

## **TI\_GERICHTE 35.2017.62 vom 2. Oktober 2017**

TI Tribunale d'appello, 2017-10-02, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_35.2017.62](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2017.62)

FR: TI\_GERICHTE 35.2017.62 du 2 octobre 2017

IT: TI\_GERICHTE 35.2017.62 del 2 ottobre 2017

### **Regeste**

Tamponamento in ottobre 2015. Nel giugno 2016 dolori alla spalla (mai lamentati prima). "Post hoc, ergo propter hoc". Descrizioni retrospettive. Aktengutachten. No sintomatologia a ponte. Eziologia rottura della cuffia dei rotatori. NO CAUSALITÀ NATURALE tra infortunio e dolori alla spalla

### **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. In virtù dell'art. 11 OAINF, l'assicuratore LAINF è tenuto a riprendere l'erogazione delle prestazioni assicurative in caso di ricadute o conseguenze tardive (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 71 e A. Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Berna 1985, p. 277). Né la LAINF né l'OAINF prevedono, al riguardo, un limite temporale. Pertanto, la pretesa potrà essere fatta valere anche qualora la ricaduta o le conseguenze tardive appaiono, per la prima volta, dieci o vent'anni dopo l'infortunio assicurato, e ciò indipendentemente dal fatto che, a quel momento, l'interessato sia o meno ancora assicurato. Rilevante è soltanto l'esistenza di un nesso di causalità (cfr. STFA U 122/00 del 31 luglio 2001). Nella sentenza pubblicata in RAMI 1994 U 206, p. 326ss., il TFA ha precisato che, trattandosi di una ricaduta, la responsabilità dell'assicuratore infortuni non può essere ammessa soltanto sulla base del nesso di causalità naturale riconosciuto in occasione del caso iniziale. Spetta piuttosto a colui che rivendica le prestazioni dimostrare l'esistenza di una relazione di causalità naturale fra i "nuovi disturbi" e l'infortunio assicurato. Soltanto qualora il nesso di causalità è provato secondo il criterio della verosimiglianza preponderante, può essere riconosciuto un ulteriore obbligo prestativo a carico dell'assicuratore-infortuni. In assenza di prove, la decisione sarà sfavorevole all'assicurato, il quale intendeva derivare diritti da un nesso di causalità naturale rimasto indimostrato. 2.6. Dalle carte processuali emerge che la CO 1 ha negato la propria responsabilità a proposito dei disturbi alla spalla destra, in quanto provocati esclusivamente da affezioni morbose e, pertanto, di competenza dell'assicuratore malattia (doc. 7), sulla base del parere del 27 luglio 2016 del dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in chirurgia della mano, giusta il quale " all'esame degli atti non risulta una trauma alla spalla dx; non vi è un nesso causale tra l'inf. del 29.10.15 ed i disturbi attuali (spalla dx e gomito sx) " (doc. 33). Da parte sua, il ricorrente fa valere, fondandosi in particolare sui certificati medici del 4 novembre 2016 e del 24 maggio 2017 del dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in chirurgia ortopedica dell'\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ (doc. L e N), che i disturbi di cui soffre alla spalla destra sarebbero conseguenti all'evento infortunistico del 24 ottobre 2015,

anche perché non ne ha mai sofferto in precedenza (doc. I). A proposito di quest'ultima affermazione giova qui ricordare che la regola “ post hoc, ergo propter hoc ” (dopo questo, dunque a causa di questo) non ha valenza scientifica. La giurisprudenza federale ha stabilito che per il solo fatto d'essere insorto dopo l'infortunio, un disturbo alla salute non può già essere ritenuto una sua conseguenza. Tale argomento è insostenibile dal profilo della medicina infortunistica e inammissibile da quello probatorio (cfr. STF 8C\_725/2012 del 27 marzo 2013 consid. 7.2.2: “Der Versicherte argumentiert weiter, "woher sonst, wenn nicht vom Unfall aus dem Jahre 1993, kommen die erwähnten Beschwerden an der linken oberen Extremität?" Die mit dieser rhetorischen Frage angerufene Beweisregel "post hoc ergo propter hoc" (vgl. BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 341 f.) ist jedoch praxisgemäss unfallmedizinisch nicht haltbar und beweisrechtlich nicht zulässig, ...”; STF 8C\_245/2017 dell'8 agosto 2017; STF 8C\_230/2017 del 22 giugno 2017; sul tema vedi pure Th. Frei, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, Friburgo 1998, p. 30, nota 96; A. Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Zurigo 1995, p. 41).

