

## **TI\_GERICHTE 35.2019.37 vom 19. Februar 2020**

TI Tribunale d'appello, 2020-02-19, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_35.2019.37](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2019.37)

FR: TI\_GERICHTE 35.2019.37 du 19 février 2020

IT: TI\_GERICHTE 35.2019.37 del 19 febbraio 2020

### **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. Secondo la giurisprudenza federale, la maggior parte delle ernie discali ha una causa degenerativa e un infortunio può solo eccezionalmente essere all'origine di una tale patologia (RAMI 2000 U 378 p. 190, U 379 p. 192, U 363 p. 45; STF 8C\_1003/2010 del 22 novembre 2011 consid. 1.3, 8C\_735/2009 del 2 novembre 2009 consid. 2, 8C\_124/2008 del 17 ottobre 2008 consid. 4). In una sentenza non pubblicata U 193/98 del 4 giugno 1999 - in seguito confermata (cfr. STFA U 94/01 del 5 settembre 2001 consid. 2c) -, riguardante un assicurato, vittima di una caduta, affetto da un'ernia discale C6-C7, la Massima Istanza ha esplicitamente fatto proprio il parere della dottrina medica dominante riguardo all'eziologia delle ernie discali cervicali. Quest'ultima subordina il riconoscimento della causalità naturale tra un evento traumatico e l'apparizione dei sintomi dolorosi di un'ernia discale (e cioè di un'ernia causata dall'infortunio), ai quattro seguenti criteri cumulativi : il trauma deve essere stato causato da un infortunio il cui meccanismo è suscettibile di aver provocato la protrusione del disco; i dolori devono apparire immediatamente dopo il trauma e avere un tipico carattere radicolare (cervico-brachialgie); il paziente non deve, inoltre, aver già presentato tale sintomatologia e il segmento interessato deve apparire intatto sulle lastre eseguite anteriormente, poiché la più parte delle ernie cervicali rimangono a lungo asintomatiche (cfr. J. Krämer, Bandscheibenbedingte Erkrankungen, 5a ed., 2006, p. 343). I criteri appena esposti valgono di principio anche in caso di peggioramento duraturo (direzionale) di uno stato morboso preesistente (cfr. STF 8C\_902/2011 del 10 febbraio 2012 consid. 2.1 e riferimenti ivi menzionati). In particolare, è necessario che vi siano, citiamo: "... attendibili reperti radioscopici suscettibili di fare ritenere un aggravamento significativo e duraturo dell'affezione degenerativa preesistente alla colonna vertebrale (RAMI 2000 No. U 363, pag. 46, cfr. pure sentenza inedita del 4 giugno 1999 in re S., U 193/98, consid. 3c)." (STFA U 194/05 del 25 ottobre 2006). Qualora un'ernia del disco preesistente sia stata solo resa manifesta dall'infortunio, i disturbi scatenati in tal modo devono apparire entro un breve lasso di tempo, affinché possano essere ancora considerati conseguenza naturale dell'evento in questione. Va precisato che, secondo la giurisprudenza, la durata tollerata della latenza varia a seconda del segmento interessato dall'ernia del disco (rachide lombare/toracale oppure cervicale): " Wird eine vorbestandene Diskushernie durch den Unfall lediglich manifest, müssen die dadurch ausgelösten Beschwerden innerhalb einer kurzen Zeitspanne auftreten, um als natürlich kausale Folgen des fraglichen Ereignisses zu gelten. Für den Brust- und Lendenwirbelbereich wird eine Latenzzeit von höchstens acht bis zehn Tagen angegeben (Alfred M. Debrunner/Erich W. Ramseier, Die Begutachtung von Rückenschäden, Bern 1990, S. 55). Bei einer vorbestehenden Diskushernie der

Halswirbelsäule beträgt das beschwerdefreie Intervall in der Regel lediglich wenige Stunden (Krämer, a.a.O. S. 355; nicht veröffentlichtes Urteil S. vom 4. Juni 1999 [U 193/98]).“ (STFA U 218/04 del 3 marzo 2005 consid. 6.1 - il corsivo è della redattrice) In tale ipotesi, ossia quella in cui l'infornio ha giocato un ruolo semplicemente scatenante, l'assicurazione assume la sindrome dolorosa legata all'evento traumatico. Le conseguenze di un'eventuale ricaduta devono essere assunte soltanto se esistono dei chiari sintomi che attestano una relazione di continuità tra l'evento infortunistico e la ricaduta (cfr. STFA U 312/05 del 4 novembre 2005 consid. 4.2, U 170/00 del 29 dicembre 2000 e la dottrina medica e la giurisprudenza ivi citate). 2.6. In concreto, dalla decisione su opposizione impugnata risulta che l'assicuratore resistente ha posto fine al proprio obbligo a prestazioni in relazione al danno alla spalla destra, al gomito e alla colonna vertebrale lombare fatti valere dall'interessato, fondandosi sul parere espresso in proposito dal suo consulente medico (cfr. doc. B, pag. 6: “I rapporti del dr. med. \_\_\_\_\_ quindi hanno valore probatorio e sono utilizzabili per fondare un giudizio.”). Dalle carte processuali emerge, in effetti, che, con referto del 4 aprile 2018, il dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato muscolo-scheletrico e già Primario di ortopedia al Kantonsspital di \_\_\_\_\_, interpellato dall'amministrazione, ha considerato che, per quanto riguarda la spalla destra, lo stiramento di primo grado del tendine sopraspinato diagnosticato dall'ecografia è molto probabilmente conseguenza dell'incidente, aggiungendo che non è tuttavia possibile distinguere ecograficamente tra un lieve stiramento di primo grado della cuffia dei rotatori e una tendinite preesistente; per quanto concerne il gomito, il dr. \_\_\_\_\_ ha ritenuto che il meccanismo dell'incidente non era idoneo a causare un'epicondilita, motivo per il quale l'epicondilita è con ogni probabilità preesistente all'incidente; infine, per quanto riguarda la colonna lombare, avendo la risonanza magnetica evidenziato massicce variazioni degenerative senza evidenza di danni strutturali causati da incidente, il medico fiduciario ha escluso l'origine traumatica delle ernie discali, da ritenere preesistenti. Alla luce di queste considerazioni, il dr. \_\_\_\_\_ ha reputato che sia per lo stiramento di primo grado del tendine sopraspinato, che per la contusione del coccige e l'eventuale contusione della colonna lombare, vi è stato il sopraggiungere di uno status quo ante 8 settimane dopo l'evento del 22 dicembre 2017 (doc. M10). Il dr. \_\_\_\_\_ ha ribadito la correttezza della propria valutazione nel referto del 28 maggio 2018, nel quale, dopo aver diffusamente spiegato le ragioni per le quali, nel caso di specie, non può essere riconosciuto il carattere di malattia professionale ai disturbi presentati dall'interessato al gomito (epicondilita) e al rachide, ha pure confermato l'origine non traumatica dell'ernia discale (doc. M12). Con scritto del 12 giugno 2018 l'assicuratore LAINF ha quindi informato l'assicurato circa il fatto che, secondo quanto valutato dal proprio medico consulente, in presenza di uno stato degenerativo preesistente solo temporaneamente aggravato dal trauma, il diritto a prestazioni poteva essere riconosciuto per un periodo di tempo di otto settimane a decorrere dall'evento infortunistico, dopodiché si doveva considerare raggiunto lo status quo ante. L'assicuratore LAINF ha pure comunicato all'assicurato di non potere assumere a titolo di malattia professionale i disturbi da egli fatti valere (epicondilita e danni alla colonna vertebrale) (doc. 78). A seguito delle contestazioni avanzate in data 2 luglio 2018 dal patrocinatore dell'assicurato contro tali argomentazioni (doc. 89), l'assicuratore infortuni ha nuovamente interpellato il dr. \_\_\_\_\_, il quale, con referto del 22 luglio 2018, ha ribadito la correttezza delle proprie precedenti valutazioni. In particolare, il dr. \_\_\_\_\_ ha ritenuto che lo stiramento del tendine sopraspinato evidenziato dalla sonografia della spalla destra è molto probabilmente

