

TI_GERICHTE 35.2009.70 vom 15. Februar 2010

TI Tribunale d'appello, 2010-02-15, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2009.70

FR: TI_GERICHTE 35.2009.70 du 15 février 2010

IT: TI_GERICHTE 35.2009.70 del 15 febbraio 2010

Regeste

Caduta da impalcatura, lesioni costali al fianco sinistro. Negato nesso causale tra disturbi alla spalla sinistra e l'infortunio. Un'artroscopia ha dimostrato errati gli accertamenti, compiuti dall'assicuratore, alla base della chiusura del caso. Rinvio atti per nuovi accertamenti

Erwägungen

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). 2.4. Dagli atti dell'incarto emerge che l'11 giugno 2007 il datore di lavoro dell'assicurato, la _____, ha annunciato all'CO 1 l'infortunio occorso al proprio dipendente il medesimo giorno, e meglio ha indicato che quest'ultimo era scivolato da un'impalcatura (cfr. doc. 1). Le RX eseguite hanno evidenziato fratture costali (cfr. doc. 6, 12) Nella valutazione medica del 6 agosto 2007, il Dr. med. _____ ha riferito che l'assicurato, il quale in quel periodo non seguiva alcuna particolare terapia, lamentava dolori al fianco sinistro e tensione dei tendini posteriori alla gamba e al ginocchio sinistro. Il fianco sinistro risultava dolente alla pressione latero-laterale ma non alla pressione antero-posteriore del torace. Il dolore era prevalentemente localizzato nella loggia lombare sinistra (cfr. doc. 12). Il 4 settembre 2007 il Dr. _____ ha nuovamente visitato l'assicurato che, in questa occasione, lamentava dolori prevalentemente all'emittoressa sinistra soprattutto nella zona all'incrocio della V e VI costa sulla linea ascellare anteriore. Dolori che si manifestavano soprattutto nella elevazione del braccio (cfr. doc. 14). Dopo aver lavorato il 10 e l'11 settembre ed avere, il giorno successivo, interrotto il lavoro, il 20 settembre 2007 l'assicurato è stato visitato una terza volta dal Dr. _____, lamentando dolori a livello delle coste a sinistra e anche a livello addominale. L'insorgente ha inoltre riferito di una probabile ernia a livello addominale e di difficoltà ad urinare (cfr. doc. 21). Nella sua valutazione del

E. 6

dicembre 2007, il Dr. med. _____ si è così espresso: "[...] Allo stato clinico riscontro unicamente una contrattura del muscolo grande pettorale sinistro con dolore alla palpazione dello stesso, alla trazione o attivazione del muscolo. Al restante stato neurologico il paziente riferisce una ipoestesia diffusa di tutto l'emittoressa sinistra incluso l'arto superiore sinistro, senza distribuzione dermatogena e alla quale è difficile attribuire un significato patologico. Non ho nessun riscontro di una nevralgia di un nervo intercostale o segni di una radicolopatia cervicale o dorsale. A mio avviso comunque la contrattura del muscolo pettorale riscontrata spiega i dolori riferiti dal paziente in questa sede, secondo la

