

TI_GERICHTE 35.2011.3 vom 19. Juli 2011

TI Tribunale d'appello, 2011-07-19, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2011.3

FR: TI_GERICHTE 35.2011.3 du 19 juillet 2011

IT: TI_GERICHTE 35.2011.3 del 19 luglio 2011

Regeste

A ragione assicur. LAINF non ha assunto disturbi annunciatigli nel 2/110 quale ricaduta dell'inf.7/09(incid. con moto,coinvolta spalla dx).Già dubbia l'esist.di una ricad.per il fatto che non sembra si possa parlare di peggioram.dello stato di salute.Va comunque negato nesso causale nat.con inf.7/09

Erwägungen

E. 2

non sono assicurati contro gli infortuni non professionali (cpv. 2). L'art. 13 cpv. 1 OAINF recita che sono assicurati anche contro gli infortuni non professionali i dipendenti occupati a tempo parziale, che lavorano presso un datore di lavoro almeno per otto ore alla settimana. Per i dipendenti occupati a tempo parziale, la cui durata settimanale di lavoro è inferiore a questo minimo, gli infortuni occorsi sul tragitto per recarsi al lavoro e viceversa sono considerati infortuni professionali (cpv. 2). In una sentenza 8C_328/2008 del 24 ottobre 2008 pubblicata in DTF 134 V 412 e in SVR 2009 UV Nr. 14 il Tribunale federale ha deciso che la singola durata di occupazione presso ogni datore di lavoro non può essere addizionata per determinare la durata di lavoro minima richiesta ai fini della copertura degli infortuni non professionali. L'Alta Corte ha anche stabilito che nella misura in cui, nella sua versione francese, agli infortuni professionali assimila soltanto gli infortuni che l'assicurato subisce durante il tragitto dal luogo di domicilio al luogo di lavoro, l'art. 13 cpv. 2 OAINF è conforme alla legge. In concreto l'assicurata, visto che lavorava presso _____ per 12 ore alla settimana (cfr. cosnid. 1.2.), era assicurata anche contro gli infortuni non professionali. 2.4. 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 (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 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. 2.5. Presupposto essenziale per l'erogazione di prestazioni da parte dell'assicurazione contro gli infortuni è 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). 2.6.

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. 2.7

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. Ricadute e conseguenze tardive configurano dei casi particolari di revisione (cfr. DTF 127 V 456 consid. 4b pag. 457; 118 V 293 consid. 2d pag. 297; SVR 2003 UV no. 14 pag. 43 [sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni U 86/02 del 20 marzo 2003] consid. 4.3). Ciò significa che un'eventuale ricaduta o conseguenza tardiva non può dare luogo a un riesame incondizionato. Partendo dalla situazione esistente alla crescita in giudicato del provvedimento originario, l'ammissione di una ricaduta o di conseguenze tardive presuppone una modifica successiva delle circostanze rilevanti per il riconoscimento del diritto invocato. Per contro il diverso apprezzamento di fatti essenzialmente rimasti invariati non costituisce motivo sufficiente per ammettere una ricaduta o delle conseguenze tardive (cfr. STF 8C_603/2009 del 1° febbraio 2010 consid. 4.2.; STF U 34/07 del 4 marzo 2008 consid. 4.3.; RAMI 2003 no. U 487 pag. 341 consid. 2; cfr. pure la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni U 98/05 del 19 luglio 2005, consid. 2.2). 2.8. Dalla documentazione agli atti si evince che il 18 agosto 2009 RI 1 e l'allora datrice di lavoro dell'assicurata hanno annunciato un infortunio occorso all'assicurata il 1° luglio 2009. Dal

relativo formulario emerge che il sinistro è stato così descritto: " Stavo percorrendo con la mia moto la strada in via alla _____ quando un autoveicolo non ha osservato un segnale di precedenza (stop) tagliandomi la strada." (Doc. A4) Sul referto del Pronto Soccorso dell'Ospedale _____ del 2 luglio 2009 è stato specificato che nell'incidente del 1° luglio 2009 l'insorgente ha riportato un trauma alla spalla destra, contraccolpo/stiramento senza caduta della stessa dalla moto. I sanitari hanno, poi, indicato, quale diagnosi, uno stiramento muscolare all'inserzione sulla scapola destra, nonché un'inabilità lavorativa del 100% dal 2 al 6 luglio 2009 e, in un secondo tempo, dal 27 luglio al 15 agosto 2009 (cfr. doc. M1). Il medico curante della ricorrente, Dott. _____, medico chirurgo di _____, ha certificato, il