di origine post-traumatica. Egli ha spiegato che uno stiramento del tendine sopraspinato (allungamento eccessivo senza danno strutturale) guarisce in 6-8 settimane, motivo per il quale le prestazioni vanno riconosciute fino al 18 febbraio 2018. Il medico fiduciario ha ribadito che (secondo la letteratura e dopo molti anni di esperienza) non è tuttavia possibile distinguere ecograficamente tra un lieve stiramento di primo grado della cuffia dei rotatori e una tendinite preesistente. Passando all'epicondilite, il dr. \_\_\_\_\_ ha rilevato che - a parte il fatto che nell'annuncio di infortunio sia stato indicato il gomito destro, mentre in data 7 marzo 2018 il riferimento è stato posto con il gomito sinistro - la stessa sia stata unicamente menzionata nelle diagnosi, senza essere documentata né dalla storia medica (prima comparsa dei sintomi), né con riferimento ai risultati clinici. A suo modo di vedere, il meccanismo dell'incidente non era idoneo a causare un'epicondilite, la quale con ogni probabilità va ritenuta preesistente all'incidente. Quanto al tratto lombare, il dr.

\_\_\_\_\_ ha nuovamente evidenziato come dall'esame RMI sia stata documentata l'esistenza di massicce alterazioni degenerative preesistenti, senza danni strutturali post-traumatici, confermando che la caduta subita dall'interessato non fosse idonea a causare un'ernia del disco. Il dr. \_\_\_\_\_ ha infatti indicato che: "(...) Die vertrauensärztliche Beurteilung der Unfallkausalität der Diskushernie bleibt unverändert: Die MRI-Abklärung ergab massive vorbestehende degenerative Veränderungen ohne Nachweis einer unfallkausalen strukturellen Schädigung. Das Ereignis war nicht geeignet, eine Diskushernie zu verursachen. Die Kriterien für die Anerkennung als traumatische Diskushernie (Unfallereignis von besonderer Schwere, unverzügliche Symptome der Diskushernie (vertebrales oder lumbovertebrales Syndrom) mit sofortiger AUF; BGE 8C\_1014/2010 vom 19.4.2011) sind nicht erfüllt. Insbesondere ist die im gleichen BGE angeführte Voraussetzung für die Anerkennung einer Diskushernie als Traumafolge bei vorbestehenden degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule nicht erfüllt, wonach das Unfallereignis so schwer sein muss, dass das Ereignis auch bei einer normalen, nicht vorgeschädigten Bandscheibe eine Diskushernie verursachen müsste. Diese Schwere des Ereignisses ist bei einem Sturz aus Körperhöhe auf das Gesäss und die rechte Seite eindeutig nicht erfüllt. Insgesamt ist es somit durch das Ereignis zu einer vorübergehenden, nicht richtungweisenden Verschlechterung des degenerativen Vorzustandes gekommen, St. quo sine erreicht am 18.2.2018. Zudem sei nochmals darauf verweisen dass der VT selbst in einem Mail vom 11 .4.2018 an den Unfallversicherer ausdrücklich festgehalten hat, die Epikondylitis und die LWS-Läsionen hätten nichts mit dem Unfall zu tun, sondern seien eine Berufskrankheit, die man während den Unfallabklärungen bemerkt hätte ." Infine, il dr. \_\_\_\_\_ ha nuovamente negato l'esistenza di una malattia professionale (doc. M14).

2.7. In sede ricorsuale, l'avv. RA 1 ha contestato il valore probante delle valutazioni del medico di fiducia dell'assicuratore infortuni. Quest'ultimo, infatti, a suo modo di vedere, senza avere visitato l'interessato e ignorando le risultanze degli esami svolti, ha escluso l'origine traumatica dei disturbi fatti valere dall'assicurato, in netta contraddizione con quanto, invece, riconosciuto dai numerosi specialisti consultati dall'assicurato. Il patrocinatore ha ricordato che il dr. \_\_\_\_\_, con referto del 3 gennaio 2018, ha diagnosticato una "tendinopatia cuffia spalla destra post trauma e sciatalgia post trauma con disestesie arto inferiore sinistro"; che il Prof. dr. \_\_\_\_\_ nella visita specialistica neurochirurgica del 9 aprile 2018 ha accertato che vi è "una relazione temporale tra l'evento traumatico e la comparsa del dolore lombosciotalgico (attualmente solo sciotalgico) e causale (fuoriuscita di ernia discale lombare come documentato dalla RM lombare) che richiederà un intervento chirurgico"; che in data 12 aprile 2018 la dr.ssa \_\_\_\_\_ ha

