

TI_GERICHTE 35.2018.63 vom 23. Mai 2019

TI Tribunale d'appello, 2019-05-23, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2018.63

FR: TI_GERICHTE 35.2018.63 du 23 mai 2019

IT: TI_GERICHTE 35.2018.63 del 23 maggio 2019

Regeste

Caduto su pista di downhill. Persistenti dolori a livello dell'articolazione sterno-claveare e sterno costale e poi pure disturbi psichici. Rinvio per perizia ex 44 LPGA. Esame disturbi psi è prematura

Erwägungen

E. 49

cpv. 2 della Legge sull'organizzazione giudiziaria (cfr. STF 9C_699/2014 del 31 agosto 2015, in particolare consid. 5.2, 5.3 e 6.1; STF 8C_452/2011 del 12 marzo 2012; STF 8C_855/2010 dell'11 luglio 2011; STF 9C_211/2010 del 18 febbraio 2011, consid. 2.1; STF 9C_792/2007 del 7 novembre 2008; STF H 180/06 e H 183/06 del 21 dicembre 2007; STFA I 707/00 del 21 luglio 2003; STFA H 335/00 del 18 febbraio 2002; STFA H 212/00 del 4 febbraio 2002; STFA H 220/00 del 29 gennaio 2002; STFA U 347/98 del 10 ottobre 2001, pubblicata in RDAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA H 304/99 del 22 dicembre 2000; STFA I 623/98 del 26 ottobre 1999. Vedi pure: STF 9C_807/2014 del 9 settembre 2015; STF 9C_585/2014 dell'8 settembre 2015). nel merito 2.2. Oggetto del contendere è la questione di sapere se l'CO 1 era legittimato, oppure no, a sospendere a partire dal 1° febbraio 2018, il proprio obbligo a prestazioni in relazione all'infortunio del 9 agosto 2015 e a negare una rendita di invalidità rispettivamente a riconoscere un'IMI del 10% all'assicurato. 2.3. 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 LPGA) 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 (cfr. art. 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. 41 ss.). 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). 2.4. 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). 2.5. Il diritto alle prestazioni assicurative presuppone pure l'esistenza di un nesso di causalità adeguata tra l'evento dannoso e il danno alla salute. In caso di danno alla salute fisica, il nesso di causalità adeguata è generalmente ammesso, dal momento in cui è accertata la causalità naturale (cfr. DTF 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103). Per contro, la giurisprudenza