E. 2.9

La CO 1 non ha riconosciuto la propria responsabilità relativamente alla problematica alla spalla destra annunciata dall'assicurata nel mese di febbraio 2010, poiché, fondandosi sulle valutazioni del proprio medico fiduciario, Dr. med. _____, ha ritenuto che i disturbi accusati alla spalla destra a fare tempo dal 17 febbraio 2010 non siano lesioni in relazione di causalità naturale con l'infortunio del 1° luglio 2009 (cfr. doc. A31; A1). La ricorrente, dal canto suo, sostiene, invece, che tra i problemi alla spalla destra lamentati dal 17 febbraio 2010 e il sinistro del 1° luglio 2009 vi sia un nesso causale (cfr. doc. I). 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. 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. In una sentenza 8C_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465, 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, nemmeno 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. 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). E' infine utile osservare che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va, tuttavia, precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (cfr. STFA I 811/03 del 31 gennaio 2005, consid. 5 in fine; STFA I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV n. 10 pag. 35 consid. 4b). 2.10. In concreto, attentamente esaminati gli atti di causa e tutto ben considerato, questa Corte ritiene che l'esistenza di una ricaduta appaia già dubbia per il fatto che non sembra si possa parlare di un peggioramento dello stato di salute nel mese di febbraio 2010 (cfr. consid. 2.7.). Le dichiarazioni dell'assicurata circa i disturbi accusati e lo stato locale del mese di agosto 2009 sono, infatti, equivalenti a quelli del mese di marzo 2010, fatta eccezione per l'impressione dell'insorgente che la sintomatologia nel marzo 2010 fosse più forte (cfr. doc. M2; M17). Al riguardo va precisato che la manifestazione prevedibile di stati dolorosi recidivanti nell'ambito di una situazione di salute stazionaria non è sussumibile quale ricaduta (cfr. STF U 34/07 del 4 marzo 2008 consid. 8.1.; STFA U 244/04 del 20 maggio 2005, consid. 3.2). Nel caso di specie è vero, però, che nel mese di marzo 2010 è stata eseguita una RM della spalla destra della ricorrente che ha posto in luce la presenza di tendinosi del sovraspinato con abbassamento del segnale da possibile calcificazione nel contesto, lieve tendinosi del sottospinato, tendinosi del sottoscapolare, edema nel ventre muscolare del deltoide nel settore laterale alla testa omerale e borsite sotto-acromion-deltoidea (cfr. doc. A40). La questione dell'esistenza o meno di un peggioramento dello stato di salute della spalla destra dell'assicurata, in casu, può, tuttavia, restare insoluta. In effetti, anche volendo considerare che nel febbraio 2010 è subentrato un peggioramento delle condizioni della spalla destra dell'assicurata, l'esito della vertenza non muterebbe. Un nesso causale naturale tra i disturbi lamentati dal febbraio 2010 e l'infortunio del 1° luglio 2009 deve, in ogni caso, essere negato, come verrà esposto più dettagliatamente nei considerandi seguenti 2.11. Il TCA, per quanto attiene alla relazione di causalità, non ha motivi per scostarsi dal parere espresso dal Dr. med. _____ (cfr. doc. M17), specialista proprio nella materia che qui interessa (chirurgia ortopedica), con un'ampia esperienza professionale nel campo della medicina infortunistica e assicurativa, secondo cui i reperti diffusi di natura non specifica riscontrati alla spalla destra dell'assicurata risultano essere con il grado della probabilità preponderante estranei all'evento del 1° luglio 2009. In proposito occorre considerare 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 8C_790/2010 del 15 febbraio 2011 consid. 