le ragioni per le quali si fonda su un parere piuttosto che su un altro (DTF 125 V 352). Determinante è, del resto, che il rapporto 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. 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). Agli atti figurano, da un canto, i referti del dott. _____, medico-specialista che ha avuto in sua cura RI 1 e, d'altro canto, i rapporti del medico _____, Dr. med. _____, e dei sanitari della Divisione _____ dell'CO 1, e meglio dei Dr. med. _____ e _____. Di principio, le loro certificazioni possono essere prese in considerazione nell'ambito di una valutazione globale delle prove. Infatti, come visto, secondo la giurisprudenza federale, per decidere a proposito del valore probante di un mezzo di prova, determinante è il suo contenuto , piuttosto che la sua provenienza. In tale contesto va ricordato 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. STF U 349/06 dell'11 luglio 2007 consid. 6; 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. L'Alta Corte ha, peraltro, 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).

2.9. Chiamato a pronunciarsi, il TCA ritiene che l'opinione espressa dai Dr. med. _____ e _____ risulti più convincente rispetto a quella sostenuta dal Dr. med. _____. Dapprima è utile rilevare che i Dr. med. _____, _____ e _____ sono concordi nel ritenere che la spalla destra dell'insorgente sia affetta da due problematiche distinte: da un lato, impingement sotto-acromiale, dall'altro, lesioni del labbro glenoideo (cfr. consid. 2.7.). Con sentenza 35.2007.2 del 24 maggio 2007 cresciuta in giudicato incontestata, questa Corte ha stabilito che l'impingement sotto-acromiale è di origine degenerativa e non post-traumatica. Ne discende che la progressione dell'attrito sotto-acromiale posto in luce dall'artro-RM del giugno 2008 è anch'esso di origine degenerativa e non post-infortunistica. La causa degenerativa di questa affezione è stata del resto riconosciuta anche dal Dr. med. _____ (cfr. doc. B). In relazione alle lesioni del labbro va osservato che la valutazione dei medici della Divisione _____ dell'CO 1 di _____ - secondo cui, da una parte, la lesione labbrale antero-inferiore, pur essendo causata da un sinistro, e meglio da una lussazione riportata in occasione dell'infortunio dell'aprile 1970 che ha comportato anche la lesione Hill Sachs, non è la causa dei disturbi vista l'assenza di clinica per anni, dall'altra, la lesione labbrale antero-superiore per l'aspetto, la localizzazione, e l'assenza di anamnesi traumatica corrispondente risulta di origine degenerativa (cfr. doc. VIIbis, 95) - non contiene contraddizioni e presenta tutti i requisiti posti dalla giurisprudenza affinché possa essere riconosciuto, ad un apprezzamento medico, piena forza probante: in particolare, i sanitari hanno espresso il loro parere in modo chiaro, motivato e convincente, dopo aver proceduto allo studio approfondito del dossier dell'assicurato. L'apprezzamento espresso dai Dr. med. _____ e _____ è stato, del resto, confortato da riferimenti a letteratura medica specialistica (cfr. doc. VII bis), che non sono comunque stati contestati dal medico specialista curante del ricorrente. In merito va, altresì, precisato che la valutazione formulata dai medici della Divisione _____ a _____, i quali hanno considerato che la lesione labbrale antero-inferiore e la lesione labbrale antero-superiore erano già presenti nel 2005 (cfr. doc. VII bis), è in ogni caso più favorevole al ricorrente, rispetto a quella espressa in prima battuta dal Dr. med. _____, secondo cui le lesioni del labbro non risultavano nel 2005 (cfr. Fascicolo atti 6 doc. 86). Relativamente all'opinione dei Dr. med. _____ e _____ secondo cui la lesione labbrale antero-superiore (SLAP