ha elaborato più criteri per valutare l'adeguatezza del nesso di causalità tra un infortunio e dei disturbi psichici sviluppati successivamente dalla vittima. Essa ha dapprima classificato gli infortuni in tre categorie, a seconda della dinamica: gli infortuni insignificanti o leggeri (per esempio, una caduta o scivolata banale), gli infortuni di media gravità e gli infortuni gravi. Per procedere a tale classificazione, non si deve considerare il modo in cui l'infortunio è stato vissuto dall'interessato ma piuttosto l'evento traumatico in quanto tale da un punto di vista oggettivo. In presenza di un infortunio di media gravità, occorre prendere in considerazione un certo numero di criteri, di cui i più importanti sono: - le circostanze concomitanti particolarmente drammatiche o la particolare spettacolarità dell'infortunio; - la gravità o particolare caratteristica delle lesioni lamentate, segnatamente la loro idoneità, secondo l'esperienza, a determinare disturbi psichici; - la durata eccezionalmente lunga della cura medica; - i disturbi somatici persistenti; - la cura medica errata che aggrava notevolmente gli esiti dell'infortunio; - il decorso sfavorevole della cura e le complicazioni rilevanti intervenute; - il grado e la durata dell'incapacità lavorativa dovuta alle lesioni fisiche. Non in ogni caso è necessario che tutti i criteri appena menzionati siano presenti. La presenza di un unico criterio può bastare per ammettere l'adeguatezza del nesso di causalità quando l'infortunio va classificato fra quelli al limite della categoria degli eventi gravi. Per contro, in presenza di un infortunio che si situa al limite di quelli insignificanti o leggeri, le circostanze da considerare devono cumularsi oppure rivestire un'importanza particolare affinché si possa ammettere il carattere adeguato del nesso di causalità (DTF 115 V 140s., consid. 6c/aa e bb e 409s., consid. 5c/aa e bb, 117 V 384, consid. 4c; RAMI 2002 U 449, p. 53ss. consid. 4a). 2.6. La più recente giurisprudenza federale applica la prassi relativa all'evoluzione psichica abnorme conseguente a infortunio nei casi in cui l'esistenza dei disturbi denunciati dalla persona assicurata è sì stata attestata da medici specialisti, ma non oggettivata mediante accertamenti strumentali e radiologici scientificamente riconosciuti. Secondo l'Alta Corte, in quei casi, l'assenza di postumi organici oggettivabili non esclude a priori l'esistenza di un nesso di causalità naturale con l'evento traumatico in questione (cfr. SVR 2012 UV n. 5 p. 17ss. consid. 5.1 e riferimenti ivi menzionati). L'esame della causalità naturale viene però momentaneamente sospeso, per procedere a un esame particolare dell'adeguatezza del nesso causale. Se da tale esame emerge non essere dato il necessario nesso di causalità adeguata, si può rinunciare a esperire ulteriori indagini sulla questione della causalità naturale tra l'infortunio e i disturbi lamentati (DTF 135 V 465 consid. 5.1). Ad esempio, questo principio è stato applicato dall'Alta Corte in una sentenza 8C_267/2009 del 26 gennaio 2010 consid. 4.3, riguardante dei disturbi visivi denunciati da un assicurato che era stato spinto contro un muro da una terza persona. Ammessa l'esistenza del nesso di causalità naturale in quanto attestata da due neuro-oftalmologi attivi a livello universitario e constatata la mancata oggettivazione di un danno alla salute organico, il TF ha esaminato il caso dal profilo della causalità adeguata in applicazione della "psico-prassi" (e non di quella relativa ai traumi cranio-cerebrali siccome l'assicurato aveva lamentato una semplice contusione cranica), per giungere alla conclusione che l'adeguatezza non era data. In una sentenza 8C_291/2012 dell'11 giugno 2012, la Massima Istanza ha deciso in questo stesso modo, a proposito di una fattispecie in cui i disturbi lamentati dall'assicurato all'arto inferiore sinistro, riferibili secondo gli specialisti a un dolore neuropatico provocato dall'infortunio, non avevano potuto essere oggettivati né neurologicamente né mediante esami strumentali per immagini. Va qui ancora ricordato che, per poter parlare di lesioni traumatiche oggettivabili dal punto di vista organico, i risultati ottenuti devono essere

confermati da indagini effettuate per mezzo di apparecchiature diagnostiche o di immagine radiologica e i metodi utilizzati riconosciuti scientificamente (STF 8C_421/2009 del 2 ottobre 2009 consid. 3 e sentenze ivi citate; cfr. pure DTF 134 V 109 consid. 9 p. 122).

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 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 consid. 4.4 e consid. 4.7, 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 a medici esterni all'amministrazione o a servizi specializzati indipendenti in ossequio alla procedura di cui all'art. 44 LPGa, esse godono di piena forza probatoria, a condizione che non esistano indizi concreti che ne mettano in dubbio l'affidabilità (cfr. STF 8C_839/2016 del 12 aprile 2017 consid. 3.2 e 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). Vale qui altresì la pena di 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_355/2018 del 29 giugno 2018; 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; STCA 35.2017.60 del 25 settembre 2017, consid. 2.5; STCA 35.2018.33 del 18 luglio 2018, consid. 2.6; STCA 35.2018.24 del 18 ottobre 2018, consid. 2.8; STCA 35.2018.85 del 29 novembre 2018, consid. 2.7). 2.8. Chiamato a pronunciarsi, questo Tribunale non può, senza che prima vengano svolti ulteriori approfondimenti peritali specialistici, concordare con le conclusioni dell’amministrazione che ha negato la propria responsabilità relativamente ai “ persistenti dolori a livello dell’articolazione sterno-claveare e sterno-costale I destra ”, considerati non correlati con un danno alla salute oggettivabile, in assenza di una causalità adeguata, per le ragioni qui di seguito esposte.