rilevato una “importante ernia L4/L5 a sinistra migrata in basso” e una malattia professionale; che nella visita neurologica del 20 aprile 2018 il dr. \_\_\_\_\_ ha senza ombra di dubbio accertato che l’assicurato “fino all’infortunio sul lavoro del 22 dicembre 2017 non aveva manifestato disturbi alla schiena o irradiazioni e non aveva subito traumi gravi” (doc. I). A tutti questi concordanti pareri, il patrocinatore del ricorrente ha aggiunto quanto rilevato dalla dr.ssa \_\_\_\_\_, medico chirurgo specialista in medicina legale, la quale, nella perizia di parte del 21 maggio 2018, pur riscontrando la presenza di un quadro anteriore sia a carico della spalla destra, che del rachide lombosacrale (da ricondurre a malattia professionale a suo modo di vedere), ha valutato che “il peggioramento del quadro clinico anteriore, però, è sicuramente da ricondursi all’evento occorso nell’infortunio del 22 dicembre 2017, proprio come evidenziato dai pareri dei plurimi specialisti consultati, tutti concordi sulla natura post-traumatica delle lesioni sia negli esiti distrattivi a carico della spalla destra dominante sia a carico del rachide lombosacrale. Nell’immediatezza del fatto il signor RI 1 ha manifestato la tipica sintomatologia dolorosa e parestetica all’arto inferiore che fino ad allora era stata silente e che richiederà al più presto un intervento chirurgico. Vengono così soddisfatti i seguenti criteri medico-legali: cronologico, qualitativo, quantitativo, modale e della continuità fenomenologica” (doc. L). L’avv. RA 1 ha, pure, trasmesso il referto della visita medico di fiducia del 16 novembre 2018 redatto, su incarico CO 1 in qualità di assicuratore per la perdita di guadagno in ambito di malattia, dal dr. \_\_\_\_\_, onde valutare, nell’ambito delle indennità giornaliere di malattia, la capacità lavorativa dell’interessato (doc. J). In corso di causa, il patrocinatore ha prodotto ulteriore documentazione medica, attestante l’esistenza di una gonalgia a destra (cfr. doc. Q e doc. T). L’assicurato ha, pure, trasmesso al TCA il referto concernente l’ecografia muscolotendinea gomito destro del 15 giugno 2019, la quale ha confermato che “tutti i reperti sono congrui con la diagnosi di epicondilita” (doc. S). In aggiunta, l’assicurato ha prodotto un “parere ortopedico in sede di consulenza medico-legale di parte”, datato 30 maggio 2019, redatto dal dr. \_\_\_\_\_, medico chirurgo specialista in ortopedia e traumatologia dell’Istituto \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, del seguente tenore: " In relazione all'evento traumatico riferito dal periziando RI 1 del 22-12-2017 in \_\_\_\_\_ (TI) - CH Si svolgono le seguenti rilevazioni: 1) Gli episodi di sciatalgia sinistra avvenuti negli anni precedenti al trauma e documentati da visite specialistiche, non hanno mai indotto alcun medico a proporre indagini specialistiche quali EMG o ENG o diagnostiche quali RMN o TC, pertanto non si era, all'epoca, veduta la necessità di indagare una lombo-sciatalgia sinistra in agricoltore evidentemente dedito anche a sforzi quotidiani 2) La RMN della colonna lombo-sacrale del 22-2-2018 evidenziava in FSE T2 REL un quadro di ottima idratazione dei dischi fino a L4-L5-S1 che invece si mostravano parzialmente idratati. Ciò indica uno stato di parziale degenerazione con ancora una potenzialità, poi espressa in sede di sforzo del 22-12-17, erniaria 3) L'EMG degli arti inferiori del 14-5-2018 evidenziava una "neuropatia motoria di tipo misto, prevalentemente assonale, del n. SPE sinistro con segni di avanzata denervazione, anche attiva, nel m. EBD" segni questi di un danno recente ancora attivo e correlabile all'evento del 22-12-17. CONCLUSIONI Si ritiene, da quanto suddetto, che l'evento traumatico, sebbene su terreno parzialmente degenerato a livello discale, rappresenti una sicura causa di aggravamento delle condizioni cliniche ed anatomo-patologiche in L4-L5-S1 a sinistra e che pertanto le successive soluzioni messe in atto siano pertinenti con gli effetti dell'evento de-quo ." (Doc. R) Su questi ulteriori documenti medici prodotti dall’assicurato l’assicuratore LAINF, chiamato ad esprimersi dal TCA, ha comunicato di rinunciare a prendere posizione (doc. IX, XIII). 2.8. 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 (in questo senso, si veda pure la STF 8C\_329/2017 del 5 settembre 2018 consid. 5.3). 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). 2.9. Chiamato a pronunciarsi, tutto ben considerato, il TCA ritiene che la documentazione medica agli atti dimostra, con il grado di verosimiglianza richiesto dalla giurisprudenza federale, che,

trattandosi dei disturbi interessanti la spalla destra, lo status quo sine a margine dell'evento infortunistico assicurato è stato raggiunto, al più tardi, a far tempo dal 18 febbraio 2018. In proposito, questo Tribunale rileva che, contrariamente a quanto obiettato dall'assicurato e dal suo patrocinatore, l'assicuratore infortuni, basandosi sulla valutazione del proprio medico di fiducia, ha riconosciuto il carattere post-traumatico dei disturbi interessanti la spalla destra e il conseguente diritto a prestazioni. Il dr. \_\_\_\_\_, infatti, pur ricordando che non è possibile distinguere ecograficamente tra una tendinite preesistente e un lieve stiramento di primo grado del tendine della cuffia dei rotatori, ha ammesso il carattere causale dello stiramento del tendine del sopraspinato. Il medico ha anche spiegato le ragioni per le quali, a suo giudizio, a partire dal 18 febbraio 2018 è stato raggiunto lo status quo sine in relazione alla contusione subita alla spalla destra, indicando che "eine erstgradige Zerrung einer Sehne (Überdehnung ohne strukturelle Schädigung der Sehne) heilt innert 6 bis 8 Wochen aus" (cfr. doc. M14). Questo Tribunale ritiene che la tempistica valutata dal dr. \_\_\_\_\_ sia congrua, alla luce della giurisprudenza federale (sul tema, si veda la STF 8C\_594/2016 del 4 novembre 2016 consid. 3.1: "Wenn der Versicherte demnach keine Rotatorenmanschettenruptur erlitten, sondern sich lediglich eine Schulterkontusion zugezogen habe, müsse mit den schlüssigen Auskünften des Dr. med. E. eine vorübergehende Verschlimmerung eines Vorzustandes angenommen werden, die nach vier bis sechs Wochen ausgeheilt gewesen sei." – il corsivo è della redattrice). Le obiezioni sollevate in sede di ricorso dal patrocinatore dell'assicurato non appaiono atte a generare dei dubbi, nemmeno lievi, circa la fondatezza delle valutazioni del dr. \_\_\_\_\_, specialista nella materia in questione. In particolare, il TCA non condivide la tesi sostenuta dall'assicurato a proposito di una presunta rottura del tendine della cuffia, circostanza che non trova conferma negli atti e, nello specifico, negli esami strumentali che hanno permesso di escludere l'esistenza di reperti post-traumatici (cfr. RM della spalla destra del 23 aprile 2018, doc. 67.11, dalla quale risultano "limitate irregolarità del segnale di significato tendinite con all'inserzione laterale del tendine del sopraspinato senza segni di discontinuità – il corsivo è della redattrice). In esito a tutto quanto precede, il TCA ritiene quindi 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 il nesso di causalità naturale tra i disturbi alla spalla destra e l'evento infortunistico del dicembre 2017 si è estinto il 18 febbraio 2018, data in cui è stato raggiunto lo status quo sine. L'istituto assicuratore convenuto era pertanto legittimato a negare, per tali disturbi, il diritto ad ulteriori prestazioni a contare da quella data. Stante quanto sopra esposto, questo Tribunale può esimersi dal disporre ulteriori misure istruttorie per quanto riguarda la spalla, ritenendo che le circostanze giuridicamente rilevanti siano già state adeguatamente accertate. In proposito, va ricordato che, per costante giurisprudenza, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato ( valutazione anticipata delle prove ), si rinuncerà ad assumere altre prove (cfr. STF 9C\_632/2012 del 10 gennaio 2013; STF 9C\_231/2012 del 24 agosto 2012), senza che ciò costituisca una lesione del diritto di essere sentito sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata). 2.10. Questo Tribunale ritiene altrettanto condivisibile il ragionamento seguito