2.7. 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). 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 n. 10 pag. 35 consid. 4b). 2.8. Il TCA constata innanzitutto che RI 1 è stato visitato il 2 novembre 2015, ovvero a distanza di 3 giorni dall'infortunio del 29 ottobre 2015, dalla dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in medicina interna e medico curante dell'assicurato, che ha attestato un'inabilità lavorativa al 100% dal giorno del tamponamento (29 ottobre 2015) al 16 novembre 2015 (doc. 7, pag. 28). Dopo di che, l'assicurato è stato visitato il 4 novembre 2015, ovvero a distanza di 5 giorni dall'infortunio del 29 ottobre 2015, al Pronto Soccorso di chirurgia dell'Ospedale \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ " di \_\_\_\_\_, ove è stato sottoposto ad un esame clinico approfondito (cfr. lettera di dimissione del 4 novembre 2015 di cui al doc. 38, pag. 5 e 6) oltre che ad una Tac della colonna cervicale [" Esiti di artrodesi nel tratto C4 a C6 stabilizzata mediante sistemi di osteosintesi metallica (placca anteriore e quattro viti). Si documenta rottura completa di tutte le viti sia superiori che inferiori in data non recente. Non immagini riferibili a frattura di data recente a carico dei segmenti ossei esaminati. Sostanziale regolare allineamento dei metameri vertebrali. Nei limiti della norma i diametri ossei del canale spinale. Diffusi aspetti di spondilo-uncoartrosi "] ed alle RX della colonna cervicale (" Esiti di intervento chirurgico a livello del rachide cervicale con presenza di stabilizzatore vertebrale C4-C6 e rottura delle viti prossimali. Regolari rapporti articolari atlo-epistrofici. Rettilineizzazione della fisiologia curva di lordosi cervicale ") della colonna dorsale e lombare (" non immagini riferibili a crolli o cedimenti somatici di significato recente. Fenomeni spondilo-artrosici maggiormente evidenti nel tratto lombare ") e del bacino (" non evidenti rime di fratture "; doc. 24, pag 2 e 3). Il 1° febbraio 2016 RI 1 è stato ospedalizzato d'urgenza per cervicalgia, dorsalgia e lombalgia nonché probabile nefrolitiasi sinistra di piccolo diametro evacuata spontaneamente (doc. 23, pag 2 e 3). Successivamente si è sottoposto ad una RX della colonna cervicale l'8 febbraio 2016 (doc. 26 pag. 3) come pure alle visite neurologiche dell'8 febbraio 2016 eseguita dal dr. med. \_\_\_\_\_ (doc. 19, pag 2 e 3), del 24 maggio 2016 effettuata dal dr. med. \_\_\_\_\_ (doc. 37, pag 1), ambedue specialisti FMH in neurochirurgia, e, da ultimo, a quella del 12 giugno 2016 presso il \_\_\_\_\_ della \_\_\_\_\_ ove è stato sottoposto ad una RM della colonna cervicale e ad una RM della colonna dorsale native e con mdc (doc. 25, pag 3 e 4). In seguito, il 23 giugno 2016, RI 1 ha consultato privatamente il dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in chirurgia ortopedica dell' \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, a causa dei dolori che accusava alla spalla destra, riferendogli di soffrirne dal giorno dell'infortunio occorsogli il 29 ottobre 2015 (" Il paziente in data 29.10.2015 subiva un tamponamento mentre si trovava alla guida della propria autovettura e da allora il paziente riferisce la comparsa di dolori sia alla spalla sia all'arto superiore destro ma in parte anche al gomito sx e a livello cervicale dove il paziente è stato operato 20 or sono ": doc. 7, pag. 34). L'assicurato è stato visitato il 2 luglio 2016 dalla dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in medicina interna e medico curante dell'assicurato, che ha attestato un'inabilità lavorativa al 100% dal 27 giugno al 31 luglio 2016 (doc. 7, pag. 29). Su richiesta del dr. med. \_\_\_\_\_, l'assicurato si è sottoposto il 14 luglio 2016 ad un'artro-RM della spalla destra che ha evidenziato una rottura preinserzionale del sovrapsinoso (doc. 7, pag. 34). Il 18 luglio 2016