2.9. Dalle tavole processuali emerge che i medici di fiducia dell’CO 1 (prima il medico _____ dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia dell’apparato locomotore e poi il medico di fiducia dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia generale e traumatologia), in tutte le valutazioni mediche riportate in narrativa, hanno ritenuto che i “ persistenti dolori a livello dell’articolazione sterno-claveare e sterno-costale I destra ” lamentati dal ricorrente non fossero oggettivabili. Dal canto suo il PD dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia della mano e chirurgia ortopedica e traumatologia, dell’_____ di _____, in particolare nel rapporto medico del 18 ottobre 2018 (doc. Q) - dopo aver posto la diagnosi di “ dolore cronico in regione sterno-claveare destra e costo-sternale destra in esiti di caduta dalla bicicletta del 09.08.2015 con frattura della costa dell’articolazione costo-sternale e sub-lussazione claveare; sospetta compressione plesso brachiale e allo stretto toracico di tipo dinamico ” - ha osservato che l’angio-RMN che aveva eseguito non aveva messo in evidenza una stenosi dell’arteria subclavia mentre la TAC eseguita evidenziava una “ deformità della componente condrale a livello della giunzione costo-sterno claveare. In questo punto viene refertata una deformità della cartilaginea che tende verso l’interno e la parte toracica ”. Lo specialista ha, quindi, rilevato di essere dell’avviso che il problema principale dell’assicurato possa effettivamente essere costituito dagli esiti della frattura costale occorsagli il 9 agosto 2015 a livello dell’articolazione tra sterno e prima costa. Per essere sicuro di ciò l’ha quindi invitato a sottoporsi ad una Spect-CT presso l’Ospedale _____ di _____. Il referto del precitato esame specialistico, eseguito il 19 novembre 2018 a _____, ha messo in evidenza “ Partiell konsolidierte Fraktur im costosternalen Uebergang der 1. Rippe direkt am Sternum rechts mit erhörter Aktivität im überbrückten Anteil, i.e. L ossäres Remodeling; Normales Sternoklavikulargelenkbeidseits ” (doc. T). Preso atto di tale referto

specialistico il PD dr. med. _____, nel rapporto medico del 6 dicembre 2018 (doc. U) - dopo aver posto la diagnosi di “ Pseudoartrosi dolorosa prima articolazione costo sternale destra in esiti di caduta dalla bicicletta del 9.08.2015 (...); Irritazione plesso brachiale destro ” - ha osservato quanto segue: “ Il paziente ha eseguito la spect-CT all’ospedale _____ di _____. Il referto così come le immagini sono a mio parere chiarissime nell’indicare la causa principale del dolore nella pseudoartrosi della articolazione costo sternale della prima costa. Oggi ho rivisitato il paziente e confermo che tutta la sintomatologia dolorosa è a mio parere derivante da questa pseudoartrosi. Ritengo che l’irritazione del plesso brachiale e la sintomatologia satellite a livello del cingolo scapolare destro siano secondarie come anche riportate in letteratura. (...). Considerando l’esame clinico congiuntamente con i ritroati della spect-CT congiuntamente anche con gli esami radiografici precedenti mi sembra chiaro che un’artroplastica di resezione della I articolazione costo-sternale potrebbe migliorare la sintomatologia dolorosa. Alla luce proprio della spect-CT di _____ e anche del nuovo esame clinico di oggi sono adesso più dell’idea che un intervento di artroplastica di resezione potrebbe già portare abbastanza miglioramenti da non richiedere una più vasta resezione chirurgica con decompressione del plesso brachiale. In sostanza la resezione della pseudoartrosi potrebbe già portare abbastanza giovamenti al paziente da non richiedere anche un intervento a carico dello stretto toracico e del plesso brachiale. (...)”. Nel motivato e dettagliato rapporto del 14 gennaio 2019 il dr. med. _____ ha osservato, tra l’altro, quanto segue: “ (...) Dunque possiamo concludere, che la causa principale dei dolori (...) è stata derivata da un distacco osseo non dislocato del manubrio sternale dell’articolazione sterno-costale I con instabilità parziale anteriore dell’articolazione sterno clavicolare a destra. Queste lesioni sono inverosimilmente state causate dall’infortunio del 9 agosto 2015. (...). Gli esami radiologici più recenti, ovvero quelli effettuati il 19 novembre 2018 all’Ospedale _____ di _____, mostrano una frattura parzialmente saldata nella parte sternale dell’articolazione costo-sternale I a destra. La parte inferiore del frammento osseo è consolidata mentre nel lato superiore si trovano indizi per un rimodellamento osseo. Anche se la frattura riportata rimonta ormai a 3 anni e mezzo dall’infortunio, dobbiamo ancora rilevare un processo attivo di guarigione dell’osso fratturato. Dalle radiografie, non sembrerebbe, che questo frammento fosse ancora mobile da conseguire ancora ad una situazione algica importante. Dalla letteratura scientifica possiamo però trovare altri disturbi di tipo muscolare e legamentose, che possono influire sulla sintomatologia algica del paziente (1). Anche se il decorso di questa insolita lesione sembra molto lungo ed insoddisfacente per l’assicurato, troviamo tutti i presupposti, che con il regime conservativo sinora adottato, ci si possa aspettare una guarigione completa senza limitazioni funzionali e anche senza effettuare interventi chirurgici delicati e rischiosi. Sia la dott.ssa _____, specialista in neurologia FMH, come anche il PD _____ sospettano una sindrome dell’apertura toracica (o dello stretto toracico) destra(o) di tipo dinamico-funzionale e di origine post-traumatica(o). Dobbiamo innanzitutto precisare, che si tratta di una diagnosi molto rara e difficile da provare e che viene posta normalmente in assenza di altri indizi oggettivabili. (...). (...) dai dati a mia disposizione non è possibile confermare del tutto una patologia a livello dell’apertura toracica, trovando sicuramente degli aspetti in favore ma soprattutto anche dei referti che non sono specifici nel quadro diagnostico della sindrome dell’apertura toracica post-traumatica. Lo specialista _____ consiglia nel suo rapporto del 18 ottobre 2018, la rimozione della prima costola ed una decompressione del plesso brachiale (...). Riguardando ancor a una volta la letteratura scientifica a proposito (2)