dall'amministrazione per quanto concerne i disturbi al gomito fatti valere dall'assicurato. Come pertinentemente rilevato dal dr. \_\_\_\_\_, al di là della diagnosi posta di epicondilitis, non emergono al gomito oggettivi elementi organici da ricondurre all'infortunio. Inoltre, il meccanismo della caduta non era idoneo a provocare un'epicondilitis, la quale deve quindi essere considerata, secondo verosimiglianza preponderante, di origine morbosa e quindi preesistente. Il TCA non ha motivo per distanziarsi da queste chiare e ben motivate considerazioni dello specialista consultato dall'assicuratore infortuni, le quali, del resto, vengono confermate dagli esiti dell'ecografia muscolotendinea del gomito destro del 15 giugno 2019, nella quale si conclude che "tutti i reperti sono congrui con la diagnosi di epicondilitis" (doc. S). 2.11. Se quindi, per quanto concerne la valutazione dei disturbi alla spalla destra e al gomito, questo Tribunale condivide quanto stabilito dall'assicuratore infortuni nella decisione su opposizione impugnata, analogo ragionamento non può, invece, essere seguito, a mente del TCA, senza che prima vengano svolti ulteriori approfondimenti, riguardo ai disturbi accusati dall'assicurato in sede lombare. Al fine di sgombrare il campo da malintesi, vista la confusione che emerge dall'attenta disamina della documentazione agli atti (in particolare dal tenore dei messaggi e-mail intercorsi tra l'assicurato e l'assicuratore infortuni), il TCA rileva, innanzitutto, che l'assicuratore infortuni ha riconosciuto l'infortunio, così come il nesso causale tra i disturbi presentati dall'interessato a livello lombare e l'infortunio, seppure limitatamente ad un periodo di tempo di otto settimane (termine trascorso il quale sarebbe stato raggiunto lo status quo sine/ante). Ciò che, invece, è stato negato – e sul quale verte la presente vertenza – è il carattere post-traumatico in senso stretto delle ernie lombari, le quali secondo il dr. \_\_\_\_\_, vista la dinamica dell'infortunio, l'apparizione dei disturbi sensoriali all'arto inferiore sinistro a distanza di un periodo di tempo compreso fra pochi giorni e poche settimane dopo l'accaduto e i riscontri risultanti dagli esami strumentali (in particolare la RMI del 22 febbraio 2018, la quale mostra reperti degenerativi senza alterazioni strutturali) vanno considerate preesistenti. Chiamata ora a pronunciarsi, questa Corte, non può escludere, con la necessaria tranquillità, senza che prima il tema sia stato oggetto di approfondimento peritale, l'origine traumatica delle ernie discali lombari, o, perlomeno, che il trauma subito in occasione della caduta abbia aggravato durevolmente lo stato morboso preesistente a livello lombare. Innanzitutto, il TCA rileva che non appare chiara - e necessita preliminarmente di essere approfondita - la questione inerente il momento di apparizione della tipica sintomatologia sciatalgica. Il dr. \_\_\_\_\_ ha, infatti, negato l'origine traumatica delle ernie, a suo avviso preesistenti, anche perché "Die Sensibilitätsstörungen im linken Bein sind erst Tage bis wenige Wochen nach dem Ereignis aufgetreten" (cfr. doc. M10, corsivo della redattrice). Tale opinione è stata contestata dall'assicurato, il quale, in sede ricorsuale, ha sostenuto fermamente il contrario. Già in precedenza, del resto, chiamato a meglio precisare la dinamica dell'infortunio, nello scritto raccomandato del 9 marzo 2018 trasmesso all'assicuratore infortuni, egli aveva indicato che "il dolore alla spalla si è manifestato subito, mentre quello alla schiena dopo qualche ora" (doc. 24, corsivo della redattrice). Quest'ultima tesi troverebbe conferma nel referto del 22 dicembre 2017 (giorno stesso dell'infortunio, n.d.r.) redatto dal dr. \_\_\_\_\_, il quale ha attestato l'esistenza anche di "dolori in regione sacro-coccigea e parestesie all'arto inferiore sinistro" (cfr. doc. 58.2, corsivo della redattrice). Tale aspetto appare di importanza fondamentale al fine di potere stabilire se l'infortunio occorso al ricorrente nel mese dicembre 2017 possa essere considerato responsabile di aver causato (in senso stretto) le lesioni discali che gli sono state diagnosticate nel prosieguo, o quantomeno, in ossequio alla

