

TI_GERICHTE 35.2017.15 vom 20. November 2017

TI Tribunale d'appello, 2017-11-20, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2017.15

FR: TI_GERICHTE 35.2017.15 du 20 novembre 2017

IT: TI_GERICHTE 35.2017.15 del 20 novembre 2017

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). 2.5. Dalla decisione su opposizione impugnata si evince che l'istituto assicuratore ha fondato la decisione di negare ulteriori prestazioni assicurative a far tempo dal 1° agosto 2014, sulle conclusioni contenute nel rapporto elaborato dal dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia (cfr. doc. 179, p. 5). Dalle tavole processuali emerge in effetti che, in esecuzione di quanto ordinato dal TCA con la sentenza di rinvio 35.2015.27, nel corso del mese di giugno 2016, l'insorgente è stato visitato dallo specialista appena citato (cfr. doc. 152, p. 8). Dopo aver minuziosamente ricostruito l'anamnesi del ricorrente (cfr. doc. 152, p. 2-9) e averne descritto lo status clinico e radiologico, il perito ha diagnosticato una limitazione della mobilità passiva della spalla destra dopo l'intervento artroscopico dell'11 febbraio 2015 con tenotomia del bicipite, reinserzione del sovraspinato, borsectomia sottoacromiale e acromio-plastica (doc. 152, p. 14). Per quanto concerne l'aspetto eziologico, il dott. _____ lo ha valutato, procedendo a una discussione delle diverse diagnosi e delle indicazioni all'intervento artroscopico del febbraio 2015. In merito alla pretesa instabilità, l'esperto ha osservato che sino al rapporto 22 novembre 2014 del dott. _____, nessun sanitario ha mai fatto accenno a una spalla instabile. Anzi, a margine della visita di controllo del 24 luglio 2014, il medico di circondario aveva refertato un apprehension-test negativo, ovvero una spalla stabile. Inoltre, egli ha sostenuto che l'evento infortunistico in discussione non ha provocato una lussazione della spalla, che la RMN del 10 giugno 2014 non ha mostrato i segni di un'avvenuta lussazione, né un'instabilità, né ancora un allungamento della capsula e che, intraoperativamente, non è stata menzionata la presenza di un'instabilità, né è stata descritta l'esecuzione di un test della stabilità. Il dott. Brandenburg è pertanto pervenuto alla conclusione che l'infortunio assicurato non ha causato, con verosimiglianza preponderante, un'instabilità della spalla destra (doc. 152, p. 19). A proposito della pretesa lesione del sovraspinato, secondo il perito, né la RMN del giugno 2014 né le immagini registrate intraoperativamente evidenziano una patologia del tendine in questione. Del resto, anche la dinamica dell'infortunio non era atta a causare una lacerazione del tendine sovraspinato. È invece possibile che il trauma assiale riportato dall'assicurato nella caduta, abbia schiacciato il tendine contro il tetto acromiale, tuttavia i segni corrispondenti avrebbe dovuto essere visibili sulle immagini della RMN, ciò che non è invece stato il caso (doc. 152, p. 19 s.). Per quanto concerne la lesione Slap, rispettivamente del capolungo del bicipite, il dott. _____ ha innanzitutto rilevato che nel rapporto operatorio si fa riferimento a una lesione Slap di natura degenerativa. Sempre a suo avviso, dalle immagini relative all'esame di RMN del 10 giugno 2014 non risulta alcuna lesione del capolungo del