dobbiamo accettare la proposta del dott. _____ come una possibile terapia da effettuare in futuro, anche se con esiti non del tutto prevedibili. Ricordiamo pertanto, che il frammento osseo del manubrio sternale è già parzialmente guarito e che radiologicamente sembrerebbe perciò stabile (imm. 8 e 9). Togliendo la prima costola compresa l'articolazione sterno-costale, dove si trova la lesione ossea praticamente guarita, si rischierebbe un cedimento dell'articolazione sterno-costale inferiore, che a sua volta dovrebbe essere stabilizzata anch'essa chirurgicamente. (...). Dai dati e le affermazioni che abbiamo finora esposto, possiamo quindi confermare, che dal punto di vista medico-assicurativo la situazione medica del signor RI 1 può dunque essere ritenuta stabilizzata nonché migliorata, trovando dei netti progressi di guarigione ossea nei referti radiologici recenti e che potrebbero portare l'assicurato ad un netto miglioramento clinico in futuro. Il signor RI 1 risente sicuramente ancora il lungo decorso di guarigione, che come anche descritto dalla dott.ssa _____, avrebbe indebolito le prestazioni muscolari della spalla destra. Si prospetta dunque una lunga riabilitazione muscolare, che però vale la pena portare a termine e che migliorerà sicuramente la situazione del signor RI 1, che a 32 anni ha tutti i requisiti per ottenere una guarigione completa e senza limitazioni funzionali. Concludiamo dunque questo apprezzamento dal punto di vista ortopedico/traumatologico ritenendo la valutazione dell'IMI del dott. _____ corretta, anche per il decorso favorevole delle strutture infortunate, che nel tempo sono migliorate vistosamente e che lasciano sperare in una guarigione completa. Dalle affermazioni esposte precedentemente non sembra essere lecito attribuire all'assicurato una rendita di invalidità. Proponiamo inoltre di valutare con la massima cautela le future proposte terapeutiche di tipo chirurgico, che potrebbero causare rilevanti problemi in una ragione del corpo in fase di guarigione.” (doc. XIX-1) Il PD dr. med. _____, in una successiva valutazione del 27 marzo 2019 (doc. Z) - dopo aver posto la diagnosi di “ Pseudoartrosi dolorosa prima articolazione costo sternale destra in esiti di caduta dalla bicicletta del 9.08.2015 (...); Compressione del plesso brachiale destro al passaggio allo stretto toracico ”- e dopo aver eseguito l'esame clinico, ha osservato quanto segue: “ (...). Le immagini radiologiche effettuate a _____, in particolare la spect-CT non lasciano, a mio parere, dubbio sull'origine del dolore del paziente. Non solo vi è una parziale pseudoartrosi della prima articolazione costo-sternale, ma in quest'area v'è anche una decisa captazione. (...). Sono convinto che questo sia il primo problema del paziente e da qui la mia indicazione alla resezione della parte anteriore della costa. Sono anche convinto che la compressione del plesso brachiale a livello dello stretto toracico è dinamica e molto probabilmente dovuta alla costante postura del paziente con la spalla anteposta addotta. L'ipotrofia, anche se lieve, della muscolatura intrinseca della mano, rilevata anche dal medico della CO 1, è, a mio parere, un segno inconfutabile di una problematica a carico dei nervi. Ho concluso pertanto che, con la visita di oggi, come già detto in precedenza, vi è indicazione, a mio parere per una resezione della prima costa a destra, scalenectomia e decompressione del plesso brachiale. Non penso che il paziente possa trovare giovamento definitivo solamente dalla terapia medica. (...) ”. Il 9 maggio 2019 il dr. med. _____ ha osservato quanto segue: “ (...) La specialista neurologa, dott.ssa _____, ha valutato l'assicurato il 23 maggio 2018 e non ha individuato delle lesioni del plesso brachiale evidenti né dal lato clinico né dagli esami neurofisiologici strumentali. La specialista ha unicamente rilevato dei disturbi sensitivi nel territorio del nervo ulnare destro. Il quadro clinico complesso dell'assicurato induceva poi la dott.ssa _____ a richiedere un'ulteriore visita specialistica dal PD Dr. _____. FMH Chirurgia della mano e Chirurgia Ortopedica e Traumatologia, il quale poneva la diagnosi