giurisprudenza menzionata al considerando 2.5., di aver provocato un peggioramento duraturo dello stato patologico preesistente. Il rinvio degli atti all'assicuratore infortuni affinché metta in atto un approfondimento peritale riguardante i disturbi al rachide lombare dell'interessato risulta doveroso anche alla luce della documentazione medico-specialistica prodotta in corso di causa dal ricorrente – e sulla quale l'assicuratore LAINF ha rinunciato a prendere posizione – la quale appare idonea a sollevare perlomeno lievi dubbi a proposito delle conclusioni del medico fiduciario. In presenza, infatti, di opinioni divergenti tra quanto valutato dal dr. \_\_\_\_\_ – secondo il quale la caduta del 22 dicembre 2017 ha “solo” prodotto un temporaneo peggioramento dello stato degenerativo preesistente esistente a livello lombare, con raggiungimento dello status quo ante a partire dal 18 febbraio 2018 (cfr. doc. M10 e doc. M14) – e quanto, invece, sostenuto dal dr. \_\_\_\_\_ nel parere ortopedico del 30 maggio 2019 – con il quale lo specialista, pur riconoscendo l'esistenza di un “terreno parzialmente degenerato”, ha apportato motivazioni a sostegno del carattere traumatico di quanto riscontrato in L4-L5-S1, quantomeno in termini di aggravamento direzionale (cfr. doc. R) - questo Tribunale non può prescindere dal disporre un rinvio degli atti all'assicuratore LAINF per gli accertamenti peritali esterni del caso, al fine di potere chiarire definitivamente se il trauma abbia causato in senso stretto, o almeno aggravato in maniera duratura, i danni discali responsabili della sciatalgia all'arto inferiore sinistro. Nell'eventualità in cui non dovesse essere riconosciuta l'origine traumatica dei disturbi lombari, ma dovesse essere confermata la valutazione del medico fiduciario dell'assicuratore infortuni a proposito del carattere preesistente delle ernie discali e delle alterazioni degenerative riscontrate nella RMN lombare, “solo” temporaneamente aggravate dall'infortunio, spetterà comunque al perito stabilire quando sia sopraggiunto lo status quo sine/ante. Nel fare ciò, occorrerà tenere presente che, secondo la dottrina medica dominante, in caso di lombalgie e di lomboischialgie postraumatiche, lo status quo sine si ritiene raggiunto dopo tre/quattro mesi, mentre un eventuale aggravamento direzionale deve essere dimostrato radiologicamente e distinguersi da una progressione legata all'età. Il peggioramento traumatico di un preesistente stato degenerativo della colonna vertebrale, clinicamente asintomatico, cessa di produrre i propri effetti trascorsi dai sei ai nove mesi, al più tardi dopo un anno (cfr. SVR 2009 UV n 1 p. 1; STF 8C\_562/2010 del 3 agosto 2011 consid. 5.1, 8C\_314/2011 del 12 luglio 2011 consid. 7.2.3, 8C\_416/2010 del 29 novembre 2010 consid. 3.3 e 8C\_679/2010 del 10 novembre 2010 consid. 3.3 ). Per inciso, il TCA tiene a rimarcare che, contrariamente a quanto rilevato dall'assicurato (cfr. doc. 56), il periodo di otto settimane indicato nella decisione su opposizione impugnata non corrisponde al lasso di tempo trascorso il quale, secondo l'assicuratore infortuni, sarebbero insorti i problemi lombari e i susseguenti disturbi all'arto inferiore sinistro dell'interessato, bensì al momento di raggiungimento dello status quo sine/ante. La scelta di riconoscere il diritto a prestazioni unicamente durante questo ridotto intervallo di tempo, inferiore a quello usualmente riconosciuto dalla giurisprudenza sopra ricordata nei casi di peggioramento traumatico di un preesistente stato degenerativo della colonna vertebrale, avrebbe in ogni caso necessitato di essere motivata da parte del dr. \_\_\_\_\_, al quale CO 1 avrebbe dovuto comunque chiedere spiegazioni (sul tema vedi anche STCA 35.2016.62 del 23 gennaio 2017, confermata con STF 8C\_159/2017 del 18 aprile 2018, nella quale è stato riconosciuto che l'evento traumatico ha aggravato (temporaneamente) lo stato patologico preesistente a livello del rachide lombare, con raggiungimento dello status quo sine/ante dopo 9 mesi dall'infortunio). La decisione su opposizione impugnata va quindi annullata e gli atti rinviati all'assicuratore infortuni affinché approfondisca in ambito peritale l'origine

dei disturbi presentati dall'assicurato a livello lombare, prima di esprimersi nuovamente riguardo al diritto a prestazioni. 2.12. Resta, infine, da verificare se i disturbi fatti valere dall'assicurato (epicondilite e spondilosi) possono essere considerati malattia professionale, come da lui preteso, oppure no. Giusta l'art. 9 cpv. 1 LAINF, sono malattie professionali quelle causate esclusivamente o prevalentemente da sostanze nocive o da determinati lavori nell'esercizio dell'attività professionale. Fondandosi sulla delega di competenza contenuta in detto disposto, nonché sull'art. 14 OAINF, il Consiglio federale ha allestito, nell'allegato 1 all'OAINF, l'elenco esaustivo delle sostanze nocive da un canto, quello delle malattie provocate da determinati lavori dall'altro. Il cpv. 2 dell'art. 9 LAINF recita che le altre malattie di cui è provato siano state causate esclusivamente o in modo affatto preponderante dall'esercizio dell'attività professionale sono, pure, considerate malattie professionali. La legge prevede, dunque, che, affinché nasca l'obbligo dell'assicuratore LAINF a prestazioni, fra le altre malattie e l'esercizio di un'attività professionale vi sia un rapporto esclusivo o almeno nettamente preponderante: la giurisprudenza ritiene soddisfatta tale condizione quando l'affezione è stata causata dall'attività professionale almeno nella misura del 75% (DTF 126 V 186 consid. 2b, DTF 119 V 201 consid. 2b, DTF 117 V 355 consid. 2a, DTF 114 V 109 consid. 3; RAMI 1991 p. 318ss., consid. 5a; Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 68). Il TFA ha, poi, ancora stabilito che ciò presume che, epidermiologicamente, la frequenza dell'affezione in questione sia almeno 4 volte più alta per una categoria professionale determinata che per la popolazione in generale (DTF 126 V 183 consid. 4c e riferimenti ivi menzionati, DTF 116 V 136, consid. 5c; RAMI 2000 U 408, p. 407, RAMI 1999 U 326, p. 109 consid. 3 RAMI 1997 U 273, p. 179 consid. 3a; Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 68). Nella sentenza di cui alla DTF 126 V 183, l'Alta Corte ha inoltre precisato che sapere se un'affezione configura una malattia professionale ai sensi dell' art. 9 cpv. 2 LAINF è in primo luogo una questione di prove in un caso concreto. Tuttavia, qualora in base ai dati forniti dalla scienza medica emerga non poter a dipendenza della particolare natura di una determinata affezione essere provato che la medesima sia riconducibile all'esercizio di un'attività professionale, non è consentito fornire la prova di una causalità qualificata in un'evenienza concreta giusta l' art. 9 cpv. 2 LAINF (in questo stesso senso, si veda pure la STFA U 35/02 del 26 febbraio 2004).