lesion) è di origine degenerativa (cfr. doc. VIIbis), questa Corte evidenzia che le lussazioni riguardano il bordo inferiore della glena e non quello superiore (cfr. www.orthopedie.com). Pertanto la lesione SLAP presentata dall'insorgente non è stata certamente provocata dalla lussazione traumatica subita nel passato. Del resto le instabilità e le SLAP sono condizioni rare. Le rotture sono frequenti negli anziani e non è raro riscontrarle in associazione con una rottura della cuffia dei rotatori (cfr. www.laspalla.org). In casu, giova ribadirlo, l'affezione alla cuffia dei rotatori è di natura extra-traumatica. Questa Corte non ignora che il Dr. med. _____ ritiene che l'instabilità connessa alla rottura del labbro anteriore glenoideo sia la causa determinante dei disturbi e il motivo dell'indicazione di un intervento (cfr.doc. B; C). Il suo parere, però, non è suscettibile di scalfire il valore probatorio delle valutazioni dei medici della Divisione _____ dell'CO 1 a _____. Il Dr. _____, che peraltro segue l'insorgente dal 2004 (cfr. Fascicolo atti 6 doc. 2), non ha, infatti, fornito alcuna motivazione scientifica a sostegno della sua tesi. Egli nemmeno ha preso posizione circa la distinzione puntualizzata dagli specialisti della Divisione _____ dell'CO 1 a _____ tra la lesione nel labbro glenoideo in sede superiore e la lesione nel labbro glenoideo in sede inferiore. Lo specialista curante, al riguardo, ha indicato che l'intervento proposto sarebbe volto alla reinserzione del labbro glenoide anteriore (cfr. doc. B, C), considerando quindi il labbro soltanto nel suo complesso. Il Dr. med. _____, inoltre, dopo le chiare spiegazioni espresse dai Dr. med. _____ e _____, si è limitato a consigliare di esperire una perizia finale da parte di uno specialista in chirurgia ortopedica neutro (cfr. doc. C). A tale proposito va ricordato che ai sensi della giurisprudenza il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento (cfr. consid. 2.8.). E' vero che il Dr. med. _____, nel maggio 2008, ha diagnosticato instabilità ventrale della spalla destra (cfr. Fascicolo atti 6 doc. 75). E' altrettanto vero, tuttavia, che egli ha semplicemente menzionato "segni d'instabilità ventrale" senza indicarne l'entità, ma al contrario associando comunque un'insufficienza del sottoscapolare, oltre a segni di impingement del sovraspinato sotto-acromialmente (cfr. Fascicolo atti 6 doc. 75). In proposito giova rilevare che il Dr. med. _____ aveva in ogni caso attestato segni di instabilità già nel dicembre 2005, benché allora specificò che gli stessi erano "pochi" (cfr. Fascicolo atti 6 doc. 41). Anche dalla STCA 35.2007.2 del 24 maggio 2007 consid. 2.9. risulta che lo stato dopo lussazione della spalla destra non presentava instabilità clinicamente rilevante. Secondo un'affermata giurisprudenza federale, poi, più il tempo trascorso fra l'infortunio e la manifestazione dell'affezione è lungo e più le esigenze riguardanti la prova del legame di causalità naturale devono essere severe (cfr. RAMI 1997 U 275, p. 188ss.; RJJ 1994, p. 46 consid. 1b; STFA U 154/03 del 15 ottobre 2003, consid. 2.3 e U 298/99 del 30 novembre 2000). In concreto, in primo luogo, dalla lussazione dell'aprile 1970 menzionata dai medici della Divisione _____ dell'CO 1 sono trascorsi più di trent'anni. In secondo luogo, dall'ultimo sinistro occorso all'assicurato nel novembre 2004 sono comunque trascorsi, al momento dell'annuncio della ricaduta del giugno 2008, più di tre anni e mezzo. Contestualmente alle asserzioni dei Dr. med. _____ e _____ è, infine, utile ricordare che la nostra Massima Istanza ha ripetutamente deciso che le certificazioni del medico curante - anche se specialista (cfr. STFA U 202/01 del 7 dicembre 2001, consid. 2b/bb) - hanno un valore di prova ridotto, cioè 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.). 2.10. In esito alle considerazioni che precedono, il TCA, senza che si riveli necessario dare seguito a ulteriori provvedimenti probatori, e meglio alla perizia medica giudiziaria richiesta dall'insorgente (cfr. doc. I, XII), non ritiene dimostrato, secondo il grado della verosimiglianza preponderante caratteristico del settore della sicurezza sociale (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 2003, p. 343), un legame causale tra i problemi alla spalla destra annunciati all'CO 1 nel mese di giugno 2008 e uno degli infortuni occorsi all'assicurato nel corso degli anni e assunti dall'assicuratore LAINF resistente. Al riguardo giova osservare 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. STF U 349/06 dell'11 luglio 2007 consid. 6; 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). A ragione, pertanto, l'CO 1 non ha assunto i disturbi lamentati dall'insorgente e notificatigli nel giugno 2008. Ne discende che la decisione su opposizione impugnata deve essere confermata.

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