descrizione da parte del paziente dell'accaduto è possibile che vi sia stata effettivamente anche una contusione del muscolo pettorale sinistro con consecutiva contrattura dello stesso, eventualmente anche uno stiramento oppure uno strappo. [...]" (cfr. doc. 40) Nel corso della visita medica circondariale del 30 gennaio 2008, il Dr. _____ si è così espresso: "[...] ha ancora dei dolori se alza il braccio sinistro al di sopra dell'orizzontale. I dolori si manifestano a livello del grande pettorale a sinistra e in parte anche a livello del serratus-anterior. Non assume più medicinali contro i dolori. [...] lievi dolori anche alla palpazione dell'articolazione sterno-clavicolare a sinistra. La mobilità delle braccia è buona però, a sinistra al disopra dell'orizzontale sente tirare sempre in zona del pettorale maggiore. [...] L'assicurato continua con le terapie effettuate sinora che stanno portando a un netto miglioramento della situazione. [...] Tra gli attuali disturbi all'emitorace sinistro e l'infortunio avvenuto, la causalità è data [...]" (cfr. doc. 50) Nel corso della seconda visita medica circondariale, svoltasi il 15 aprile 2008, il Dr. _____ si è così espresso: "[...] Dichiarazioni dell'assicurato I dolori sono sempre gli stessi in più sente un formicolio al braccio. Ora sente dolori anche anteriormente alla spalla in più dolori sterno-costali. Non assume nessun medicamento contro i dolori in quanto questi sarebbero sopportabili, questi si manifestano però anche in parte a riposo senza che faccia alcun movimento particolare. [...] Stato locale [...] Le radiografie eseguite inizialmente non hanno evidenziato con sicurezza fratture costali, in particolare il controllo radiologico del 30.8.2007 non ha evidenziato formazione di callo osseo per cui penso che non si possa parlare di stato da fratture costali a sinistra. L'esame TAC del torace del 18.10.2007 non ha permesso di evidenziare lesioni di tipo post-traumatico. Valutazione Se si considerano poi i certificati medici iniziali all'ospedale di _____ si mette in evidenza un problema alla griglia costale bassa verso l'ipocondrio sinistro e non a livello del muscolo pettorale. Considerata tutta la situazione si può sostenere che si è in presenza di un importante allargamento dei sintomi, anche la situazione clinica valutata il 30.1.2008 è ben diversa da quella valutata in data odierna, rispetto al 30.1.2008 vi è un chiaro allargamento delle zone sintomatiche con aggiunta di nuovi sintomi e quindi si può parlare di allargamento dei sintomi. [...]" (cfr. doc. 65) La RM della parete toracica effettuata l'8 maggio 2008 presso l'Ospedale regionale di _____ ha portato il radiologo PD Dr. med. _____ alle seguenti conclusioni: "Non evidenti alterazioni del segnale a livello del muscolo pettoralis major sinistro o in corrispondenza dell'inserzione a livello dell'omero. Non evidenti masse o collezioni liquide. Non linfadenomegalie ascellari. Presenza di un edema del midollo osseo a livello del tubercolo maggiore, segni di borsite sub-acromio/sub-deltoide e di tendinopatia del sovraspinato." (cfr. doc. 75) Così come confermato dal Dr. med. _____ nel corso della visita medica del 13 maggio 2008: "[...] La risonanza magnetica effettuata l'8.05.2008 non mette in evidenza alterazioni a livello del pettoralis major, nessun segno per lesione della cuffia dei rotatori del bicipite o del deltoide. [...]" (cfr. doc. 73) Il 4 giugno 2008 ha avuto luogo una terza visita medica circondariale. In questa occasione, oltre ai dolori già lamentati in precedenza, l'assicurato ha riferito di dolori in fossa sovra-spinata, al bordo dell'acromion, alla capsula articolare anteriore della spalla e alla clavicola, ed inoltre un'iposensibilità diffusa a tutto l'emitorace sinistro sia anteriormente che lateralmente e anche posteriormente (cfr. doc. 86). L'esame TAC torace e artro-RM sinistra effettuato il 26 giugno 2008 presso l'_____ di _____ ha portato la Dr. med. _____ ad esprimersi come segue: "[...] REFERTO [...] Spalla sinistra: la cuffia dei rotatori presenta nel tendine del sovraspinato un disturbo di segnale con un leggero edema esternamente e un leggero edema della superficie del muscolo e della borsa nell'ambito di