2.13. Nel caso di specie, fondandosi sul parere fornito dal dr. Joller, l'assicuratore infortuni ha rifiutato di riconoscere il carattere di malattia professionale ai disturbi presentati dall'interessato al gomito e al rachide lombare ai sensi dell'art. 9 cpv. 2 LAINF, non essendo stata dimostrata l'esistenza di un nesso di causalità esclusivo o nettamente preponderante. Chiamato a pronunciarsi, questo Tribunale evidenzia, innanzitutto, come appaia prematuro esprimersi a proposito dell'eventuale carattere di malattia professionale dei disturbi presentati dall'assicurato al rachide lombare, posto che, come visto in precedenza (cfr. consid. 2.11.), non è possibile, allo stato attuale, escludere che la caduta del 22 dicembre 2017 abbia provocato in senso stretto i danni riscontrati a livello lombare o sia quantomeno all'origine di un peggioramento direzionale, e quindi duraturo, degli stessi. Se così fosse, infatti, l'assicuratore LAINF sarebbe chiamato a riconoscere le prestazioni a titolo di infortunio, circostanza che renderebbe quindi superflua ogni analisi in materia di malattia professionale. Passando, invece, all'analisi dell'epicondilite, nella presa di posizione del 28 maggio 2018 (doc. M12), poi ribadita in data 22 luglio 2018 (doc. M14), il dr. \_\_\_\_\_, dopo avere indicato che l'epicondilite non risulta nell'elenco delle malattie professionali di cui all'allegato 1.2 all'OAINF, ha pure negato che la stessa possa essere riconosciuta quale malattia professionale ai sensi dell'art. 9 cpv. 2 LAINF. Il medico fiduciario ha spiegato

che, sulla base delle attuali conoscenze mediche, non vi sono indicazioni a sostegno della tesi che un'epicondilite radiale venga causata in maniera preponderante da lavori fisici pesanti o ripetitivi, dato contraddetto dall'elevato tasso di incidenza dell'affezione nella popolazione tra i 35 e i 55 anni. Ciò porta a considerare come prevalente la tesi dell'origine multifattoriale dell'epicondilite, motivo per il quale solo in casi estremamente rari – non presenti nel caso di specie - si può considerare che uno sforzo professionale sia almeno nella misura del 75% responsabile dell'epicondilite. Chiamato a pronunciarsi, questo Tribunale ritiene che la valutazione del dr. \_\_\_\_\_, secondo il quale non sono adempiuti i restrittivi presupposti per riconoscere una malattia professionale sulla base dell'art. 9 cpv. 2 LAINF, possa validamente costituire da supporto probatorio al presente giudizio. Del resto, dal profilo medico non è stato dimostrato che l'epicondilite si manifesti per coloro che esercitano la professione di stalliere-operaio agricolo in misura quattro volte superiore rispetto al resto della popolazione. L'assicurato ha sì preteso che sussista un nesso di causalità esclusivo o nettamente preponderante ai sensi della giurisprudenza, senza tuttavia apportare elementi probanti in grado di smentire il ragionamento seguito dal dr. \_\_\_\_\_. Analogamente a quanto stabilito dalla giurisprudenza relativa alla nozione di infortunio, colui che chiede il riconoscimento di prestazioni dell'assicurazione contro gli infortuni deve rendere plausibile la sussistenza dei singoli elementi costitutivi della definizione della malattia professionale. Qualora non adempia questi requisiti, l'assicurazione non è tenuta ad assumere il caso. Se vi è controversia, spetta al giudice decidere se i presupposti della malattia professionale sono dati. Il giudice stabilisce d'ufficio i fatti di causa; a tal fine può richiedere la collaborazione delle parti. Se la procedura non consente di concludere almeno per la verosimiglianza dell'esistenza di una malattia professionale - la semplice possibilità non essendo sufficiente - il giudice constaterà l'assenza di prove o di indizi pertinenti e, pertanto, l'inesistenza del diritto a prestazioni ai sensi della LAINF (DTF 116 V 140 consid. 4b e 142 consid. 5a, 114 V 305 consid. 5b, 111 V 201 consid. 6b; RAMI 1990 U 86, p. 50). Dagli atti emerge che l'assicurato ha fondato la propria richiesta, in particolare, sulla valutazione medico-legale del 21 maggio 2018 della dr.ssa \_\_\_\_\_. Quest'ultima ha ritenuto che “dalla disamina della suddetta documentazione non vi è dubbio della presenza di un quadro anteriore sia a carico della spalla destra che del rachide lombo-sacrale che, con grande probabilità, possono essere ricondotti a malattia professionale stante la particolare tipologia di attività lavorativa che esercita il sig. RI 1 quale stalliere e sicuramente sottoposto a microtraumi ripetuti interessanti sia le spalle che il rachide lombo-sacrale” (doc. L). Ora, tali generiche affermazioni non sono, secondo questo Tribunale, atte a mettere in dubbio la motivata spiegazione fornita dal dr. \_\_\_\_\_ per negare il carattere di malattia professionale all'epicondilite, fondata sullo stato delle attuali conoscenze mediche. Per le medesime ragioni, il TCA non ritiene decisive neppure le argomentazioni ricorsuali, con le quali il patrocinatore dell'assicurato ha addotto la natura eccezionalmente impegnativa delle mansioni dell'interessato, le quali, a suo modo di vedere, portano a concludere che le patologie dell'interessato siano state causate dall'attività lavorativa “anche ben oltre la misura del 75%” (doc. I). Al di là del parere di parte, infatti, resta il fatto che, come visto, non essendo possibile fornire, in base alla medicina empirica, la prova di un nesso di causalità qualificato (ad esempio, poiché una malattia è largamente presente nella popolazione, ciò che esclude che la persona che svolge una determinata professione assicurata sia toccata almeno 4 volte più spesso che la popolazione in generale), non vi può essere riconoscimento nel caso concreto (cfr. DTF 126 V 186 consid. 2b, 190 consid. 4c).

Tale conclusione trova conferma anche nella giurisprudenza federale concernente casi di epicondilita (cfr. STF 8C\_757/2018 del 28 marzo 2019, 8C\_117/2016 del 27 gennaio 2017, 8C\_410/2009 del 10 novembre 2009). 2.14. Visto l'esito favorevole 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), l'assicurato, patrocinato da un legale, ha diritto al versamento da parte dell'assicuratore LAINF di fr. 2'200.-- a titolo di ripetibili.

## **E. 18**

febbraio 2018 è stato raggiunto lo status quo sine in relazione alla contusione subita alla spalla destra, indicando che ■eine erstgradige Zerrung einer Sehne (Überdehnung ohne strukturelle Schädigung der Sehne) heilt innert 6 bis 8 Wochen aus■ (cfr. doc. M14).

Questo Tribunale ritiene che la tempistica valutata dal dr. \_\_\_\_\_ sia congrua, alla luce della giurisprudenza federale (sul tema, si veda la STF 8C\_594/2016 del 4 novembre 2016 consid. 3.1: ■Wenn der Versicherte demnach keine Rotatorenmanschettenruptur erlitten, sondern sich lediglich eine Schulterkontusion zugezogen habe, müsse mit den schlüssigen Auskünften des Dr. med. E. eine vorübergehende Verschlimmerung eines Vorzustandes angenommen werden, dienach vier bis sechs Wochen ausgeheilt gewesen sei.■ ■ il corsivo è della redattrice).