bicipite (le lacune riempite con il liquido di contrasto sulla superficie inferiore del labbro glenoidale, corrispondono a un recesso sublabbrale piuttosto che a una lacerazione recente). D'altro canto, le immagini intraoperatorie non documentano l'ancora bicipitale, né la postulata lesione Slap degenerativa. Il perito ha pertanto concluso che la pretesa lesione Slap, così come la sua riparazione chirurgica, non costituiscono, con verosimiglianza preponderante, una conseguenza dell'evento traumatico del 28 marzo 2014 (doc. 152, p. 20). In tema di impingement sottoacromiale/borsite sottoacromiale/acromioplastica, il dott. _____ ha affermato che la dinamica dell'infortunio era suscettibile di provocare una contusione subacromiale, la quale poteva causare un gonfiore dei tessuti (nel caso di specie, assente sulle immagini della RMN del 10 giugno 2014) e/o un'irritazione della borsa sottoacromiale con incremento del liquido nella borsa stessa e, quindi, con impingement subacromiale. In proposito, l'esperto ha rilevato che la quantità di liquido leggermente aumentata evidenziata dalla RMN parla a favore di una borsite, la quale per esperienza guarisce spontaneamente trascorsi alcuni mesi. In effetti, a margine della visita fiduciaria dell'8 luglio 2014, il dott. _____ non aveva più riscontrato segni d'impingement (negatività del test di Neer). È vero che, in occasione dell'artroscopia, la borsa sottoacromiale è stata asportata, tuttavia, così spiega ancora il dott. _____, tale atto costituisce un passo necessario in ogni tecnica di sutura, anche quando la borsa è normale, per fare posto ai lavori nello spazio subacromiale. Trattandosi infine dell'eseguita acromioplastica, il perito ha ritenuto non data la relativa indicazione medica, posto che la RMN del giugno 2014 aveva mostrato una situazione di assoluta normalità a livello sia dell'acromion che della regione acromio-claveare (doc. 152, p. 20 s.). Rispondendo ai quesiti sottopostigli dalle parti, il chirurgo ortopedico dott. _____ ha quindi dichiarato possibile che la nota caduta abbia comportato un aumento di liquido nello spazio sottoacromiale. Per il resto, l'infortunio assicurato non ha causato, con verosimiglianza preponderante, alcun danno strutturale, il quale non risulta documentato, né clinicamente né radiologicamente, nel periodo immediatamente successivo al trauma (doc. 152, p. 22). Da parte sua, l'insorgente contesta che alla perizia del dott. _____ possa essere attribuito un valore probatorio sufficiente per derimere la presente vertenza. Da un lato, egli osserva che l'esperto, ora pensionato, è stato medico fiduciario dell'amministrazione, ragione per la quale il suo rapporto non può essere trattato quale perizia amministrativa. Dall'altro, il ricorrente chiede che il TCA fondi il proprio giudizio sulle certificazioni dei medici curanti specialisti (dott. _____ e _____ – cfr. doc. I). In corso di causa, l'assicurato ha prodotto ulteriore documentazione medica. Nel rapporto di uscita 3 febbraio 2017 della Clinica _____ di _____ figura la diagnosi di “stato dopo intervento di ricostruzione sovraspinato e decompressione sottoacromiale della cuffia dei rotatori (...) dopo infortunio sul lavoro del 28.03.2014” (doc. B). Con referto dell'11 aprile 2017, il Prof. dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia, ha riferito che l'assicurato soffre di una cronica sindrome dolorosa della spalla destra dopo reinserzione del sovraspinato, in presenza di una cuffia rotatoria regolarmente consolidata e di un'ossificazione eterotopica a livello del legamento coracoacromiale. Per quanto concerne l'ulteriore procedere, lo specialista privatamente consultato dal ricorrente ha rilevato che enterebbe in linea di conto un'artroscopia con rimozione dei fili di sutura e dell'ossificazione, nonché dei prelievi bioptici, la cui utilità terapeutica è però stata definita incerta (cfr. doc. E; dello stesso autore si veda pure il doc. F, allestito prima che venisse eseguito l'esame di risonanza magnetica il cui esito è stato commentato con il suddetto rapporto). L'istituto assicuratore ha sottoposto la documentazione acquisita nel frattempo al