un attrito. Si trova un piccolo sperone sottoacromiale e il legamento acromio-coracoideo ispessito. Non vi è rottura del tendine del sovraspinato e non vi è fuoriuscita di mezzo di contrasto extrarticolare. [...] Modesta dissezione di mezzo di contrasto nel muscolo sottoscapolare durante l'iniezione. CONCLUSIONI Reperto normale per la gabbia toracica. [...] Segni di attrito subacromiale con iniziale degenerazione del tendine sovraspinato ma senza rottura della cuffia. Non vi sono lesioni del labbro. " (cfr. doc. 93) Sulla scorta di dette valutazioni mediche l'CO 1, tramite il Dr. _____, ha indirizzato l'assicurato alla clinica riabilitativa di _____ allo scopo di valutare in via peritale se ci fossero ancora postumi infortunistici oggettivabili (cfr. doc. 101a). RI 1 è stato degente presso detta clinica dal 18 agosto al 17 settembre 2009. Il rapporto d'uscita della clinica di _____, redatto il 23 settembre 2008 dal primario Dr. med. _____, specializzato in riabilitazione orientata al lavoro, e dal medico assistente Dr. med. _____, evidenzia come non sia stato possibile oggettivare alcuna patologia di natura infortunistica. In particolare, i due medici si sono così espressi : " [...] Arbeitsfähigkeit/Zumutbarkeit und Eingliederungsperspektive Infolge Symptomausweitung, mässiger Selbstlimitierung und Inkonsistenz sind die Resultate der physischen Leistungstests für die Beurteilung der zumutbaren Belastbarkeit nur teilweise verwertbar. Es ist davon auszugehen, dass bei gutem Effort eine bessere Leistung erbracht werden könnte, als bei den Leistungstests und im Behandlungsprogramm gezeigt wurde. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lässt sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärung sowie den Diagnosen aus somatischer Sicht nur ungenügend erklären. Die Beurteilung der Zumutbarkeit stützt sich deshalb wesentlich auf medizinisch-theoretische Ueberlegungen, unter Berücksichtigung der Beobachtungen bei den Leistungstests und im Behandlungsprogramm. Eine weitergehende Einschränkung der Belastbarkeit lässt sich medizinisch-theoretisch nicht begründen. [...] Diagnostische Beurteilung [...] In der aktuell durchgeführten radiologischen Kontrolle der Schultergelenke konnten keine degenerativen oder posttraumatischen Veränderungen festgestellt werden. [...] Der Patient ist nach wie vor überzeugt, an einem strukturellen Problem zu leiden. Der Patient nimmt keine Medikamente mehr ein. Insgesamt kann die Beschwerdesymptomatik des Patienten aus somatischer Sicht nicht erklärt werden. [...] Therapeutische Massnahmen und Verlauf [...] Im Austrittstest konnte der Patient infolge verbesserter Motivation deutlich mehr belastet werden als bei Eintritt. Funktionelle Limite waren dabei nicht ersichtlich. Ebenso zeigten sich Inkonsistenzen in den Handkoordinationstests, wobei verminderter Effort ersichtlich war. [...] " (cfr. doc. 117) A seguito della chiusura del casbelgrado da parte dell'assicuratore, l'insorgente è stato visitato il 4 novembre 2008 dal Dr. med. _____ del l'Istituto _____ di _____, il quale ha rilevato una lesione del sovraspinato sinistro e dell'intervallo rotativo anteriore. Secondo il medico _____, sarebbe indispensabile una cura operativa della spalla sinistra (cfr. doc. III all. F). L'assicurato è stato poi visitato il 12 gennaio 2009 dal primario Dr. med. _____ della clinica _____ di _____. Anche questo specialista ha ritenuto indispensabile un intervento chirurgico alla spalla sinistra (cfr. doc. 138, 142). Questo parere è stato confermato un mese dopo, in occasione di una seconda visita presso la clinica _____, stavolta ad opera del primario Dr. med. _____ (cfr. doc. 145). I due sanitari della _____ hanno operato RI 1 alla spalla sinistra il 5 marzo 2009 (cfr. doc. 149, 150) ed hanno rilevato: " [...] Der Pat. Erlitt am 11.6.07 einen Autounfall [...] Seither ebenfalls Schmerzen in der linken Schulter. Vorgängig nie Schulterschmerzen. [...] " (cfr. doc. 142) "