3.2.; STFA U 239/02 dell'11 dicembre 2003; STFA H 5/02 del 31 gennaio 2003; STFA H 411/01 del 5 marzo 2003; SVR 2003 IV Nr. 1 p. 1; STFA H 102/01 dell'11 gennaio 2002; 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., p. 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). Questa Corte ritiene che un significato particolare vada attribuito al fatto che, come sottolineato dal Dr. med. _____, in occasione del sinistro del 1° luglio 2009 l'assicurata non è caduta dalla moto e, in particolare, la spalla destra non ha subito alcuna contusione, bensì soltanto uno sforzo attivo per tenere la moto (cfr. doc. M1; M2; M17) Del resto nessun medico specialista ha sostenuto una tesi contraria a quella formulata dal Dr. med. _____. In effetti il Dott. _____, da un lato, è un medico chirurgo, dall'altro, si è limitato a indicare che l'insorgente non risultava clinicamente guarita senza mai esprimersi in merito all'eziologia dei disturbi accusati dalla stessa (cfr. consid. 2.8.). Va, altresì, evidenziato che l'assicurata non risulta, in ogni caso, essersi rivolta al proprio medico curante nel periodo da settembre 2009 a gennaio 2010 (cfr. doc. M12; M11; M10). E', poi, utile rilevare che il fatto che l'Istituto assicuratore resistente abbia assunto il caso iniziale non significa che esso debba, ipso facto, ammettere la propria responsabilità anche per i disturbi notificati quali ricaduta. In effetti, nella sentenza pubblicata in RAMI 1994 U 206, p. 326ss., il TFA ha precisato che, trattandosi specificatamente 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 o di una precedente ricaduta. 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. In merito cfr. pure STFA U 165/05 del 22 settembre 2006 consid. 2.1. Infine l'obiezione sollevata dall'assicurata secondo cui avrebbe diritto alle prestazioni LAINF perlomeno fino al 13 agosto 2010 - data dell'emissione della decisione con cui l'Istituto assicuratore resistente ha stabilito che i disturbi ancora lamentati dalla stessa non erano in nesso di causalità naturale con il sinistro del 1° luglio 2009 (cfr. doc. A31; consid. 1.8.) -, in quanto la CO 1 non ha contestato formalmente le prescrizioni di fisioterapia e i certificati medici inoltrati (cfr. doc. A32; I), non le è di alcun ausilio. Al riguardo va osservato che la ricorrente - tramite il proprio rappresentante - dopo l'inoltro dell'annuncio di ricaduta nel quale è stato, peraltro, precisato che rimanevano in attesa di una risposta in merito (cfr. doc. A15; consid. 1.6.) - ben doveva essere consapevole del fatto che la questione dell'assunzione o meno della ricaduta del 17 febbraio 2010 doveva ancora essere decisa. In effetti l'RA 1 ha a più riprese sollecitato la CO 1 a emanare una decisione al riguardo (cfr. doc. A23; A24; A25; A27; A29). Pertanto la mancata esplicita contestazione in relazione a ogni prescrizione o certificato inviato all'assicuratore LAINF non poteva essere in alcun caso considerata quale riconoscimento di responsabilità. 2.12. In esito alle considerazioni che precedono, il TCA 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'assicuratore LAINF nel mese di febbraio 2010 e l'infortunio del 1° luglio 2009 assunto dall'assicuratore LAINF.

2.13. Alla luce di tutto quanto esposto a ragione la CO 1 non ha assunto i disturbi lamentati alla spalla destra dalla ricorrente e notificatigli nel febbraio 2010.

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).

