

# **TI\_GERICHTE 35.2020.81 vom 26. April 2021**

TI Tribunale d'appello, 2021-04-26, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_35.2020.81](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2020.81)

FR: TI\_GERICHTE 35.2020.81 du 26 avril 2021

IT: TI\_GERICHTE 35.2020.81 del 26 aprile 2021

## **Regeste**

Infortunio alla spalla destra. Eziologia disturbi. Rinvio atti all'istituto assicuratore

## **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; STF I 707/00 del 21 luglio 2003; STF H 335/00 del 18 febbraio 2002; STF H 212/00 del 4 febbraio 2002; STF H 220/00 del 29 gennaio 2002; STF U 347/98 del 10 ottobre 2001, pubblicata in RDAT I-2002 pag. 190 seg.; STF H 304/99 del 22 dicembre 2000; STF 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. Nel caso di specie, litigiosa è la questione di sapere se l'CO 1 era legittimata a sospendere a partire dal 3 marzo 2020 il proprio obbligo a prestazioni in relazione all'infortunio del 9 maggio 2019, in particolare in relazione ai disturbi alla spalla destra oggetto dell'intervento operatorio dell'11 luglio 2019, oppure no. 2.3. Secondo l'art. 6 cpv. 1 LAINF, per quanto non previsto altrimenti dalla legge, le prestazioni assicurative sono effettuate in caso d'infortuni professionali, d'infortuni non professionali e di malattie professionali. 2.4. Presupposto essenziale per l'erogazione di prestazioni da parte dell'assicurazione contro gli infortuni è 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. Occorre inoltre rilevare che il diritto a prestazioni assicurative presuppone pure l'esistenza di un nesso di causalità adeguata tra gli elementi summenzionati. Un evento è da ritenere causa adeguata di un determinato effetto quando secondo il corso ordinario delle cose e l'esperienza della vita il fatto assicurato è idoneo a provocare un effetto come quello che si è prodotto, sicché il suo verificarsi appaia in linea generale propiziato dall'evento in questione (DTF 129 V 181 consid. 3.2 e 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a, DTF 117 V 361 consid. 5a e 382 consid. 4a e sentenze ivi citate). Comunque, qualora sia carente il nesso di causalità naturale, l'assicuratore può rifiutare di erogare le prestazioni senza dover esaminare il requisito della causalità adeguata (cfr. DTF 117 V 361 consid. 5a e 382 consid. 4a; su queste questioni vedi pure: Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 51-53). La giurisprudenza ha inoltre stabilito che la causalità adeguata, quale fattore restrittivo della responsabilità dell'assicurazione contro gli infortuni allorché esiste un rapporto di causalità naturale, non gioca un ruolo in presenza di disturbi fisici consecutivi ad un infortunio, dal momento che l'assicurazione risponde anche per le complicazioni più singolari e gravi che solitamente non si presentano secondo l'esperienza medica (cfr. DTF 127 V 102 consid. 5 b/bb, 118 V 286 e 117 V 365 in fine; cfr., pure, U. Meyer-Blaser, Kausalitätsfragen aus dem Gebiet des Sozialversicherungsrechts, in SZS 2/1994, p. 104s. e M. Frésard, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], n. 39). 2.6. Nella concreta evenienza, dalla decisione su opposizione impugnata si evince che

l'amministrazione ha sospeso a partire dal 3 marzo 2020 la propria responsabilità a proposito dei disturbi alla spalla destra oggetto dell'intervento operatorio dell'11 luglio 2019, considerandoli, a partire da detta data, estranei all'infortunio del 9 maggio 2019, facendo capo al parere del suo chirurgo di fiducia (cfr. doc. 111). Da parte sua, l'assicurato sostiene - fondandosi, in particolare, sui rapporti del proprio specialista operatore e curante, dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore, della dr.ssa \_\_\_\_\_ (che ha refertato la risonanza magnetica della spalla destra del 21 maggio 2019) e del dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in chirurgia, traumatologia e chirurgia ricostruttiva (che ha allestito la valutazione medica del 21 febbraio 2021 per conto della \_\_\_\_\_, assicuratore malattia collettiva del datore di lavoro) - che i disturbi alla spalla destra sarebbero conseguenti all'evento del 9 maggio 2019. Ciò anche in ragione del fatto che prima non ne avrebbe mai sofferto.