[...] Diagnose Rotatorenmanschettenpartiälläsion (Supraspinatus, evt. Subscapularis-Oberrand), subacromiales Impingement und Bicepstendinopathie Schulter links bei St. n. Autounfall am 11.6.07 [...] " (cfr. doc. 145) " [...] Indikation: Autounfall am 11.6.07 mit verschiedenen Prellungen und seither persistierenden Schulterschmerzen links. Vor dem Unfall schmerzfreie linke Schulter . [...] " (cfr. doc. 149) Peraltro, nemmeno l'intervento chirurgico del 5 marzo 2009 sembra aver portato ad un miglioramento dello stato di salute dell'assicurato, il quale, nel corso della visita medica eseguita dal Dr. _____ il 7 maggio 2009 sempre presso la clinica _____, lamentava persistenti dolori in tutta la zona della spalla sinistra. Tali dolori persisterebbero sia a riposo che di notte e si intensificherebbero col movimento. Sulla valutazione il Dr. _____ si è così espresso: " [...] Beurteilung und Procedere Bei starker Bewegungseinschränkung sowie persistierenden Schmerzen scheint der Patient eine postoperative Schultersteife zu entwickeln. Aufgrund der Anschlagzuckung im Bereich des Musculus deltoideus ist eine Plexusüberdehnung sowie eine Nervus axillaris-Läsion nicht auszuschliessen. [...] " (cfr. doc. 161) In sede ricorsuale, il Dr. _____ ha preso parzialmente posizione in merito ai precedenti apprezzamenti medici riguardanti l'assicurato, prendendo spunto dalla valutazione del Dr. _____ del 21 aprile 2009. Inoltre, il Dr. _____ si è così espresso : " [...] ein Autounfall hat meines Wissens nie stattgefunden, es handelt sich um einen Arbeitsunfall. [...] [...] Schliesslich möchte ich noch auf Ihre Frage eingehen, ob die mit der Schulterläsion in Zusammenhang bestehenden Beschwerden auch zu einem späteren Zeitpunkt auftreten können. Ich bin der Meinung, dass diese Schmerzen schon direkt nach dem Trauma vorhanden waren, sie werden ja [...] in der ventralen Axillarlinie lokalisiert, womöglich aber durch die Schmerzen von den Rippenfrakturen ausgehend kaschiert waren. [...] " (cfr. doc. III all. E) 2.5. Secondo la giurisprudenza, il giudice delle assicurazioni sociali è tenuto a vagliare oggettivamente tutti i mezzi di prova, a prescindere dalla loro provenienza, e 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). 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 stabilito 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 riguarda le perizie allestite da specialisti esterni all'amministrazione , il TFA ha pure loro riconosciuto pieno

valore probante, fintantoché non vi sono degli indizi concreti che facciano dubitare della loro attendibilità (cfr. STFA U 168/02 del 10 luglio 2003; DTF 125 V 353, consid. 3b/bb). In una recente sentenza 8C_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in SVR 2010 UV Nr. 6, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, neppure il più lieve, a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti: " [...] 4.4 Auch wenn die Rechtsprechung den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen stets Beweiswert zuerkannt hat, so ist doch zu betonen, dass ihnen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft wie einem gerichtlichen oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten zukommt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352 ff.; 122 V 157 E. 1c S. 160 ff.). So hat die Rechtsprechung bezüglich Gerichtsgutachten ausgeführt, das Gericht weiche "nicht ohne zwingende Gründe" von den Einschätzungen des medizinischen Experten ab (BGE 125 V 351 E. 3b/aa S. 352 f.). Auch der EGMR hat diesbezüglich erwogen, der Meinung eines von einem Gericht ernannten Experten komme bei der Beweiswürdigung vermutungsweise hohes Gewicht zu (Urteile Sara Lind Eggertsdóttir gegen Island vom 5. Juli 2007, 31930/04, § 44 und Shulepova gegen Russland vom 11. März 2009, 34449/03, § 62). Hinsichtlich von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden, Gutachten externer Spezialärzte wurde festgehalten, das Gericht dürfe diesen Gutachten vollen Beweiswert zuerkennen, solange "nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit" der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353 mit weiteren Hinweisen). Zur Frage der Berichte und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen wurde der Grundsatz betont, wonach ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen lässt (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 ff.). Auch aus Art. 6 Abs. 1 EMRK folgt nicht, dass solche Stellungnahmen in jedem Fall unbeachtlich wären (erwähntes Urteil des EGMR Sara Lind Eggertsdóttir gegen Island vom 5. Juli 2007, 31930/04, § 51). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162 f.). 4.5 Aus dem Grundsatz der Waffengleichheit folgt das Recht der versicherten Person, mittels eigener Beweismittel die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen in Zweifel zu ziehen. Diese von der versicherten Person eingereichten Beweismittel stammen regelmässig von behandelnden Ärztinnen und Ärzten oder von anderen medizinischen Fachpersonen, die in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person stehen. Da sich die behandelnden Ärztinnen und Ärzte zudem in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben, verfolgen deren Berichte nicht den Zweck einer den abschliessenden Entscheid über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und erfüllen deshalb kaum je die materiellen Anforderungen an ein Gutachten gemäss BGE 125 V 351 E. 3a S. 352. Aus