il dr. med. \_\_\_\_\_ - " in considerazione dell'anamnesi, dell'imaging e dell'esame clinico nonché del tempo intercorso dal trauma e dalla persistenza con graduale acutizzazione dei dolori " - ha consigliato al paziente di sottoporsi ad un intervento per via artroscopica di riparazione del sovraspinoso della spalla destra, il cui post-intervento avrebbe previsto 3 settimane di immobilizzazione e circa 3 mesi di rieducazione (cfr. rapporto del 21 luglio 2016 di cui al doc. 7, pag. 34). " Il 27 luglio 2016 il dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in chirurgia della mano, ha attestato l'origine extra-infortunistica dell'affezione interessante la spalla destra, puntualizzando che "all'esame degli atti non risulta una trauma alla spalla dx; non vi è un nesso causale tra l'inf. del 29.10.15 ed i disturbi attuali (spalla dx e gomito sx)" (doc. 33). Il 24 agosto 2016 RI 1 si è sottoposto ad una risonanza magnetica della colonna lombare ("Riduzione in altezza dello spazio intersomatico L3-L4 in rapporto ad avanzato quadro degenerativo del disco presentante ampia protrusione posteriore con impronta sul sacco durale e riduzione foraminale bilaterale senza aspetti di compressione radicolare, sempre a tale livello si osservano aspetti degenerativi di spongiosa ossea tipo Modic 1"; doc. 14, pag. 6) L'assicurato è stato visitato il 1° ottobre 2016 dalla dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in medicina interna e medico curante dell'assicurato, che ha attestato un'inabilità lavorativa al 100% dal 1° ottobre al 31 luglio 2016 (doc. 7, pag. 30). Il 13 ottobre 2016 il dr. med. \_\_\_\_\_ ha eseguito l'intervento di riparazione del sovraspinoso alla spalla destra per via artroscopica (cfr. rapporto operatorio del 13 ottobre 2016 di cui al doc. 7, pag. 36 e 37), attestando un'inabilità lavorativa al 100% dal 13 ottobre al 3 novembre 2016 (doc. 7, pag. 31). Il 2 novembre 2016 il dr. med. \_\_\_\_\_, medico specialista aff. FMH, di \_\_\_\_\_ ha informato la dr.ssa med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in medicina interna e medico curante dell'assicurato, di aver visitato in controllo il paziente in medesima data (doc. 14, pag. 5). Il 2 novembre 2016 il dr. med. \_\_\_\_\_ ha prolungato l'inabilità lavorativa al 100% sino al 15 dicembre 2016 (doc. 7, pag. 32). Il 4 novembre 2016 il dr. med. \_\_\_\_\_, su richiesta della patrocinatrice dell'assicurato, si è così espresso sull'eziologia dei dolori che accusava il suo assistito alla spalla destra: "(...) Per quanto riguarda la spalla destra, ritengo (...) che vi sia un nesso causale naturale con probabilità preponderante tra l'incidente e la lesione a carico del sovraspinoso della spalla destra. Segnalo infatti che all'esame artroscopico non si sono evidenziate delle lesioni di tipo degenerativo a carico dell'articolazione, né a carico delle strutture bursali. Il tipo di lesione riscontrata è una lesione parziale preinserzionale articolare di grado 3A, secondo la classificazione di Snyder, che è classicamente una rottura di tipo traumatico o metà-traumatico. Da segnalare inoltre che prima dell'incidente il paziente non aveva alcuna sintomatologia a livello della spalla dx (...)." (doc. 7, pag. 42 e 43 e doc. L). Il 18 novembre 2016 la dr.ssa med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in medicina interna e medico curante dell'assicurato, dopo aver posto la diagnosi ("Incidente della circolazione del 29.10.2015 con tamponamento con: - cervicalgie - dolori toracici su contratture muscolari - dolori spalla con/su rottura sovraspinoso in stato dopo decompressione sottoacromiale e riparazione rottura tendinea sovraspinoso 13.10.2016 Dr. \_\_\_\_\_; sclerosi multipla (Dg 1982) con corpectomia C5 e fissazione C4-C6 per mielopatia cervicale compressiva 96 (Prof \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_)", ha informato il medico fiduciario dell'Istituto assicuratore di aver visto l'ultima volta il paziente il 21 ottobre 2016 per il controllo della ferita chirurgica, che il decorso postoperatorio era privo di complicazioni e che era visto regolarmente dall'operatore, dr. med. \_\_\_\_\_, che determinava anche l'inabilità lavorativa (doc. 14, pag. 1). Il 15 dicembre 2016 il dr. med.

\_\_\_\_\_ ha rivisto il paziente per un controllo (cfr. rapporto del 20 dicembre 2016 di cui al doc. 7, pag. 38) ed ha prolungato l'inabilità lavorativa al 100% sino al 9 marzo 2017 (doc. 7, pag. 33). In seguito, chiamato dall'amministrazione a pronunciarsi sulle considerazioni espresse dal medico curante specialista nello scritto del 4 novembre 2016, il dr. med. \_\_\_\_\_ ha esposto in modo dettagliato, nel parere del 2 marzo 2017 (doc. 4, pag. 1-4), i motivi per i quali era giunto alla conclusione che, in concreto, non fosse dato un nesso di causalità tra l'infortunio del 29 ottobre 2015 ed i disturbi alla spalla destra, in particolare evidenziando quanto segue: " (...) La motivazione per cui non ritenni ci fosse un nesso di causalità tra l'incidente del 29.10.15 e i disturbi alla spalla destra è legata a: 1) dagli atti messi a disposizione non vi è stato l'annuncio di una lesione alla spalla destra nell'incidente del 29.10.15. All'esame clinico medico effettuato al 04.11.15 all'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ viene descritta dettagliatamente la situazione riguardante il Signor RI 1. Nell'anamnesi si parla di un paziente di 55 anni noto per una sindrome lombospondilogenica aspecifica non deficitaria a sinistra, sclerosi multipla secondaria progrediente dal 1982, deficit motorici pleurifocali agli arti inferiori senza compromissione della deambulazione e morbo di Scheuermann, stato dopo stabilizzazione C2-C4. Si accenna all'incidente capitato 5 giorni prima (29.10.15) quando il paziente ha subito un tamponamento posteriore, ha avvertito da subito un dolore alla cervicale. Alla visita all'Ospedale lo status evidenziava un paziente collaboratore orientato nel tempo e nello spazio, pupille isocoriche non deficit laterali Arti normotomici, riormotrofici e mormotermici, polsi periferici validi. Nessun deficit nervoso vascolare né localmente, né a livello cervicale medio né al passaggio dorso-lombare al bacino a sinistra. Gli esami complementari della colonna cervicale evidenziavano la stabilizzazione C4-C6 e rottura delle viti prossimali. Rettilineizzazione della curva fisiologica della lordosi cervicale, regolari rapporti articolari atlantoepistrofei. La colonna lombare evidenzia dei fenomeni spondiloartrosici. Il paziente viene dimesso. Il modulo di documentazione per la prima consultazione dopo trauma da accelerazione cranio-cervicale evidenzia la zona dolente del paziente posta all'altezza della colonna cervicale sia a destra che a sinistra e all'altezza della zona scapolo toracica sia a destra che a sinistra. Sia sul rapporto dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ del 04.11.15 che sul modulo di documentazione per la prima consultazione dopo un trauma da accelerazione cranio-cervicale del 03.12.15 non viene accennato il minimo disturbo alla spalla destra. All'ospedalizzazione d'urgenza del 1° 02.16 per motivi cervicalgici, dorsalgia e lombalgia nonché da probabile nefrolitiasi a sinistra non si accenna a disturbi alla spalla destra. Malgrado fosse stato fatto un esame sommario anche alla colonna vertebrale dorsale e lombare nonché un sommario esame neurologico che evidenziava una diminuzione di forza agli arti inferiori. Alla visita del Dr. med. \_\_\_\_\_ FMH in Neurochirurgia dell'08.02.16 l'esame oggettivo fatto da suddetto specialista non evidenzia disturbi alla spalla destra: l'esame è stato fatto in maniera accorta descrivendo in maniera adeguata i movimenti del capo del rachide cervicale dorsale e lombare, la valutazione si limita a definire una sindrome da trauma di accelerazione/decelerazione del rachide cervicale. Malgrado i disturbi fossero intensi all'altezza della colonna cervicale non si parla di un disturbo alla spalla destra. Alla visita presso lo specialista FMH in Neurologia Dr. med. \_\_\_\_\_ al 24.05.16 nell'anamnesi si parla di distorsione cervicale per trauma indiretto, si accenna alla stabilizzazione C4-C6 tramite placca anteriore con rottura di tutte le viti prossimali e distali, si accenna ai disturbi legati a crepitazioni e frequenti dolori irradiante dalla regione cervicale al cranio, disturbi che si sviluppano nel corso della giornata, soprattutto in serata ed intermittenti e si risolvono