di una pseudoartrosi dolorosa della 1° articolazione costo-sternale a destra con susseguente compressione del plesso brachiale destro al passaggio dello stretto toracico. Il Dr. Giesen proponeva quindi la resezione della 10 costola con ulteriore scalenectomia a destra. (...). Il mio compito è ora di valutare se ci fossero i presupposti per attribuire i sintomi e le lesioni riportate all'infortunio subito il 9 agosto 2015. Nel mio apprezzamento del 14 gennaio 2019 avevo valutato già ampiamente esaminando la lesione riportata dall'assicurato, ribadendo che nell'esame SPECT/CT effettuato il 19 novembre 2018 all'ospedale _____ di _____, si notavano segni di un rimodellamento osseo della frattura all'articolazione costo-sternale 10 a destra. Anche se in tale esame si evidenziava una frattura non ancora del tutto guarita o saldata, avevo indicato che si poteva intravedere in modo molto limpido una situazione stabile dell'articolazione. Inoltre, mi pare opportuno sottolineare, che lo "schiacciamento" del plesso brachiale postulato dal Dr. _____ non si evidenzia né nello SPECT/CT come neanche dall'esame neurologico eseguito dalla dott.ssa _____. Nel suo ultimo rapporto di visita del 27 marzo 2019, il Dr. _____ valuta le immagini dello SPECT/CT nel modo seguente: "[...] Le immagini radiologiche effettuate a Zurigo, in particolare lo spect-CT non lasciano, a mio parere, dubbio sull'origine del dolore del paziente. Non solo vi è una parziale pseudoartrosi della prima articolazione costo-sternale, ma in quest'area v'è anche una decisa captazione. [...] ". Il PD Dr. _____ parla di una pseudoartrosi parziale e quindi in altre parole di una frattura non ancora pienamente saldata. Si tratta sicuramente di un'interpretazione soggettiva caratterizzata anche dal dolore lamentato dall'assicurato. Il PD Dr. _____ "sorvola" però sul referto specialistico dei dottori _____ e _____ dell'ospedale _____ di _____. L'interpretazione dei colleghi radiologi definisce una frattura praticamente saldata e quindi stabile. Inoltre, viene anche definito un accumulo della radio-traccia nella parte già saldata della frattura, definendo questo effetto ad un "rimodellamento" osseo, che senz'altro si può valutare come un buon segno della guarigione. Se vi fosse veramente un'instabilità, come presunta dal Dr. _____, dovrebbero essere presenti dei segni evidenti anche all'articolazione sterno-costale 10, ma gli specialisti di _____ non hanno trovato segni di un aumento della radio-traccia nell'articolazione sterno-costale 10. Per quanto riguarda la valutazione della muscolatura intrinseca della mano destra del PD Dr. _____, espressa nello stesso rapporto del 27 marzo 2019, non troviamo delle lesioni strutturali ben definite o delle spiegazioni valide da poter consolidare la descrizione dello specialista. La dott.ssa _____ accennava il 23 maggio 2018 a dei disturbi clinici di tipo sensitivo nel territorio del nervo ulnare destro. Come avevo già riferito, l'esame neurologico completo non poteva evidenziare altre lesioni e pertanto neanche delle lesioni di tipo motorio. Quindi dobbiamo riscontrare che l'ipotrofia della muscolatura intrinseca della mano destra non può essere stata causata da una lesione del nervo ulnare. Conclusioni. Nel suo rapporto del 27 marzo del 2019 il PD Dr. _____ non fornisce degli elementi validi a sostegno delle sue tesi. Benché una pseudoartrosi totale dell'osso possa risultare anche in un'instabilità tra i due frammenti non consolidati, una saldatura della frattura in modo parziale può essere già abbastanza stabile da potere sostenere dei movimenti con un carico adeguato. Nelle immagini dello SPECT/CT e nelle susseguenti valutazioni dei radiologi di _____ troviamo tutti i presupposti per potere affermare la stabilità della 1° articolazione sterno-costale a destra. Il PD Dr. _____ non può neanche provare in modo oggettivo la patologia neurologica da lui posta. Né clinicamente né dagli esami neurologici di tipo strumentale si possono riscontrare delle lesioni causate dall'infortunio del 9 agosto 2015. (...). Il PD Dr. _____ del resto non fornisce delle spiegazioni