diesen Gründen und aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3a/cc S. 353 mit weiteren Hinweisen), wird im Streitfall eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte denn auch kaum je in Frage kommen. 4.6 Diese Erfahrungstatsache befreit das Gericht indessen nicht von seiner Pflicht zu einer korrekten Beweiswürdigung, bei der auch die von der versicherten Person aufgelegten Berichte mitzubersichtigen sind. Diese sind daraufhin zu prüfen, ob sie auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Feststellungen versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte wecken. Es würde einen Verstoss gegen die Waffengleichheit und somit eine Verletzung von Art. 6 Abs. 1 EMRK bedeuten, die Eignung der Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte zur Weckung derartiger Zweifel von letztlich unerfüllbaren Anforderungen abhängig zu machen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt deshalb der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Ebenfalls kann nicht bloss darauf verwiesen werden, diese Berichte erfüllten die Anforderungen an Gutachten gemäss BGE 125 V 351 E. 3a S. 352 nicht oder nur unvollständig. Damit die versicherte Person eine vernünftige Chance hat, ihre Sache dem Gericht zu unterbreiten, ohne gegenüber dem Versicherungsträger klar benachteiligt zu sein (E. 4.3.1 in fine), darf bei Bestand solcher Zweifel nicht aufgrund der von der versicherten Person aufgelegten Berichte einerseits und den versicherungsinternen medizinischen Berichten andererseits eine abschliessende Beweiswürdigung vorgenommen werden. Um solche Zweifel auszuräumen, wird das Gericht vielmehr entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (E. 4.4 in fine). " (si veda pure la STF 8C_859/2009 dell'11 novembre 2009, consid. 4). 2.6. Nella presente fattispecie la decisione su opposizione dell'assicuratore LAINF si basa sostanzialmente sull'apprezzamento medico redatto il 21 aprile 2009 dal Dr. _____. Secondo il medico _____ è inequivocabile che all'ospedale di _____, dunque alla prima visita, l'assicurato ha lamentato dolori a livello costale basso con abrasioni cutanee e siano state diagnosticate fratture delle ultime costole. I dolori all'emicostato sinistro lungo la linea ascellare anteriore lamentati, soprattutto durante l'elevazione del braccio, da RI 1 durante la visita del 4 settembre 2007 ad opera del Dr. _____, andrebbero considerati come il primo cambiamento dei sintomi. Secondo il medico _____ sarebbe inoltre indubbio che, citiamo, "la prima manifestazione di una possibile patologia della spalla è documentata in modo chiaro in occasione della visita del 4.6.2008, forse largheggiando si potrebbe già valutare qualcosa di simile in occasione della visita del 15.4.2008", ovvero a dieci mesi di distanza dall'evento infortunistico in questione (cfr. doc. 159). Il comportamento dell'assicurato volto ad un allargamento dei sintomi è inoltre confermato dai sanitari della clinica riabilitativa di _____. Nel suo rapporto del 13 maggio 2008 il Dr. _____ ha attestato di non avere una chiara spiegazione ai dolori all'emicostato sinistro dell'assicurato, ma di ritenere possibile il persistere di fenomeni di ipersensibilità della parete toracica dopo un'importante contusione come quella di cui l'assicurato è stato vittima nel giugno 2007 (cfr. doc. 73). Nel referto medico del Dr. _____ dell'8 maggio 2008 è descritta, tra l'altro, "l'assenza di un osso acromiale e la presenza di discrete alterazioni dell'articolazione acromio-claveare con presenza di liquido nella borsa sub-acromiale e sub-deltaidea. Segni di tendinopatia del sovraspinato in quanto