Le obiezioni sollevate in sede di ricorso dal patrocinatore dell'assicurato non appaiono atte a generare dei dubbi, nemmeno lievi, circa la fondatezza delle valutazioni del dr. \_\_\_\_\_, specialista nella materia in questione.

In particolare, il TCA non condivide la tesi sostenuta dall'assicurato a proposito di una presunta rottura del tendine della cuffia, circostanza che non trova conferma negli atti e, nello specifico, negli esami strumentali che hanno permesso di escludere l'esistenza di reperti post-traumatici (cfr. RM della spalla destra del 23 aprile 2018, doc. 67.11, dalla quale risultano ■limitate irregolarità del segnale di significato tendinite con all'■inserzione laterale del tendine del sovraspinato senza segni di discontinuità■ il corsivo è della redattrice).

In esito a tutto quanto precede, il TCA ritiene quindi 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 il nesso di causalità naturale tra i disturbi alla spalla destra e l'evento infortunistico del dicembre 2017 si è estinto il 18 febbraio 2018, data in cui è stato raggiunto lo status quo sine. L'istituto assicuratore convenuto era pertanto legittimato a negare, per tali disturbi, il diritto ad ulteriori prestazioni a contare da quella data.

Stante quanto sopra esposto, questo Tribunale può esimersi dal disporre ulteriori misure istruttorie per quanto riguarda la spalla, ritenendo che le circostanze giuridicamente rilevanti siano già state adeguatamente accertate. In proposito, va ricordato che, per costante giurisprudenza, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato (valutazione anticipata delle prove), si rinuncerà ad assumere altre prove (cfr. STF 9C\_632/2012 del 10 gennaio

2013; STF 9C\_231/2012 del 24 agosto 2012), senza che ciò costituisca una lesione del diritto di essere sentito sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata).

2.10. Questo Tribunale ritiene altrettanto condivisibile il ragionamento seguito dall'Amministrazione per quanto concerne i disturbi gomito-fatti valere dall'assicurato.

Come pertinentemente rilevato dal dr. \_\_\_\_\_, al di là della diagnosi posta di epicondilita, non emergono al gomito oggettivi elementi organici da ricondurre all'infortunio. Inoltre, il meccanismo della caduta non era idoneo a provocare un'epicondilita, la quale deve quindi essere considerata, secondo verosimiglianza preponderante, di origine morbosa e quindi preesistente.

Il TCA non ha motivo per distanziarsi da queste chiare e ben motivate considerazioni dello specialista consultato dall'assicuratore infortuni, le quali, del resto, vengono confermate dagli esiti dell'ecografia muscolotendinea del gomito destro del 15 giugno 2019, nella quale si conclude che tutti i reperti sono congrui con la diagnosi di epicondilita (doc. S).

2.11. Se quindi, per quanto concerne la valutazione dei disturbi alla spalla destra e al gomito, questo Tribunale condivide quanto stabilito dall'assicuratore infortuni nella decisione su opposizione impugnata, analogo ragionamento non può, invece, essere seguito, a mente del TCA, senza che prima vengano svolti ulteriori approfondimenti, riguardo ai disturbi accusati dall'assicurato in sede lombare.

Al fine di sgombrare il campo da malintesi, vista la confusione che emerge dall'attenta disamina della documentazione agli atti (in particolare dal tenore dei messaggi e-mail intercorsi tra l'assicurato e l'assicuratore infortuni), il TCA rileva, innanzitutto, che l'assicuratore infortuni ha riconosciuto l'infortunio, così come il nesso causale tra i disturbi presentati dall'interessato a livello lombare e l'infortunio, seppure limitatamente ad un periodo di tempo di otto settimane (termine trascorso il quale sarebbe stato raggiunto lo status quo sine/ante).

Ciò che, invece, è stato negato e sul quale verte la presente vertenza è il carattere post-traumatico in senso stretto delle ernie lombari, le quali secondo il dr. \_\_\_\_\_, vista la dinamica dell'infortunio, l'apparizione dei disturbi sensoriali all'arto inferiore sinistro a distanza di un periodo di tempo compreso fra pochi giorni e poche settimane dopo l'accaduto e i riscontri risultanti dagli esami strumentali (in particolare la RMI del 22 febbraio 2018, la quale mostra reperti degenerativi senza alterazioni strutturali) vanno considerate preesistenti.

Innanzitutto, il TCA rileva che non appare chiara - e necessita preliminarmente di essere approfondita - la questione inerente il momento di apparizione della tipica sintomatologia sciatalgica.

Il dr. \_\_\_\_\_ ha, infatti, negato l'origine traumatica delle ernie, a suo avviso preesistenti, anche perché Die Sensibilitätsstörungen im linken Beinsind erst Tage bis wenige Wochen nach dem Ereignis aufgetreten (cfr. doc. M10, corsivo della redattrice).

Tale aspetto appare di importanza fondamentale al fine di potere stabilire se l'infortunio occorso al ricorrente nel mese dicembre 2017 possa essere considerato responsabile di avercausato (in senso stretto) le lesioni discali che gli sono state diagnosticate nel prosieguo, o quantomeno, in ossequio alla giurisprudenza menzionata al considerando 2.5., di aver provocato un peggioramento duraturo dello stato patologico preesistente.

Il rinvio degli atti all'assicuratore infortuni affinché metta in atto un approfondimento peritale riguardante i disturbi al rachide lombare dell'interessato risulta doveroso anche alla luce della documentazione medico-specialistica prodotta in corso di causa dal ricorrente ■ e sulla quale l'assicuratore LAINF ha rinunciato a prendere posizione ■ la quale appare idonea a sollevare perlomeno lievi dubbi a proposito delle conclusioni del medico fiduciario.

In presenza, infatti, di opinioni divergenti tra quanto valutato dal dr. \_\_\_\_\_ ■ secondo il quale la caduta del 22 dicembre 2017 ha ■solo■ prodotto un temporaneo peggioramento dello stato degenerativo preesistente esistente a livello lombare, con raggiungimento dello status quo ante a partire dal 18 febbraio 2018 (cfr. doc. M10 e doc. M14) ■ e quanto, invece, sostenuto dal dr. \_\_\_\_\_ nel parere ortopedico del 30 maggio 2019 ■ con il quale lo specialista, pur riconoscendo l'esistenza di un ■terreno parzialmente degenerato■, ha apportato motivazioni a sostegno del carattere traumatico di quanto riscontrato in L4-L5-S1, quantomeno in termini di aggravamento direzionale (cfr. doc. R) - questo Tribunale non può prescindere dal disporre un rinvio degli atti all'assicuratore LAINF per gli accertamenti peritali esterni del caso, al fine di potere chiarire definitivamente se il trauma abbia causato in senso stretto, o almeno aggravato in maniera duratura, i danni discali responsabili della sciatalgia all'arto inferiore sinistro.