spesso nel giro di mezzora spontaneamente o dopo l'assunzione di Dafalgan o Mydocalm. Anche da suddetto specialista non viene accennato un dolore alla spalla destra. Nella sua valutazione accenna una sindrome post-traumatica caratterizzata da intermittenti cervicalgie e cefalee in assenza di evidente partecipazione neurologica, solo negli ultimi mesi il paziente ha notato un peggioramento nella deambulazione che potrebbe essere in relazione alla nota sclerosi multipla. Anche in occasione di tale visita approfondita il Signor RI 1 non cita i disturbi alla spalla destra. Alla visita al \_\_\_\_\_ della \_\_\_\_\_ del 12.06.16 in conclusione viene diagnosticato un'ernia discale C3-C4 laterale a sinistra al di sopra della stabilizzazione cervicale anteriore con effetto di massa sul recesso laterale e sull'imbocco del forame di congiunzione di sinistra: in occasione di tale visita effettuata dalla Dr.ssa \_\_\_\_\_, medico capoclinica al \_\_\_\_\_ della \_\_\_\_\_, non viene accennato un disturbo alla spalla destra. 2) lesione del tendine del sovraspinato a destra è solo parziale Il primo accenno a disturbi alla spalla destra è dato al 14.07.16 quando il paziente fu visto dal Dr. med. \_\_\_\_\_ che vide il paziente inviato dal Dr. med. \_\_\_\_\_. Clinicamente lo specialista per la spalla Dr. \_\_\_\_\_ ha evidenziato a livello della spalla destra una mobilità e una motilità normali in tutti i piani, segni di impingement e di instabilità negativi, mentre l'esame contrastato manuale della forza evidenziava una ipostenia del sovraspinato grado 4 con test di Whipple positivo per dolore e ipostenia. Faccio presente che il paziente soffre di sclerosi multipla. A questo punto si procede agli schiarimenti riguardanti i disturbi alla spalla destra, si effettua una risonanza magnetica che evidenziava una rottura pre-inserzionale quasi a tutto spessore del sovraspinoso. Con questa diagnosi viene posta l'indicazione della revisione chirurgica effettuata al 13.10.16. Lo stesso specialista pone la diagnosi di: - rottura parziale del sovraspinato alla spalla destra. Questa constatazione è stata fatta endoscopicamente e definita come "lesione pre-inserzionale parziale grado 3 sec. A del del sovraspinoso che coinvolge la puleggia del bicipite. Si effettua quindi una tenodesi dei tessuti molli del bicipite, si eseguo un débridement della lesione del sovraspinoso, si effettua una borsectomia e acriomioplastica. Si costata la lesione del tendine che è ancor ben inserito al trochite. Si effettuano due punti di sutura per rafforzare il tendine stesso. Riassumendo La motivazione per cui al 27.07.16 mi espressi con "agli esami degli atti non risulta un trauma alla spalla destra e non vi è quindi un nesso causale tra l'infortunio del 29.10.15 e i disturbi alla spalla destra" è dato dal fatto che: 1. non vi è stato l'annuncio immediato di una contusione alla spalla destra o di dolori alla spalla destra legati all'incidente 2. i disturbi sono subentrati a distanza di diversi mesi dall'incidente e il primo documento che parla di dolori alla spalla destra è datato 23.06.16 ovverosia 8 mesi dopo l'incidente 3. sia il referto della risonanza magnetica che il referto intra-operativo evidenziano una lesione solo parziale del tendine del muscolo sovraspinoso 4. la ipostenia muscolare alla spalla destra può essere legata alla malattia di base ovverosia alla sclerosi multipla. (...)" In questa sede, la patrocinatrice dell'assicurato ha prodotto, in allegato al gravame, un ulteriore rapporto del dr. med. \_\_\_\_\_, redatto il 24 maggio 2017 (doc. N), giusta il quale: "(...) circa la mancanza di un annuncio immediato della contusione e della comparsa di dolore alla spalla destra, non ho motivi per ribattere a quanto afferma il Dr. \_\_\_\_\_. Va segnalato comunque che anche nei casi di rotture traumatiche, la comparsa della sintomatologia dolorosa, o dell'ipostenia, non sempre avvengono immediatamente dopo l'evento traumatico e pertanto per quanto riguarda i punti 1) e 2) delle valutazioni del Dr. \_\_\_\_\_, questi non escludono l'evenienza che la rottura sia di natura traumatica. Per quanto riguarda il punto 3) come ho già segnalato nella lettera del 28 ottobre 2016 ribadisco che all'esame artroscopico non ci sono evidenziati lesioni di tipo