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; STF U 259/02 dell'8 luglio 2003 consid. 2.1.1; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in BJM 1989, p. 30ss.). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10 p. 33 ss. e RAMI 1999 U 356 p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. In una sentenza 8C\_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve, a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. Trattandosi invece di perizie affidate dagli assicuratori sociali, durante la procedura amministrativa, a medici esterni all'amministrazione o a servizi specializzati indipendenti, esse godono di piena forza probatoria, a condizione che non esistano indizi concreti che ne mettano in dubbio l'affidabilità (cfr. STF 8C\_862/2014 del 2 aprile 2015 consid. 3.2 e riferimenti ivi citati). Per quel che concerne il valore probante di un rapporto medico, determinante è che esso sia completo sui temi sollevati, che sia fondato su esami approfonditi, che tenga conto delle censure sollevate dalla persona esaminata, che sia stato redatto in piena conoscenza dell'anamnesi, che sia chiaro nella presentazione del contesto medico e che le conclusioni dell'esperto siano motivate (cfr. SVR 2002 IV Nr. 21 p. 63; DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191ss.; DTF 122 V 160 ss., consid. 1c e riferimenti). L'elemento rilevante per decidere circa il valore probante, non è né l'origine del mezzo di prova né la sua designazione quale rapporto oppure quale perizia, ma semplicemente il suo

contenuto (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti). È infine utile osservare che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va, tuttavia, precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (cfr. STF I 811/03 del 31 gennaio 2005, consid. 5 in fine; STF I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV Nr. 10 p. 35 consid. 4b). 2.8. Il TCA constata, innanzitutto, che il 9 maggio 2019 l'assicurato, verso le ore 16.00, mentre stava lavorando in un cantiere a \_\_\_\_\_, " stava salendo le scale con un rotolo di plastica ed è caduto facendosi male al braccio destro " (doc. 1 e 40). La risonanza magnetica della spalla destra del 21 maggio 2019, refertata dalla dr.ssa. med. \_\_\_\_\_, ha messo in evidenza quanto segue: " (...) Referto Strutture ossee e cartilaginee: acromion di tipo 2 con osteofitosi lungo la superficie inferiore. Alterazioni edematose dell'articolazione acromion-claveare. Presenza di diverse formazioni microcistiche, verosimilmente degenerative, nella regione del tubercolo maggiore. Non fratture. Non segni di condropatia. Tendini e muscoli: importante tumefazione e alterazione del segnale della regione inserzionale-preinserzionale del tendine del sovraspinato, postero-superiormente (scan 4: immagine 13), con presenza di liquido interstiziale, reperti compatibili con rottura non transmurale. Nel versante antero-superiore la continuità delle fibre del sovraspinato è interrotta (scan 4: immagine 9), reperto compatibile con rottura transmurale focale. Concomitante ispessimento edematoso del capo lungo del bicipite nel decorso interarticolare e del versante superiore del tendine del sottoscapolare, reperti compatibili con tendiniti o rotture parziali. Alterazioni edematose della giunzione miotendinea del sovraspinato. Non segni di involuzione adiposa o atrofia muscolare. Complesso labbro cartilagineo e capsula-legamentoso: lungo la base del labbro superiore si evidenzia un'alterazione lineare del segnale, iperintensa simil liquida in T2 (scan 4: immagine 13), orientata supero-medialmente, con estensione dalle ore 11 alle ore 13 (scan 3: immagine 10), compatibile con variante anatomica (solco). Restante labbro senza particolarità. Capsula non ispessita. Legamenti non valutabili in assenza di liquido intra-articolare. Sinovia e borse: sottile falda liquida nella borsa sottoacromiale-sottodeltoidea, reperto compatibile con borsite. Conclusioni Probabile rottura focale transmurale del tendine del sovraspinato antero-superiormente con retrazione del moncone tendineo ad una distanza di 8 mm dall'inserzione (san 4: immagine 9), reperto per il quale si consiglia di prevedere consulto ortopedico e complemento diagnostico artro-RM. Concomitante rottura parziale, interstiziale, del versante postero-superiore del sovraspinato nella regione inserzionale-preinserzionale (scan 4: immagine 13). Concomitanti tendiniti o rotture parziali del capolungo del bicipite nel decorso intra-articolare e del versante superiore del sottoscapolare. Alterazioni degenerative del tubercolo maggiore e soprattutto dell'acromion con impingement sul tendine del sovraspinato. Segni di borsite sottoacromiale-sottodeltoidea. Non fratture." (doc. 22; n.d.r.: il grassetto non è della redattrice). In occasione del consulto del 24 maggio 2019, il dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore, ha posto la diagnosi di " Dolori spalla sinistra (recte: destra) con: rottura transmurale del muscolo sovraspinato; - rottura parziale del capo lungo del bicipite e del sottoscapolare. ", puntualizzando che l'" esame clinico odierno mette in evidenza una sofferenza con una debolezza muscolare, soprattutto del sovraspinato e in minima parte del sottoscapolare " (doc. 11). L'11 luglio 2019 RI 1 si è sottoposto ad un intervento di "