Nell'eventualità in cui non dovesse essere riconosciuta l'origine traumatica dei disturbi lombari, ma dovesse essere confermata la valutazione del medico fiduciario dell'assicuratore infortuni a proposito del carattere preesistente delle ernie discali e delle alterazioni degenerative riscontrate nella RMN lombare, ■solo■ temporaneamente aggravate dall'infortunio, spetterà comunque al perito stabilire quando sia sopraggiunto lo status quo sine/ante.

Nel fare ciò, occorrerà tenere presente che, secondo la dottrina medica dominante, in caso di lombalgie e di lomboischialgie postraumatiche, lo status quo sine si ritiene raggiunto dopo tre/quattro mesi, mentre un eventuale aggravamento direzionale deve essere dimostrato radiologicamente e distinguersi da una progressione legata all'età. Il peggioramento traumatico di un preesistente stato degenerativo della colonna vertebrale, clinicamente asintomatico, cessa di produrre i propri effetti trascorsi dai sei ai nove mesi, al più tardi dopo un anno (cfr. SVR 2009 UV n 1 p. 1; STF 8C\_562/2010 del 3 agosto 2011 consid. 5.1, 8C\_314/2011 del 12 luglio 2011 consid. 7.2.3, 8C\_416/2010 del 29 novembre 2010 consid. 3.3 e 8C\_679/2010 del 10 novembre 2010 consid. 3.3).

Per inciso, il TCA tiene a rimarcare che, contrariamente a quanto rilevato dall'assicurato (cfr. doc. 56), il periodo di otto settimane indicato nella decisione su opposizione impugnata non corrisponde al lasso di tempo trascorso il quale, secondo l'assicuratore infortuni, sarebbero insorti i problemi lombari e i susseguenti disturbi all'arto inferiore sinistro dell'interessato, bensì al momento di raggiungimento dello status quo sine/ante.

La scelta di riconoscere il diritto a prestazioni unicamente durante questo ridotto intervallo di tempo, inferiore a quello usualmente riconosciuto dalla giurisprudenza sopra ricordata nei casi di peggioramento traumatico di un preesistente stato degenerativo della colonna vertebrale, avrebbe in ogni caso necessitato di essere motivata da parte del dr. \_\_\_\_\_, al quale CO 1 avrebbe dovuto comunque chiedere spiegazioni (sul tema vedi anche STCA 35.2016.62 del 23 gennaio 2017, confermata con STF 8C\_159/2017 del 18 aprile 2018, nella quale è stato riconosciuto che l'evento traumatico ha aggravato (temporaneamente)

lo stato patologico preesistente a livello del rachide lombare, con raggiungimento dello status quo sine/ante dopo 9 mesi dall'infortunio).

La decisione su opposizione impugnata va quindi annullata e gli atti rinviati all'assicuratore infortuni affinché approfondisca in ambito peritale l'origine dei disturbi presentati dall'assicurato a livello lombare, prima di esprimersi nuovamente riguardo al diritto a prestazioni.

2.12. Resta, infine, da verificare se i disturbi fatti valere dall'assicurato (epicondilite e spondilosi) possono essere considerati malattia professionale, come da lui preteso, oppure no.

Fondandosi sulla delega di competenza contenuta in detto disposto, nonché sull'art. 14 OAINF, il Consiglio federale ha allestito, nell'allegato 1 all'OAINF, l'elenco esaustivo delle sostanze nocive da un canto, quello delle malattie provocate da determinati lavori dall'altro.

Il cpv. 2 dell'art. 9 LAINF recita che le altre malattie di cui è provato siano state causate esclusivamente o in modo affatto preponderante dall'esercizio dell'attività professionale sono, pure, considerate malattie professionali.

La legge prevede, dunque, che, affinché nasca l'obbligo dell'assicuratore LAINF a prestazioni, fra le altre malattie e l'esercizio di un'attività professionale vi sia un rapporto esclusivo o almeno nettamente preponderante: la giurisprudenza ritiene soddisfatta tale condizione quando l'affezione è stata causata dall'attività professionale almeno nella misura del 75% (DTF 126 V 186 consid.2b, DTF 119 V 201 consid. 2b, DTF 117 V 355 consid. 2a, DTF 114 V 109 consid.3; RAMI 1991 p. 318ss., consid. 5a; Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 68).

Il TFA ha, poi, ancora stabilito che ciò presume che, epidermiologicamente, la frequenza dell'affezione in questione sia almeno 4 volte più alta per una categoria professionale determinata che per la popolazione in generale (DTF 126 V 183 consid. 4c e riferimenti ivi menzionati, DTF 116 V 136, consid. 5c; RAMI 2000 U 408, p. 407, RAMI 1999 U 326, p. 109 consid. 3 RAMI 1997 U 273, p. 179 consid. 3a; Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 68).

Nella sentenza di cui alla DTF 126 V 183, l'Alta Corte ha inoltre precisato che sapere se un'affezione configura una malattia professionale ai sensi dell'art. 9 cpv. 2 LAINF è in primo luogo una questione di prove in un caso concreto. Tuttavia, qualora in base ai dati forniti dalla scienza medica emerga non poter a dipendenza della particolare natura di una determinata affezione essere provato che la medesima sia riconducibile all'esercizio di un'attività professionale, non è consentito fornire la prova di una causalità qualificata in un'evenienza concreta giusta l'art. 9 cpv. 2 LAINF (in questo stesso senso, si veda pure la STFA U 35/02 del 26 febbraio 2004).

Analogamente a quanto stabilito dalla giurisprudenza relativa alla nozione di infortunio, colui che chiede il riconoscimento di prestazioni dell'assicurazione contro gli infortuni deve rendere plausibile la sussistenza dei singoli elementi costitutivi della definizione della malattia professionale. Qualora non adempia questi requisiti, l'assicurazione non è tenuta ad assumere il caso. Se vi è controversia, spetta al giudice decidere se i presupposti della malattia professionale sono dati. Il giudice stabilisce d'ufficio i fatti di causa; a tal fine può richiedere la collaborazione delle parti. Se la procedura non consente di concludere almeno per la verosimiglianza dell'esistenza di una malattia professionale - la semplice possibilità

non essendo sufficiente - il giudice constaterà l'assenza di prove o di indizi pertinenti e, pertanto, l'inesistenza del diritto a prestazioni ai sensi della LAINF (DTF 116 V 140 consid. 4b e 142 consid. 5a, 114 V 305 consid. 5b, 111 V 201 consid. 6b; RAMI 1990 U 86, p. 50).

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