degenerativo né a carico dell'articolazione né a carico delle strutture bursali e tendinee. La lesione riscontrata all'esame artroscopico, è una rottura parziale pre-inserzionale articolare di grado III secondo la classifica di Snyder. Questo tipo di lesioni sono di natura traumatica, e quindi il fatto che sia una rottura solo parziale non esclude affatto la natura traumatica. Infine l'ipostenia che si evidenzia all'esame clinico della spalla destra del paziente è esclusivamente a carico del solo sovraspinato ed è pertanto evidente che questa debba essere messa in relazione alla rottura tendinea e non ad altre patologie. Pertanto per tutti questi motivi ritengo che le caratteristiche della rottura abbiano con alta probabilità una natura traumatica. Infine riguardo alla graduale insorgenza della sintomatologia dolorosa, è risaputo che piccole rotture traumatiche possono gradualmente allargarsi e diventare sintomatiche nel tempo.(...). Chiamato dall'amministrazione a pronunciarsi sulle considerazioni espresse dal medico curante specialista, il dr. med. \_\_\_\_\_, nel parere del 22 giugno 2017 (doc. 51, pag. 1) ha esposto in modo dettagliato i motivi per i quali confermava che, a suo avviso, in concreto non era dato un nesso di causalità tra l'infortunio del 29 ottobre 2015 ed i disturbi alla spalla destra, in particolare evidenziando quanto segue: " (...) Ho letto le motivazioni del Dr. med. \_\_\_\_\_ che senz'altro non sono completamente sbagliate. La mia valutazione riguarda il nesso di causalità tra l'incidente del 29.10.15 e le cure conseguenti. Come ha già potuto vedere non vi è mai stato un annuncio d'infortunio per la spalla destra cosa che è stata accettata dal collega \_\_\_\_\_ medico curante del Signor RI 1. Per quel che riguarda il punto 3 della sua lettera debbo solo credere a quanto lui dice ovverosia "non sono evidenti lesioni di tipo degenerativo né a carico dell'articolazione né a carico delle strutture bursali e tendinee". Per la causalità mi rifaccio al concetto d'infortunio articolo 6 capoverso 1 della LAINF o articolo 9 capoverso 1 della OAIF che lo descrive come "azione repentina, involontaria e lesiva che colpisce il corpo umano dovuto a fattore esterno straordinario". Come vede questi parametri non sono stati adempiti per quel che riguarda la lesione alla spalla destra del Signor RI 1. Dal profilo clinico assicurativo non vedo un nesso di causalità tra il danno alla spalla del Signor RI 1 e l'incidente del 29.10.15. Posso comunque pensare che una persona di 56 anni può avere dei disturbi cronici con indebolimento capsulo-legamentare che portano ad una lesione della cuffia dei rotatori, lesione su una struttura debole e degenerata nel tempo. (...)" . Val qui la pena di puntualizzare che i disturbi alla spalla sinistra di cui soffre RI 1, è stato approfonditamente indagato, da tutti i profili possibili (cfr. consid. 2.8). Non vi è pertanto da attendersi che ulteriori provvedimenti istruttori mettano in luce nuovi e rilevanti elementi di valutazione. 2.9. Nella concreta evenienza, questo Tribunale, chiamato a pronunciarsi su una questione di carattere medico, attentamente vagliato l'insieme della documentazione medica agli atti (cfr. consid. 2.8), ritiene che il parere espresso dal dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in chirurgia, che vanta un'ampia esperienza in materia di medicina assicurativa e infortunistica, secondo il quale il danno alla spalla destra non costituisce una conseguenza naturale dell'infortunio occorso nel mese di ottobre 2015, è dettagliato e approfondito e rispecchiano quindi i parametri giurisprudenziali sopra ricordati (cfr. consid. 2.7). Ad esso va dunque attribuita piena forza probante e può validamente costituire da base al giudizio che questa Corte è ora chiamata a rendere, senza che si riveli necessario procedere a degli ulteriori atti istruttori (in particolare, all'esperimento di una perizia medica giudiziaria avente per oggetto il rapporto di causalità tra i danni alla spalla destra e l'incidente della circolazione del 29 ottobre 2015, così come postulato dalla patrocinatrice del ricorrente nel gravame e nello scritto dell'11 agosto 2017; cfr. doc. I e doc. IX). Questa Corte non ignora che il medico curante specialista dell'insorgente è giunto alla conclusione