valutabile senza chiari segni per una rottura trasmurale” (cfr. doc. 75). Dette anomalie alla spalla sinistra trovano riscontro anche nel rapporto della Dr. _____ del 26 giugno 2008 (cfr. doc. 93). La problematica alla spalla sinistra non è stata ulteriormente approfondita durante il soggiorno a _____. I sanitari della clinica riabilitativa si sono limitati a riportare “dolori alla spalla sinistra a dipendenza del movimento” (cfr. doc. 117). Nel suo rapporto del 12 gennaio 2009, il Dr. _____ pone la diagnosi di rottura della cuffia dei rotatori a sinistra (rottura parziale del sovraspinato, impingement subacromiale) (cfr. doc. 142). La diagnosi posta il 12 febbraio 2009 dal Dr. _____ contempla invece l’eventualità di una lesione al sottoscapolare (cfr. doc. 145). Diagnosi poi confermata nel rapporto operatorio del 5 marzo 2009: " Diagnose: Rotatorenmanschetten-Ruptur (kraniales 1/3 Subscapularissehne), [...] Technisches Vorgehen: [...] Intraartikuläre Inspektion: [...] Komplette Ruptur des kranialen 1/3 der Subscapularissehne. Die Supraspinatus- sowie die Infraspinatussehne ist intakt. [...] " (cfr. doc. 149) Nel suo scritto del 23 giugno 2009 il Dr. _____ ha affermato che: " [...] In der Erstkonsultation vom 4.9.2007 durch Dr. _____ werden Schmerzen in der anterioren Axillarlinie beschrieben. Schmerzen, die durch eine Subscapularisruptur verursacht sind, können sich effektiv auf das ventrale Schulterrelief projizieren. Wie bereits im Sprechstundenbericht vom 3.6.2009 erwähnt sind Subscapularisläsionen meist dramatisch bedingt. Die erwähnte Schulterläsion ist mit dem vom Patienten geschilderten Unfallhergang kompatibel. Weiter erwähnte Dr. _____ das Arthro-MRI vom 4.2.2009, wo nicht direkt von einer Subscapularissehnenruptur sondern von einer Tendinopathie der Subscapularissehne gesprochen wird. Hierzu ist anzufügen, dass Oberrandläsionen im Arthro-MRI oft schwer zu diagnostizieren sind. Die Arthroskopie vom 5.3.2009 zeigt aber eine eindeutige Ablösung der Subscapularissehne und zwar im Bereich des kranialen Drittels. [...] " (cfr. doc. III all. E) Dall’insieme dei documenti medici agli atti emerge quindi che i sintomi di dolore lamentati dall’assicurato nel sollevare il braccio sinistro oltre la spalla sono stati in un primo tempo sottovalutati, mentre che poi, sulla scorta degli esami radiologici (cfr. doc. 75, 93), detti sintomi hanno portato a diagnosi che, a seguito dell’intervento di artroscopia del 5 marzo 2009, si sono rivelate errate. Infatti il problema alla spalla sinistra dell’assicurato è stato infine localizzato al tendine del sottoscapolare, invece che al sovraspinato rivelatosi intatto. Inoltre, il Dr. _____ ha sottolineato che le lesioni al sottoscapolare sono spesso dovute ad infortunio e la lesione riportata dall’assicurato è compatibile con l’infortunio del giugno 2007. Ora questo aspetto non è stato verificato e approfondito dall’CO 1. Per questi motivi, gli argomenti addotti alla decisione su opposizione del 12 maggio 2009 non appaiono sufficientemente convincenti, anche che alla luce della sentenza federale citata al consid. 2.5 in fine. Senza delle ulteriori indagini specialistiche non è infatti possibile né escludere, né ammettere che la patologia alla spalla sinistra sia ancora in relazione di causalità naturale e adeguata con il sinistro del giugno 2007. 2.7. Secondo la giurisprudenza federale, il giudice cantonale che considera che i fatti non sono stati sufficientemente chiariti ha, di principio, la scelta fra due soluzioni: o rinviare la causa all'assicuratore per un complemento istruttorio o procedere personalmente a tale complemento. Un rinvio all'assicuratore non viola né il principio della semplicità e della rapidità della procedura né il principio inquisitorio. In una sentenza pubblicata in RAMI 1993 U 170, p. 136ss., il TFA ha comunque stabilito che un simile rinvio può costituire un diniego di giustizia, in particolare quando una semplice perizia giudiziaria o una misura di istruzione puntuale basterebbe a chiarire un fatto. In proposito cfr. pure STF I 327/06 del 17 aprile 2007 consid. 5. Tale giurisprudenza è stata criticata dalla dottrina. In particolare, da G. Aubert, nella nota