suffragate da reperti oggettivabili. Egli si limita a riproporre apoditticamente le sue tesi senza tuttavia poterle provare con gli esami a sua disposizione. (...)” (doc. XXXIV-1)

2.10. Chiamato a pronunciarsi, questo Tribunale non può, senza che prima vengano svolti ulteriori approfondimenti peritali specialistici, concordare con le conclusioni dell’amministrazione, dato che nel caso di specie, come appena riassunto al consid. 2.9, si è in presenza di opinioni specialistiche contrastanti a proposito dello stato valetudinario dell’assicurato, in particolare della presenza (come segnatamente sostenuto dal medico specialistico consultato privatamente dall’assicurato) o meno (secondo il parere del dr. med. _____) di una pseudoartrosi dolorosa della prima articolazione e di una compressione del plesso brachiale destro al passaggio allo stretto toracico, ambedue oggettivate (come segnatamente sostenuto dal medico specialistico consultato privatamente dall’assicurato) o meno (secondo il parere del dr. med. Fabio Sorrentino), in particolare dalla TAC del 18 ottobre 2018 e dalla spect-CT del 19 novembre 2018. Il TCA ritiene che ai pareri espressi dagli specialisti dell’CO 1 (prima il medico _____ dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia dell’apparato locomotore e poi il medico di fiducia dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia generale e traumatologia), in tutte le valutazioni mediche riportate in narrativa (inclusa quella del 14 gennaio 2019: doc. XIX-1 e del 9 maggio 2019: doc. XXXIV-1 del dr. med. _____), giusta i quali i “ persistenti dolori a livello dell’articolazione sterno-claveare e sterno-costale I destra ” lamentati dal ricorrente non sono oggettivabili, non possa essere attribuito un valore probante sufficiente per dirimere la presente vertenza. In particolare, i motivati e dettagliati rapporti agli atti del 18 ottobre 2018 (doc. Q), del 6 dicembre 2018 (doc. U) e del 27 marzo 2019 (doc. Z) del PD dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia della mano e chirurgia ortopedica e traumatologia, dell’ _____ di _____, e, quindi specialista nella materia che qui ci occupa, che vanta pure un’ampia esperienza in materia di medicina assicurativa e infortunistica, tenuto conto delle precisazioni, puntuali e motivate ivi contenute, sono suscettibili di generare dei dubbi, per lo meno lievi, circa le valutazioni dei medici fiduciari ed, in particolare, quelle effettuate in questa sede dal dr. med. _____.