PD dott. _____, spec. FMH in chirurgia, per una presa di posizione. Con apprezzamento del 4 settembre 2017, ha segnatamente sostenuto che “i tre referti ulteriormente presentati (Clinica _____, Prof. dott. med. _____ del 31.3.2017 e 11.4.2017) non fanno riferimento in alcun modo alla causalità dell’infortunio. Sono valutazioni cliniche di un decorso postoperatorio protratto dopo un intervento artroscopico alla spalla destra e prendono posizione sull’ulteriore procedere terapeutico. Non rappresentano quindi informazioni aggiuntive per l’apprezzamento della causalità dell’infortunio. Questa è trattata ampiamente nella perizia del 20.7.2016 dal dott. med. _____, (...). Nuove immagini diagnostiche: in sintesi, dopo un’ulteriore presa visione delle vecchie immagini RM e dopo il confronto con le nuove immagini RM della spalla destra, si può constatare che non si è verificata alcuna alterazione visibile alle immagini diagnostiche, fatta eccezione per l’assenza del tendine del capo lungo del bicipite (dopo tenotomia), l’ancoretta ossea di fissaggio del sovraspinato e la nuova ossificazione. La valutazione della lesione parziale permette di concludere che anche questa lesione, rilevata solo in sede intraoperatoria, non ha alcuna origine traumatica. La morfologia dell’articolazione acromio-claveare e dell’acromio stesso comporta una certa predisposizione al conflitto subacromiale, che è stato anche affrontato in sede operatoria. I documenti ulteriormente presentati e le nuove immagini diagnostiche non cambiano nulla all’apprezzamento del dott. med. _____. Con l’intervento dell’11.2.2015 sono stati affrontati reperti che certamente non erano in rapporto causale con l’infortunio del 28.3.2014.” (allegato al doc. XXVI, p. 12 – il corsivo è del redattore). In data 20 ottobre 2017, il patrocinatore dell’insorgente ha ancora prodotto un parere medico-legale del Prof. dott. _____, specialista in ortopedia, medicina legale e delle assicurazioni a _____, per il quale “il nesso di causalità fra l’evento subito lesivo e documentato e la patologia in atto è avvalorato dalla dinamica dell’evento stesso: trauma ad alta energia con visualizzazione all’imaging di irregolarità del labbro al terzo superiore. Il trauma è avvenuto in rotazione esterna (arto esteso-abdotto) e il danno anatomico-clinico è stato dato da un violento impatto sulla testa dell’omero. Si precisa che l’accertamento del danno e le caratteristiche biomeccaniche dell’evento traumatico subito rendono compatibile il nesso di causalità. Trattasi, pertanto, di causa unica, esterna e violenta. Il quadro anatomico-clinico e funzionale è di sicura etiologia acquisita. Gli esami di radiologia tradizionale e l’imaging successivo (10/6/2014), escludono dismorfismi congeniti preesistenti, ma mostrano gli esiti post-traumatici del labbro glenoideo anteriore, produttivo di instabilità, causa dell’intervento dell’intervento chirurgico per via artroscopica di ricostruzione del sovraspinoso e decompressione sotto-acromiale. Si discorda dalle conclusioni del medico fiduciario CO 1 e dalle conclusioni del consulente del Tribunale di Lugano, in particolar modo sull’identificazione del danno subito: trattasi di trauma distorsivo alla spalla destra avvenuto con l’arto esteso e abdotto, procurando, di fatto, la lesione del labbro superiore, produttivo di sindrome dolorosa. Il Consulente del Tribunale di Lugano sostiene che l’infortunio non ha causato alcun danno, ma solo dei postumi inerenti l’intervento subito e che non è in probabile rapporto causale con l’infortunio. Di contro, si precisa che l’infortunio subito dal periziando ha procurato un trauma alla spalla destra produttivo di lesione del labbro glenoideo anteriore, con quadro anatomico-clinico compatibile di Slap Lesion, causa di instabilità e con necessità di intervento chirurgico di ricostruzione del sovraspinoso e decompressione sotto-acromiale.” (doc. H – il corsivo è del redattore). 2.6. 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 U 259/02 dell'8 luglio 2003 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. 33 ss. 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. Trattandosi invece di perizie affidate dagli assicuratori sociali, durante la procedura amministrativa, a medici esterni all'amministrazione o a servizi specializzati indipendenti, esse godono di piena forza probatoria, a condizione che non esistano indizi concreti che ne mettano in dubbio l'affidabilità (cfr. STF 8C_862/2014 del 2 aprile 2015 consid. 3.2 e riferimenti ivi citati). 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 160 ss., 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). È 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 Nr. 10 p. 35 consid. 4b). 2.7. Chiamato a pronunciarsi nella concreta evenienza, questo Tribunale rileva innanzitutto che, a seguito della sentenza cantonale di rinvio, l'amministrazione ha incaricato il dott. _____ di periziare l'assicurato (cfr. doc. 143), nel rispetto della procedura di cui all'art. 44 LPGa (cfr. doc. 135). Contro tale provvedimento, RI 1 non ha sollevato né motivi formali di ricusa del perito (ovvero quelli che sono suscettibili di generare dubbi circa la sua imparzialità), né motivi materiali contro

