

TI_GERICHTE 35.2013.4 vom 13. Mai 2013

TI Tribunale d'appello, 2013-05-13, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2013.4

FR: TI_GERICHTE 35.2013.4 du 13 mai 2013

IT: TI_GERICHTE 35.2013.4 del 13 maggio 2013

Regeste

Atti retrocessi all'assicuratore per complemento istruttorio. Non può essere escluso che il ricorrente non abbia subito un secondo infortunio alla spalla destra

Erwägungen

E. 19

cpv. 1 LAINF): 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.). L'Alta Corte ha inoltre precisato che la questione del "sensibile miglioramento" di cui all'art. 19 cpv. 1 LAINF va valutata in funzione dell'entità del previsto aumento oppure del ripristino della capacità lavorativa, nella misura in cui quest'ultima è pregiudicata dalle sequele infortunistiche (DTF 134 V 109 consid. 4.3 e riferimenti). 2.3. 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). 2.4. 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). 2.5. 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 é 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). 2.6. Con l'annuncio di infortunio del 27 novembre 2011 RI 1 ha informato l'assicuratore CO 1 che il 7 novembre 2011 ha subito un nuovo evento infortunistico presso il ristorante _____ a _____, gestito dalla _____ (doc. 5). Nella descrizione veniva indicato " Il caso risale a 2-3- anni fa, quando occorre l'incidente all'assicurato, dipendente della società che gestiva precedentemente lo stesso locale pubblico (_____), comunque sempre assicurato presso CO 1 " (doc. 6). L'amministrazione ha interpellato il Dr. _____, Vice Primario di ortopedia all'Ospedale regionale di _____ e, spec. FMH in chirurgia, ortopedia e traumatologia dell'apparato locomotore, il quale nello scritto del 14 dicembre 2011 ha posto la diagnosi di " Sindrome di impingement spalla destra. Tendinopatia del sovra spinato spalla destra ." Nell'anamnesi il medico ha riferito che il paziente lamenta dolori da circa 3-4 anni, peggiorati nelle ultime settimane, ma " lo stesso non ricorda un trauma " (doc. 14/1). Nel rapporto intermedio LAINF del 29 febbraio 2012 il Dr. _____, FMH in medicina generale, ha posto la diagnosi di " Sindrome di impingement con tendinopatia del sovraspinato alla spalla destra " rilevando un lento ma progressivo miglioramento. Il paziente viene considerato guarito e abile pienamente dal 9 gennaio 2012 (doc. 10). Sempre il Dr. _____, in data 14 maggio 2012, ha diagnosticato un "Sospetto impingement spalla destra con tendinopatia del sovraspinato spalla destra in: - stato dopo trauma della spalla destra 10.2007 " (doc. 14/2). Nella sua valutazione il Dr. _____ ha riferito che " il signor RI 1 si dice meravigliato del fatto che da parte dell'assicurazione infortunio il caso non sia stato accettato quale conseguenza dell'infortunio occorsogli nel 2007 " (doc. 14/2). La CO 1 ha quindi interpellato l'Ospedale _____, in data 12 settembre 2012, a proposito dell'evento segnalato dall'assicurato nel novembre 2011 (doc. 15/1). Il Dr. _____, medico assistente in chirurgia, ha quindi brevemente risposto il 1° ottobre 2012 segnalando che la prima consultazione è stata fatta l'8 novembre 2011 per un " dolore alla spalla destra su contusione di circa 4 anni fa " (doc.

15/1). Il ricorrente, da parte sua, nella notifica del 27 novembre 2011 ha annunciato un ulteriore evento infortunistico indicando la data del 7 novembre 2011 e facendo riferimento al caso di “ 2-3 anni fa ” (cfr. doc. 6). Nelle osservazioni del 26 aprile 2012 egli ha nuovamente fatto riferimento ad un infortunio avvenuto nel mese di novembre 2011 (indicando la data dell’8 novembre 2011) “ mentre lavoravo presso _____ ” (cfr. doc.17). Quindi in sede di ricorso dinanzi al TCA l’insorgente – in data 16 febbraio 2013 – ha circostanziato l’evento infortunistico del mese di novembre asserendo di aver avuto un incidente nell’intento di “ trascinare con il carrello un banco bar molto pesante (...) nel trascinare si è rotto il carrello che sosteneva il bancone e quindi mi è caduto addosso facendomi male alla spalla destra ”. A corroborare la propria tesi l’assicurato ha indicato una serie di testimoni (doc. VI). 2.7. 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. 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. 2.8. Nella concreta evenienza, dall’esame delle tavole processuali non può essere escluso con la necessaria tranquillità che il ricorrente nel mese di novembre 2011 non abbia subito un secondo infortunio alla spalla destra, in particolare alla luce della notifica d’infortunio del 27 novembre 2011 (doc. 6) e della ricostruzione dell’evento infortunistico con i testimoni citati (cfr. le osservazioni del 26 aprile 2012, doc. 17 e lo scritto del 16 febbraio 2013, doc.