Del resto la valutazione del PD dr. med. _____ (in particolare, per quanto concerne l’oggettività dei dolori lamentati dall’assicurato) è pure suffragata, per quanto concerne l’aspetto strumentale diagnostico, dalla TAC del 18 ottobre 2018 (che ha evidenziato una “ deformità della componente condrale a livello della giunzione costo-sterno claveare. In questo punto viene refertata una deformità della cartilaginea che tende verso l’interno e la parte toracica ”; doc. Q e CD agli atti) e dalla spect-CT del 19 novembre 2018 eseguita presso l’Ospedale _____ di _____ (che ha messo in evidenza “ Partieil konsolidierte Fraktur im costosternalen Uebergang der 1. Rippe direkt am Sternum rechts mit erhörter Aktivität im überbrückten Anteil, i.e. L ossäres Remodeling; Normales Sternoklavikular-gelenkbeidseits ” (doc. T e CD agli atti; n.d.r.: la sottolineatura è della redattrice). Il referto dei medici di _____, specialisti nella materia che qui ci occupa che vantano pure un’ampia esperienza nel settore di loro competenza, non è stato neppure smentito da una certificazione medica specialistica di un radiologo in questa sede. Tale non potendo essere considerata la valutazione del medico di fiducia dell’CO 1, dr. med. _____, che è specialista FMH in chirurgia generale e traumatologia. In siffatte circostanze il TCA non condivide neppure la critica mossa dal medico fiduciario allo specialista in questione, giusta la quale quest’ultimo avrebbe “sorvolato” su tale referto che definirebbe una frattura praticamente saldata e, quindi, stabile. Le considerazioni espresse dai medici privatamente consultati dal ricorrente (in particolare, dal P.D. dr. med.

_____ e dai medici di _____, specialisti - val qui la pena di ribadire - nella materia che qui ci occupa, che vantano pure un'ampia esperienza professionale) - sono quindi atte a generare dubbi, almeno lievi, circa la fondatezza delle valutazioni enunciate dai medici fiduciari (dr. med. _____ e dr. med. _____) dell'CO 1, in particolare, di quelle effettuate in questa sede dal dr. med. _____. Alla luce delle divergenti valutazioni medico-specialistiche agli atti, questo Tribunale non può concludere, con la necessaria tranquillità, che i persistenti dolori a livello dell'articolazione sterno-claveare e sterno-costale I destra di cui soffre l'assicurato non correlano con un danno alla salute oggettivabile, così come ritenuto dall'assicuratore LAINF nella decisione su opposizione avversata. In conclusione, stante quanto appena esposto, non potendo ritenere convincenti e pienamente probanti le considerazioni dei medici di fiducia dell'CO 1 (in particolare, quelle del dr. med. _____), questo Tribunale non può, con la necessaria tranquillità, escludere che, come sostenuto dal ricorrente, i persistenti dolori a livello dell'articolazione sterno-claveare e sterno-costale I destra di cui soffre - correlano con un danno alla salute oggettivabile e l'esistenza di un nesso di causalità naturale, dovendo quindi parimenti ammettere il carattere adeguato del medesimo - andrebbero presi in considerazione ai fini della stabilizzazione del suo stato di salute rispettivamente della determinazione delle prestazioni di lunga durata LAINF alle quali ha diritto. Pertanto, per le ragioni che precedono, questa Corte, tutto ben considerato, ritiene che vi siano elementi sufficienti per sollevare quantomeno lievi dubbi circa la fondatezza delle valutazioni espresse dai medici di fiducia dell'CO 1 (in particolare, quelle del dr. med. _____), poste alla base della decisione su opposizione impugnata (cfr. DTF 139 V 225 consid. 5.2 e DTF 135 V 465) e rendere imprescindibile la messa in atto di un approfondimento peritale specialistico volto ad accertare se i disturbi a livello dell'articolazione sterno-claveare e sterno-costale I destra di cui soffre l'assicurato correlano con un danno alla salute oggettivabile e, nell'affermativa, se quest'ultimo costituisce una conseguenza naturale del sinistro del 9 agosto 2015. Stante quanto precede la presente fattispecie necessita, quindi, di un complemento d'istruttoria. In simili casi, la giurisprudenza federale prevede che la vertenza non possa essere decisa basandosi sull'uno o sull'altro dei pareri a disposizione ma che occorre ordinare una perizia ad opera di un medico indipendente secondo la procedura di cui all'art. 44 LPGGA oppure una perizia giudiziaria (cfr. STF 8C_456/2010 del 19 aprile 2011 consid. 3; in questo stesso si veda pure la STF 8C_943/2010 del 9 novembre 2011 consid. 3.2). In una sentenza 8C_59/2011 del 10 agosto 2011, emanata in materia di assicurazione contro gli infortuni, il Tribunale federale ha ribadito i principi sviluppati nella DTF 135 V 465, in particolare che, in presenza di dubbi circa l'affidabilità di rapporti allestiti da medici di fiducia, il giudice (cantonale) è libero di scegliere se ordinare direttamente una perizia giudiziaria oppure rinviare gli atti all'amministrazione affinché disponga essa stessa una perizia seguendo la procedura di cui all'art. 44 LPGGA: " Um solche Zweifel auszuräumen, wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 135 V 465 E. 4.6 S. 471)." (STF 8C_59/2011 consid. 5.2) Nella presente fattispecie, il TCA ritiene che siano soddisfatti i presupposti per un rinvio degli atti all'amministrazione (cfr. STF 8C_59/2011 del 10 agosto 2011 e DTF 135 V 465), già per il fatto che essa ha fondato la decisione impugnata sul parere dei propri medici fiduciari (per un caso analogo, si veda la STF 8C_757/2014 del 16 gennaio 2015 consid. 3.2). Per le ragioni appena esposte, si giustifica pertanto l'annullamento della decisione su opposizione impugnata e il rinvio degli atti