la perizia in quanto tale oppure contro l'esperto designato, segnatamente per quanto riguarda la sua competenza professionale. Stante ciò, l'insorgente è, in questa sede, malvenuto a sollevare dei dubbi circa l'imparzialità dell'esperto incaricato dall'istituto assicuratore (cfr. doc. I, p. 3: "Il ricorrente ribadisce innanzitutto pure in questa sede le sue censure relative al nominativo del perito designato dalla CO 1. Quest'ultima ammette infatti che il Dr. _____, al quale è stata sottoposta la presente fattispecie, è stato dipendente CO 1 fino all'età del suo pensionamento."). In queste condizioni, contrariamente a quanto fatto valere dal ricorrente, la giurisprudenza di cui alla DTF 135 V 465 non può dunque trovare applicazione nel caso di specie. Al referto peritale allestito dal dott. _____ va riconosciuta piena forza probatoria, sempre che esso risulti affidabile dal profilo del suo contenuto (cfr. U. Meyer, *Ausgewählte Schriften, Verfahrensfragen/Die Beweisführung im Sozialversicherungsrecht*, 2013; D. Cattaneo, *Les expertises en droit des assurances sociales*, in CGSS n. 44-2010, p. 119). Fatta questa precisazione, tutto ben considerato, il TCA ritiene di poter fondare il proprio giudizio sull'apprezzamento espresso dall'esperto amministrativo, specialista proprio nella materia che qui interessa e che vanta un'ampia esperienza nella medicina infortunistica e assicurativa, secondo il quale il sinistro occorso nel marzo 2014 non ha causato alcun danno strutturale a livello della spalla destra ma, tutt'al più, una borsite, affezione che guarisce spontaneamente nel giro di qualche mese. In particolare, dalla documentazione agli atti non emergono indizi concreti suscettibili di sminuire il valore probatorio attribuito alla perizia elaborata dal dott. Brandenburg. A proposito delle certificazioni dei dottori _____ e _____, è vero che, con la pronuncia del 10 giugno 2015, questo Tribunale le aveva giudicate suscettibili di generare dei dubbi circa la fondatezza dell'apprezzamento espresso dal medico di circondario (cfr. doc. 107, p. 10 s.: "A mente di questa Corte, infatti, i referti del 28 ottobre 2014 e del 20 novembre 2014 con i quali il dr. _____ e il dr. _____ hanno attestato l'indubbia natura infortunistica dei disturbi dell'assicurato sono senz'altro atti a sollevare fondati dubbi riguardo alle conclusioni alle quali è giunto il dr. _____." – il corsivo è del redattore). È però altrettanto vero che è in ragione dell'impossibilità di stabilire a quale delle tesi in gioco attribuire un peso probatorio preponderante, che il TCA ha disposto l'esecuzione di una perizia amministrativa esterna (cfr. doc. 107, p. 13: "Per le ragioni esposte al considerando 2.7., si giustifica pertanto l'annullamento della decisione impugnata. L'istituto assicuratore resistente, a cui gli atti vengono dunque retrocessi, dovrà disporre un approfondimento peritale esterno (cfr. art. 44 LPG) ..." – il corsivo è del redattore). Ora, dal referto peritale agli atti si evince che il chirurgo ortopedico dott. _____ ha preso in considerazione le valutazioni enunciate dai medici curanti specialisti dell'assicurato (così come l'apprezzamento del dott. _____) ma, dopo averle approfonditamente discusse, si è finalmente distanziato dalle relative conclusioni. Con rapporto del 26 agosto 2016 - successivo quindi alla perizia amministrativa – il dott. _____ si è semplicemente riconfermato nelle sue precedenti conclusioni (cfr. doc. 155). D'altro canto, così come ha pertinentemente osservato il dott. _____ (cfr. supra, consid. 2.5.), né i sanitari della Clinica _____ (cfr. doc. B) né il dott. _____ (cfr. doc. E e F) si sono pronunciati in merito all'aspetto eziologico del caso, ragione per la quale i loro rispettivi referti non risultano atti a supportare le pretese dell'insorgente. Trattandosi infine del rapporto elaborato dal dott. _____, medico legale e delle assicurazioni a _____, egli ha semplicemente espresso un diverso apprezzamento della fattispecie rispetto all'esperto amministrativo (per quanto concerne in particolare l'esistenza di una lesione del labbro glenoidale di origine traumatica - cfr. doc. H), partendo

dalle medesime basi fattuali. Stante ciò, il TCA non ritiene che le conclusioni dello specialista privatamente consultato dal ricorrente possano assurgere a indizi concreti - dei semplici dubbi non sono sufficienti - suscettibili di minare l'attendibilità della valutazione del dott. _____. In esito a tutto quanto precede, secondo il TCA, è dimostrato, perlomeno con il criterio 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), che al momento in cui l'assicuratore convenuto ha posto fine alle proprie prestazioni (1° agosto 2014), il ricorrente non presentava più alcun postumo residuale dell'infortunio accaduto nel marzo 2014. In queste condizioni, posto che l'CO 1 era legittimato a negare il diritto a ulteriori prestazioni posteriormente al 31 luglio 2014, la decisione su opposizione impugnata merita conferma in questa sede.

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