VI). Nella risposta di causa del 28 gennaio 2013 la CO 1 ha indicato che la documentazione medica non permette di sostenere la tesi secondo cui l'assicurato avrebbe subito un nuovo infortunio, in sostanza facendo riferimento ai referti del Dr. _____ (doc. 14/1 e 14/2) e a quello del Dr. _____ dell'Ospedale _____. Quest'ultimo referto è però insufficiente per rispondere al quesito posto dall'Istituto assicuratore. Il Dr. _____ infatti si limita ad indicare in tre righe la data della prima consultazione, il dolore alla spalla destra su contusione di circa 4 anni fa e le date d'inizio e fine del trattamento (doc. 15). Il Dr. _____ – da parte sua – nello scritto del 14 dicembre 2011 ha sì ripreso l'affermazione del ricorrente che “ non ricorda un trauma ” (doc. 14/1), tuttavia quest'asserzione si scontra con le affermazioni contrarie di RI 1 nelle osservazioni del 26 aprile 2012 e nello scritto del 16 febbraio 2013, dove viene fornita una precisa descrizione del nuovo evento infortunistico (cfr. doc. 17, doc. VI). La CO 1 ha poi indicato che l'insorgente sarebbe stato sentito solo telefonicamente: “ la scrivente (_____, n.d.r.) ha avuto diversi contatti telefonici con l'assicurato, che ha asserito di aver subito un nuovo infortunio ” (doc. IV, pag. 2 e 5). Al riguardo questa Corte osserva che tale modo di procedere non è corretto. In diverse sentenze il TCA ha già illustrato le modalità che devono seguire gli assicuratori allorché istruendo la causa sentono le persone informate sui fatti; cfr., in proposito, STCA 35.2009.95+96; STCA 35.2009.51 del 10 agosto 2009 consid. 2.7.; STCA 35.2004.83 del 19 settembre 2005, consid. 2.7; STCA 35.2003.86 del 23 marzo 2004, consid. 2.4 e STFA U 257/01 del 26 novembre 2001). Tenuto conto di quanto precede, questo Tribunale ritiene che questa vertenza non possa essere decisa, con piena cognizione di causa, senza preliminarmente procedere ad approfondimenti istruttori volti a chiarire la presenza o meno di un nuovo infortunio nel mese di novembre 2011, ciò che CO 1 ha omesso di fare in violazione dell'obbligo di accertamento impostogli dall'art. 43 LPGA. 2.9. Gli atti devono essere rinviati anche per un altro motivo. La CO 1 non ha riconosciuto la propria responsabilità relativamente ai disturbi alla spalla destra annunciati dall'assicurato nel mese di novembre 2011 (doc. 6), poiché fondandosi sulla valutazione del proprio medico fiduciario, Dr. _____, ha ritenuto che i disturbi accusati alla spalla destra a far tempo dal mese di novembre 2011 non siano in relazione di causalità naturale con l'infortunio del

E. 23

ottobre 2007. Il ricorrente, dal canto suo, si è limitato a sostenere di essere stato vittima di un secondo infortunio (di cui si è già detto al consid. 2.8.) (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.). 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). In concreto, attentamente esaminati gli atti di causa e tutto ben considerato, questa Corte ritiene che anche su questo punto ci si trova confrontati ad un accertamento sommario dei fatti. L'assicuratore LAINF, nell'ambito della presente procedura, ha interpellato il Dr. _____, il quale nel questionario medico del 23 marzo 2012 alla domanda se i disturbi accusati dall'assicurato alla spalla destra, per i quali egli ha interrotto l'attività lavorativa dal 7 novembre 2011, non possono essere messi in relazione causale con l'evento assicurato, si è limitato ad indicare in modo stringato un " rifiuto " e la diagnosi di " Acromion di tipo III con osteofita inferiore, che alla lunga cagionerà una lesione della cuffia " (doc. 11), senza alcuna indicazione circa i motivi che escluderebbero un nesso di causalità con l'evento infortunistico del 23 ottobre 2007. Per contro, sia i referti del Dr. _____ che quello del Dr. _____, seppur non interpellati in merito al nesso di causalità con l'evento del 23 ottobre 2007, lasciano intendere un legame tra i dolori lamentati da RI 1 nel 2011 e l'infortunio del 2007 (cfr. doc. 14/1, 14/2, 15). 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, interpellando il Dr. _____ riguardo ai disturbi alla spalla destra lamentati dall'assicurato posteriormente al mese di novembre 2011 e, sulla scorta delle relative risultanze, si pronunci nuovamente circa la relazione di casualità naturale tra detta problematica e l'infortunio del 2007.

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