opposta, tuttavia le sue certificazioni non appaiono atte a sminuire il valore probatorio attribuito ai referti allestiti dal medico di circondario. Le opinioni del dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in chirurgia ortopedica dell'\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, in particolare quelle del 4 novembre 2016 e del 24 maggio 2017 (e, quindi, le considerazioni da lui espresse in merito all'eziologia dei dolori alla spalla dx dell'assicurato) sono state debitamente prese in considerazione e analizzate dal medico di circondario nel rapporto del 2 marzo e del 22 giugno 2017. Il medico \_\_\_\_\_, nelle motivate e approfondite prese di posizione del 2 marzo e del 22 giugno 2017 di cui si è già ampiamente detto al consid. 2.8, ha spiegato nel dettaglio i motivi per cui la sua valutazione diverge da quella, confermata da ultimo anche nel rapporto medico del 24 maggio 2017, dello specialista curante [evidenziando, in particolare, che non vi era stato l'annuncio immediato di una contusione alla spalla destra o di dolori alla spalla destra legati all'incidente; che i disturbi erano subentrati a distanza di diversi mesi dall'incidente e il primo documento che parla di dolori alla spalla destra è datato 23.06.16 ovverosia 8 mesi dopo l'incidente; che sia il referto della risonanza magnetica che il referto intra-operativo evidenziavano una lesione solo parziale del tendine del muscolo sovraspinoso; che la ipostenia muscolare alla spalla destra poteva essere legata alla malattia di base ovverosia alla sclerosi multipla; che poteva comunque pensare che una persona di 56 anni possa avere dei disturbi cronici con indebolimento capsulo-legamentare che portano ad una lesione della cuffia dei rotatori, lesione su una struttura debole e degenerata nel tempo]. Il TCA non ha motivo di scostarsi dalle convincenti considerazioni espresse dal dr. \_\_\_\_\_. D'altra parte va osservato che il 18 luglio 2016 lo specialista curante ha dato per accertato il fatto che l'assicurato soffrisse di dolori alla spalla destra dal noto evento e ciò prestando fede alle dichiarazioni da lui rese (" Il paziente in data 29.10.2015 subiva un tamponamento mentre si trovava alla guida della propria autovettura e da allora il paziente riferisce la comparsa di dolori sia alla spalla sia all'arto superiore destro ma in parte anche al gomito sx e a livello cervicale dove il paziente è stato operato 20 or sono ": doc. 7, pag. 34; " in considerazione dell'anamnesi, dell'imaging e dell'esame clinico nonché del tempo intercorso dal trauma e dalla persistenza con graduale acutizzazione dei dolori ": doc. 7, pag. 4). Tale circostanza non trova tuttavia conferma nella pregressa documentazione. In effetti, sull'annuncio di infortunio del 3 novembre 2015 (doc. 50), sulla lettera di dimissione del 4 novembre 2015 (doc. 38), sul questionario per incidente della circolazione del 19 novembre 2015 (doc. 44) e sul " modulo di documentazione per la prima consultazione dopo trauma da accelerazione cranio-cervicale " del 3 dicembre 2015 della dr. \_\_\_\_\_, specialista FMH in medicina interna e medico curante dell'assicurato (doc. 7), in occasione dell'ospedalizzazione d'urgenza del 1° febbraio 2016 (doc. 23) come pure delle visite neurologiche dell'8 febbraio 2016 (doc. 19), del 24 maggio 2016 (doc. 37) e del 12 giugno 2016 non viene fatto alcun cenno ad un disturbo alla spalla destra (doc. 25). Dalla documentazione agli atti (cfr. consid. 2.8) emerge pertanto che fino al 12 giugno 2016 (incluso) l'assicurato non ha mai lamentato alcun disturbo alla spalla destra e che se ne fa menzione per la prima volta nel rapporto del 21 luglio 2016 del dr. med. \_\_\_\_\_ in relazione alla visita del 23 giugno 2016 (doc. 7, pag. 34). A questo proposito è utile segnalare che, secondo la giurisprudenza federale, una particolare importanza va attribuita alle certificazioni mediche allestite nella fase che segue immediatamente l'infortunio. Descrizioni retrospettive della sintomatologia iniziale possono essere dichiarate inaffidabili (cfr. STFA U 57/03 del 22 dicembre 2003 consid. 3.2.2, in cui il TFA ha dichiarato privi di valore probatorio, per quanto concerne la questione della causalità, dei referti medici basati in prevalenza su una descrizione retrospettiva del decorso