all'CO 1 per ulteriori accertamenti, in particolare per la messa in atto di una perizia (se, del caso, bidisciplinare) ai sensi dell'art. 44 LPGa (cfr. STF 8C_370/2017 del 15 gennaio 2018; 8C_586/2017 del 20 dicembre 2017) . Sulla base delle relative risultanze peritali, l'assicuratore LAINF sarà poi chiamato a definire nuovamente l'eventuale stabilizzazione dello stato di salute dell'assicurato in relazione all'infortunio del 9 agosto 2015 ed il diritto alle prestazioni dell'assicurato, dal profilo materiale e temporale, a contare dal 1° febbraio 2018 . Da ultimo, il TCA osserva che risulta prematuro esaminare in questa sede la fattispecie con riferimento ai disturbi psicogeni sviluppati dal ricorrente, visto che il precitato approfondimento peritale è volto a dirimere una questione (oggettività e nesso di causalità naturale dei persistenti disturbi a livello dell'articolazione sterno-claveare e sterno-costale I destra di cui soffre l'assicurato) che risulta essere pure determinante per stabilire se (e, in caso di risposta affermativa, quando) lo stato di salute somatico si è stabilizzato. Solo al momento della stabilizzazione dello stato di salute dell'assicurato dal profilo organico si può difatti procedere ad un esame del nesso di causalità adeguato (che è stato negato nella decisione avverso) dei problemi psichici di cui soffre (cfr. STF 8C_691/2013 del 19 marzo 2014 consid. 7.1: “ Die Prüfung der Adäquanz eines Kausalzusammenhangs ist bei Anwendung der Praxis zu den psychischen Unfallfolgen (BGE 115 V 133) in jenem Zeitpunkt vorzunehmen, in dem von der Fortsetzung der auf die somatischen Leiden gerichteten ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann (BGE 134 V 109 E. 6.1 S. 116; Urteil 8C_295/2013 vom 25. September 2013 E. 3.1).” - il corsivo è della redattrice). 2.11. Alla luce di quanto appena esposto (cfr. consid. 2.9 e 2.10), il Tribunale rinuncia all'assunzione di ulteriori prove (in particolare, all'esperimento di una perizia giudiziaria e all'audizione testimoniale dei medici curanti dell'assicurato richieste dal suo patrocinatore). Va qui ricordato che, 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, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° ed., pag. 274, si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41; 122 III 223 consid. 3; 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv.2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). 2.12. In concreto, visto l'esito del ricorso (il rinvio con esito aperto equivale a piena vittoria: da ultimo STF 8C_859/2018 del 26 novembre 2018 consid. 5 con rinvio a DTF 137 V 210 consid. 7.1 pag. 271 con riferimento), il ricorrente, patrocinato in causa dall'avv. RA 1, ha diritto all'importo di fr. 1'800.- a titolo di ripetibili da mettere a carico dell'CO 1 (cfr. art. 61 lett. g LPGa; 22 LPTCA; cfr. STCA 35.2017.59 del 19 ottobre 2017, consid. 2.7).

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