E. 7

e il 20 luglio 2009, che RI 1 risultava affetta da contusione alla spalla destra, che la medesima dichiarava di essere ammalata dal 2 luglio 2009 e che necessitava di riposo e cure domiciliari (cfr. doc. M1). Il 12 agosto 2009 l'assicurata è stata visitata dal Dr. med. _____, FMH in chirurgia ortopedica e medico fiduciario dell'Istituto assicuratore resistente. Dal relativo rapporto del 24 agosto 2009 emerge quanto segue: "(...) VALUTAZIONE - Sindrome algica emicinto scapolare destro, disturbi dal carattere piuttosto muscolare, in presenza di uno stato dopo collisione l'1.7.2009 in qualità di motociclista. Soggettivamente disturbi sotto sforzo, ai movimenti della spalla destra e del collo, concentrati in sede parascapolare destra, senza particolare limitazione funzionale. Oggettivamente funzione delle spalle e del rachide conservata, focalizzazione dei disturbi in corrispondenza dell'inserzione scapolare dell'elevatore e lungo il margine mediale della scapola, particolarmente dolente la mobilizzazione passiva della stessa. Sul piano terapeutico condivido la recente prescrizione di fisioterapia, iniziata oggi stesso, con sforzo principale rivolto alla componente antalgica e al rilassamento con mobilizzazione della scapola destra. Per conto proprio la signora RI 1 è stata invitata ad approfittare dell'effetto rilassante del calore sotto forma di docce, bagni, impacchi locali. Dal punto di vista medico nessuna controindicazione a un soggiorno di vacanza all'estero. In presenza di un decorso favorevole con la fisioterapia nel frattempo iniziata, ritengo ragionevole considerare una ripresa in misura completa dell'attività lavorativa quale collaboratrice domestica, con impegno complessivo di 12 ore settimanali (3 volte 4 ore) a decorrere dal 7.9.2009." (Doc. M2) Il medico curante della ricorrente nelle certificazioni dei mesi di agosto e settembre 2009 ha ripetuto quanto già espresso nel mese di luglio 2009 (cfr. doc. M3; M6). Il 7 settembre 2009 il Dott. _____ ha, inoltre, attestato che: " Non ancora risolta la sintomatologia; persistono limitazioni funzionali articolari in estensione e rotazione con episodi algici anche a riposo. Si sta sottoponendo tuttora a fkt di riattivazione e antidolorifica. Persistendo la sintomatologia sarà necessaria indagine RMN. Prognosi 14 gg." (Doc. M11) Il medesimo medico, l'11 gennaio 2010, ha chiesto l'esecuzione di una RMN alla spalla destra. Egli ha motivato la propria domanda facendo riferimento alla recente contusione alla spalla destra (cfr. doc. M10). Il Dott. _____ ha, poi, nuovamente prescritto alla ricorrente, a causa dei suoi disturbi alla spalla destra, riposo e cure a domicilio il 17 febbraio e 1° marzo 2010 (cfr. doc. M 10; M13). Il 2 marzo 2010 è stata eseguita una RM della spalla destra presso _____ di _____, le cui conclusioni sono le seguenti: " Tendinosi del sovra-spinato con abbassamento del segnale da possibile calcificazione nel contesto. Lieve tendinosi del sottospinato. Tendinosi del sottoscapolare. Edema nel ventre muscolare del deltoide nel settore laterale alla testa omerale e borsite sotto-acromion-deltoidea." (Doc. A40) Nei mesi di aprile, maggio e giugno 2010 il medico curante ha attestato che l'assicurata non risultava clinicamente guarita e ha richiesto una visita di consulenza ortopedica (cfr. doc. M15; M16). La