dei disturbi fornita dalla paziente medesima; in questo senso, si veda pure la STCA 35.2012.10 del 7 agosto 2013 consid. 2.10, confermata con la STF 8C\_632/2013 del 18 febbraio 2014). In ossequio ai principi giurisprudenziali appena citati, questa Corte ritiene dunque che quanto l'assicurato ha affermato retrospettivamente [durante la visita specialistica del 23 giugno 2016 come pure in sede di opposizione (" Dal momento dell'infortunio il medesimo, tra l'altro, come detto, lamentava dolori sia alla spalla (...) ": cfr. doc. 7, pag 2) e di ricorso (" Dal momento dell'infortunio l'Assicurato, come detto, fra l'altro, lamentava dolori sia alla spalla (...) ": cfr. doc. I, pag. 3), ove riferisce di aver sofferto di dolori alla spalla destra dal giorno dell'infortunio occorsogli il 29 ottobre 2015], debba essere valutato con prudenza. Del resto, è alquanto inverosimile che, qualora RI 1 avesse effettivamente sofferto di dolori alla spalla destra dal giorno dell'infortunio, non abbia mai segnalato la presenza di tali disturbi ai svariati medici (in particolare, al suo medico curante) che lo hanno visitato nel periodo intercorrente tra il 29 ottobre 2015 ed il 12 giugno 2016. Ed è parimenti inverosimile (ma, d'altra parte, neppure l'assicurato sostiene il contrario) che l'insorgente abbia segnalato i disturbi alla spalla destra e che i sanitari in questione non ne abbiano fatto menzione in una o l'altra delle loro tante certificazioni. Quindi, anche per questa ragione, non può essere riconosciuta sufficiente forza probatoria ai rapporti del dr. med. \_\_\_\_\_, il quale ha acriticamente ripreso le dichiarazioni del suo paziente. Giova qui ricordare un principio ripetutamente riconosciuto dalla nostra Massima Istanza, quello secondo il quale le certificazioni del medico curante - anche se specialista (cfr. STFA U 202/01 del 7 dicembre 2001, consid. 2b/bb) - hanno un valore di prova ridotto, ciò in ragione del rapporto di fiducia che lo lega al suo paziente (cfr. STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; RAMI 2001 U 422, p. 113ss. (= AJP 1/2002, p. 83); DTF 125 V 353 consid. 3b/cc; DTF 124 I 175 consid. 4; DTF 122 V 161; RCC 1988 p. 504; R. Spira, *La preuve en droit des assurances sociales*, in *Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach*, Basilea 2000, p. 269s.). Per quanto concerne invece la critica mossa all'operato del medico fiduciario per aver formulato le proprie considerazioni solo basandosi sulla lettura degli atti, senza aver preso conoscenza della concreta situazione, giova qui ricordare che, di norma, una valutazione sulla base dei soli atti medici (" Aktegutachten ") è possibile se il medico dispone, come in concreto, di sufficienti elementi risultanti da altri accertamenti personali (STCA 32.2017.27 dell'11 settembre 2017, consid. 2.71 e rinvii giurisprudenziali ivi citati). In concreto il dr. med. \_\_\_\_\_, medico fiduciario, ha potuto stabilire, sulla base degli atti dell'incarto, che i dolori alla spalla destra di cui soffre l'assicurato non costituiscono una conseguenza naturale dell'infortunio occorso nel mese di ottobre 2015 (doc. 33, pag 1; doc. 4, pag. 1-4 e doc. 51). Conformemente alla giurisprudenza federale, una ricaduta viene assunta da un assicuratore infortuni, allorché la sintomatologia a ponte fra l'infortunio e i disturbi accusati è evidente. Disturbi occasionali non sono sufficienti, ad esempio quando gli stessi non sono così rilevanti da richiedere un trattamento (cfr. STFA U 344/03 del 9 dicembre 2004 consid. 3.2.2; 3.3). Nella concreta evenienza, anche volendo prestare fede a quanto fatto valere dall'assicurato, rimane sempre il fatto (di per sé incontestato) che egli si è visto costretto a far capo alle cure di un medico in relazione alla spalla destra, la prima volta, soltanto nel mese di giugno 2016 (cfr. doc. 7, pag. 34). Non può quindi essere ammesso che vi sia stata una chiara sintomatologia a ponte ai sensi della giurisprudenza appena citata. L'Alta Corte ha ad esempio deciso in questo stesso senso in una sentenza U 458/00 del 24 ottobre 2001, in cui l'assicuratore LAINF non è stato giudicato responsabile della ricaduta fatta valere nel 1995 da un assicurato che nel 1991, in occasione di un incidente della circolazione, aveva subito una contusione di un