pubblicata in SJ 1993, p. 560. L'autore ha centrato la sua critica sull'art. 47 LAINF che pone il principio secondo cui è compito dell'assicuratore accertare d'ufficio i fatti, se necessario disponendo delle perizie mediche (Ghélew/Ramelet/Ritter, op. cit., p. 176). Il risultato della giurisprudenza citata è - secondo l'autore - quello di ribaltare tale onere sui tribunali e, visto il principio della gratuità della procedura, di porre a carico dello Stato - a meno che una parte abbia agito temerariamente o per leggerezza - costi che, invece, incombono agli assicuratori. Nemmeno l'argomento fondato sulla rapidità della procedura convince G. Aubert: da una parte, non occorre più tempo all'assicuratore che al giudice per ordinare una perizia e, d'altra parte, la stessa giurisprudenza federale rischia di diventare fonte di ritardi poiché, grazie ad essa, l'assicuratore può essere tentato di rifiutare di ordinare delle perizie lasciando tale onere ai Tribunali (e, quindi, allo Stato). Lo scrivente TCA non può che condividere tali critiche. In una sentenza del 17 novembre 2000 nella causa C., C 206/00, pubblicata in DLA 2001, p. 196s., la nostra Corte federale ha ricordato - facendo riferimento ad una sua pronuncia apparsa in RAMI 1986 K 665, p. 87 - che il rinvio all'amministrazione appare generalmente giustificato se essa ha constatato i fatti in maniera sommaria, ritenendo che, in caso di ricorso, il tribunale li avrebbe comunque puntualmente accertati. Nell'evenienza concreta ci si trova confrontati ad un accertamento sommario dei fatti. L'assicuratore LAINF, nell'ambito della presente procedura, pur avendo a disposizione un rapporto di artroscopia che sconfessava le precedenti diagnosi inerenti alla spalla sinistra dell'assicurato, ha infatti interpellato unicamente il Dr. _____.

L'Istituto assicuratore resistente, perlomeno dopo la lettura del rapporto del Dr. _____, doveva sapere che, senza perlomeno un complemento istruttorio, quanto affermato dal medico _____, il quale aveva fornito delle conclusioni senza disporre dei referti afferenti agli esami per l'accertamento di lesioni alla spalla, non era sufficiente quale prova dell'estinzione del carattere causale. L'CO 1 ha, quindi, violato il disposto di cui all'art. 43 cpv. 1 LPGA (cfr. STF 8C_704/2007 del 9 aprile 2008). Si giustifica, di conseguenza, l'annullamento della decisione su opposizione impugnata e il rinvio degli atti all'assicuratore LAINF resistente perché disponga accertamenti specialistici più approfonditi riguardo alla natura e all'eziologia dei disturbi alla spalla sinistra ancora lamentati dall'assicurato posteriormente al 2 novembre 2008 e, sulla scorta delle relative risultanze, si pronunci nuovamente circa l'estinzione o meno di una relazione di causalità naturale tra detta problematica e l'infortunio del 2007. 2.8. L'assicurato, vincente in causa, rappresentato da un avvocato della RA 1, ha diritto all'importo di fr. 1'500.-- a titolo di ripetibili (cfr. art. 61 lett. g LPGA; 30 Lptca).

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