ricorrente è stata nuovamente esaminata dal Dr. med. _____ il 17 marzo 2010. Dal rapporto medico del 7 luglio 2010 si evince che: " (...) Soggettivamente dolori alla scapola destra con estensione verso la spalla, non solo sotto sforzo ma pure a riposo. Movimenti della spalla destra liberi ma dolorosi sotto carico e in rotazione. Disturbi simili a quelli già accusati in precedenza, tuttavia più forti. Oggettivamente nessun referto infiammatorio in atto, nessuna ipotrofia muscolare all'insieme del cinto scapolare e in sede paravertebrale alto-toracale e cervicale. Dolenzia in corrispondenza dell'inserzione scapolare dell'elevatore, lungo il bordo mediano della scapola e all'altezza dell'articolazione acromio-clavicolare a destra. Nessuna insufficienza focale di rilievo della cuffia dei rotatori. Funzione delle spalle simmetrica al di sopra dell'orizzontale e in rotazione esterna, lieve deficit funzionale terminale in rotazione interna. Dolenzia palpatoria marcata della scapola fino alla spalla destra alla palpazione anche superficiale, non appoggiata. Funzione del rachide cervicale conservata, senza zone d'irritazione, senza tensione muscolare segmentale. Radiologicamente tendinosi del sovra-spinato con possibile calcificazione, lieve tendinosi del sottospinato e del sotto-scapolare. Edema del ventre muscolare del deltoide. Lieve edema all'articolazione acromio-clavicolare e minimo versamento nella borsa sotto-acromio-deltoidea. Vengono di riflesso considerate le seguenti diagnosi: - tendinosi diffusa spalla destra, lieve edema articolare acromio-clavicolare e minimo versamento nella borsa sotto-acromio-deltoidea; - stato dopo importante sforzo muscolare per tenere una moto dopo collisione, senza contusione della spalla destra. Non solo l'indicazione alla richiesta di un esame di risonanza magnetica della spalla destra, ma pure praticamente l'insieme dei certificati e delle prescrizioni redatte dal dr. _____, fanno stato di un'imprecisione sulla dinamica dell'evento del 1.7.2009: la signora RI 1 non si è in effetti procurata nessuna contusione della spalla destra! Essa ha per contro effettuato un improvviso sforzo con il cinto scapolare per tenere la moto dopo la collisione, riuscendo nell'impresa senza cadere. Sul piano terapeutico, malgrado le considerazioni espresse in uno dei diversi certificati medici datati del 7.9.2009 (fisiokinesiterapia di riattivazione e antidolorifica) il dr. _____ si è regolarmente limitato a prescrivere delle misure passive (vedi prescrizione del 13.11.2009, 28.10.2009, 5.10.2009,...), rivelatesi soggettivamente inefficaci malgrado una frequenza di 2 sedute la settimana. L'esame di risonanza magnetica della spalla destra effettuato il 2.3.2010, 8 mesi dopo l'evento in parola, mette in evidenza un quadro diffuso di tendinosi della cuffia dei rotatori, di edema muscolare del deltoide, di edema dell'articolazione acromio-clavicolare e minimo versamento nella borsa sotto-acromio-deltoidea. Questi reperti sono suscettibili di correlare con il carattere dei disturbi segnalati dalla signora RI 1, in particolare per quanto attiene a una loro accentuazione sotto sforzo. Sia i reperti radiologici documentati dalla risonanza magnetica del 2.3.2010, sia l'esame clinico riscontrato, non giustificano tuttavia nessuna inabilità lavorativa, tanto meno completa, in considerazione dell'attività svolta (collaboratrice domestica) e dell'impegno complessivo di

E. 12

ore settimanali ripartire di più giorni. In questo contesto il certificato del dr. _____ del 17.2.2010 non apporta nuovamente nessun elemento di giudizio, contenendo per contro diverse imprecisioni. Per quanto attiene all'aspetto medico-assicurativo, i reperti diffusi di natura non specifica, riscontrati alla spalla destra, risultano essere con il grado della probabilità preponderante estranei all'evento del 1.7.2009 con sforzo attivo per tenere la moto, senza tuttavia caduta o contusione della spalla destra. In questo contesto, di riflesso, pure l'inabilità lavorativa attestata a decorrere dal 18.2.2010 risulta essere in relazione di

causalità tutt'al più possibile con l'evento in parola. (...)" (Doc. M17) Il Dott. _____, nei mesi di luglio e agosto 2010, ha nuovamente attestato che l'assicurata non risultava clinicamente guarita (cfr. doc. M18; M19; M20).

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