ginocchio, poiché, benché durante i quattro anni intercorsi tra il sinistro e la nuova problematica, egli avesse avuto dei disturbi, essi non potevano valere quali sintomi ponte per il riconoscimento di una relazione di causalità naturale. Infatti tali disturbi non avevano mai necessitato di cure, né condotto a un'inabilità lavorativa (cfr. anche la STFA U 296/03 del 24 maggio 2004 consid. 2.1.1). Del resto, a proposito dell'eziologia delle rotture della cuffia rotatoria, è utile segnalare che il TCA, nell'ambito della causa sfociata nella sentenza 35.2001.1 del 30 ottobre 2002, ha ordinato una perizia medico-giudiziaria affidandola al dott. \_\_\_\_\_, Capo-clinica aggiunto presso la Clinica di ortopedia e di chirurgia dell'apparato locomotore dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, il quale ha espresso le seguenti considerazioni, sottolineando in particolare che il naturale processo degenerativo della cuffia ha inizio già prima dei trent'anni di età e che, tra i cinquanta e i sessant'anni, l'incidenza di rotture parziali o totali cresce sino al 30%, anche in soggetti asintomatici: " (...). La réponse à la question de savoir si et sous quelle forme existe des ruptures accidentelles de la coiffe des rotateurs qui satisfont aux conditions requises à leur prise en charge est basée sur des connaissances ayant trait à l'étiologie, la pathogenèse et l'histoire naturelle des différentes formes de lésions ou pertes de substances de la coiffe des rotateurs. La genèse de pertes de substances de la coiffe des rotateurs est multifactorielle. Elle inclut des mécanismes extrinsèques (macrotraumatisme, microtraumatisme répétitif, conflit sous-acromial) et des mécanismes intrinsèques tel que l'hypovascularité et la dégénération primaire due au vieillissement naturel du tendon. La coiffe des rotateurs est soumise au fil du phénomène naturel du vieillissement à un processus dégénératif. Quoique le vieillissement biologique ne soit pas dépendant de l'âge chronologique, il est néanmoins admis de façon unanime que les pertes de substances de la coiffe s'accroissent avec l'âge en ce qui concerne leur fréquence, leur épaisseur et leur étendue. Sur le plan microscopique, ce processus de dégénération débute déjà avant l'âge de 30 ans. Cependant, les lésions sont rares avant l'âge de 35 à 40 ans mais leur nombre s'accroît dans la 5ème décennie pour aboutir après 50 ans aux pertes de substances totales transfixantes. Entre 50 et 60 ans, même chez des sujets asymptotiques, il est possible de démontrer jusqu'à 30% des cas de pertes de substances partielles ou complètes de la coiffe des rotateurs. Cette solution de continuité de la coiffe des rotateurs n'est pas subite mais s'installe de façon graduelle et progressive au fil des mois et des années. Cette dégénération est due à une diminution de la perfusion provoquant une atrophie continue du tissu tendineux. Cette diminution de perfusion peut être accentuée par des facteurs extrinsèques comme par des protusions osseuses (ostéophytes au niveau acromio-claviculaire, acromion en forme de crochet de type III). Chez des sujets au-dessus de 40 ans, la coiffe des rotateurs n'a très probablement aucune possibilité de régénération. Par la suite, les fibres tendineuses perdent de force et avec les années le tendon s'élargit et s'amincit. A ce stade là, dans la majorité des cas, les premiers symptômes apparaissent en général sous forme de douleurs nocturnes et ensuite par la diminution de la force du membre intéressé et pseudoparalyse." In esito a tutto quanto precede, il TCA non ritiene dimostrato, perlomeno secondo il criterio della verosimiglianza preponderante, caratteristico del settore della sicurezza sociale (cfr. DTF 125 V 195 consid. 2 e riferimenti; cfr., pure, Ghélèw, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 320 e A. Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Zurigo 2003, p. 343), che il danno alla spalla destra costituisca una conseguenza naturale dell'infortunio occorso in data 29 ottobre 2015, di modo che l'assicuratore resistente era legittimato a negare le relative sue prestazioni. Va infine segnalato che l'Alta Corte ha precisato che l'assicuratore infortuni non è tenuto a

dimostrare l'esistenza di una causa extra-infortunistica a cui imputare i disturbi accusati dall'interessato (cfr. STFA U 152/03 del 21 aprile 2005 e riferimenti ivi menzionati). 2.10. L'insorgente, tra i mezzi di prova richiesti, oltre ai documenti prodotti come pure alla perizia giudiziaria (di cui si è già detto al consid. 2.9) ed al richiamo del proprio incarto dalla CO 1 (prodotto da quest'ultima il 30 giugno 2017 con l'allegato di risposta di cui al doc. V), ha citato il teste dr. med. \_\_\_\_\_, suo specialista curante. Il TCA intravede ragioni per assumere ulteriori prove e segnatamente sentire il dr. med. \_\_\_\_\_. Infatti la documentazione agli atti (che include, in particolare, i rapporti medici del 21 luglio, del 13 ottobre, del 4 novembre 2016 e del 24 maggio 2017 dello specialista in questione) è completa ed esaustiva e non necessita di complementi (cfr. sentenza 9C\_394/2016 del 21 novembre 2016, consid. 6.2; STCA 36.2017.31 dell'8 giugno 2017, consid. 2.12 in fine ). Va qui rammentato che conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca 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 non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, pag. 212 no. 450, Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechts-pflege des Bundes, 2a ed., pag. 39 no. 111 e pag. 117 no. 320; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002, H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (e in precedenza dall'art. 4 vCost.; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). 2.11. Sulla scorta delle considerazioni che precedono il gravame deve dunque essere respinto e la decisione su opposizione avversata confermata.

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