Artroscopia diagnostica di spalla; Sutura del tendine sovraspinato artroscopia spalla destra; Tenotomia del CLB artroscopica spalla destra; Acromionoplastica artroscopica spalla destra” (doc. 32, 33 e 73). Il 4 novembre 2019 il medico di fiducia dell’CO 1, dr. med.

\_\_\_\_\_, specialista FMH in chirurgia, ha rilevato che si trattava di un “ peggioramento stato preesistente in quanto vi sono importanti reazioni fibrotiche e degenerative per cui l’evento si sarebbe comunque verificato. Status quo sine. (...). 3 mesi da ora. (...). Possibili postumi ma non infortunistici. ” (doc. 56). Il 24 febbraio 2020, il dr. med. \_\_\_\_\_ ha confermato la propria valutazione (doc. 74). Il 25 marzo 2020 il dr. med. \_\_\_\_\_ ha attestato che la lesione del tendine del sovraspinato dell’assicurato “ è stata causata con grande probabilità ” dall’ “ infortunio del maggio 2019 ” (doc. 88). Nell’apprezzamento del 6 aprile 2020 (doc. 91), il dr. med. \_\_\_\_\_ ha rilevato quanto segue: " La situazione dell'assicurato RI 1 è una situazione tipica di un conflitto sub-acromiale di tipo cronico che ha subito un traumatismo con conseguente rottura del sovraspinato, cosa che si sarebbe verificata comunque andando avanti nel suo lavoro perché come lui stesso diceva fa un lavoro spesso in elevazione sollevando anche pesi. In base a queste affermazioni dell'assicurato e soprattutto alla risonanza magnetica che ha denotato a pochi giorni di distanza già una retrazione del tendine con lesione direttamente nel punto dell'inserzione, si può affermare con probabilità preponderante che buona parte delle alterazioni preesistenti hanno comunque condotto a rottura del tendine. La preesistenza è ulteriormente provata dallo stesso atto chirurgico in cui il dr. med. \_\_\_\_\_ ha trovato una rottura in prossimità dell'inserzione con un grosso acromion prominente e soprattutto delle reazioni fibrotiche che hanno inglobato parzialmente il tendine, a tal punto la situazione era compromessa e il dr. med. \_\_\_\_\_ ha dovuto resecare una parte del tendine per arrivare in tessuto sano. Tale situazione appare evidente anche perché il traumatismo non è stato un trauma di tipo distorsivo ma è stato un trauma di tipo contusivo sulla spalla con assenza di un trauma distorsivo in apertura del braccio e quindi questo può determinare la rottura del sovraspinato solo ed esclusivamente su un tessuto particolarmente malacico, mentre invece la rottura del sovraspinato per motivi traumatici avviene esclusivamente con il sottoscapolare ulteriormente lesionato, cosa che in questo caso non è avvenuto in quanto il sottoscapolare è perfettamente integro. L'intervento quindi si sarebbe comunque dovuto effettuare in quanto l'evoluzione sarebbe quella comunque di una rottura che si sarebbe verificata comunque nel tempo. Si ritiene quindi che il traumatismo abbia agito nel contesto di uno status quo-sine raggiunto presumibilmente dopo circa tre mesi dal traumatismo subito. Conforta in tal senso la sentenza del Tribunale Federale del 22.10.2019 dove viene descritto quale tipo di traumatismo possa comportare una rottura traumatica della cuffia dei rotatori. Aggiungo semplicemente che il 90% delle lesioni della cuffia dei rotatori avviene comunque per un indebolimento della zona che altrimenti non darebbe luogo a rottura. Già dai tempi di Neer nella fine del secolo scorso si è determinato il concetto di conflitto subacromiale. Da notare anche che la legislazione europea in tal senso è molto simile, pur con delle diversità da paese a paese, nel riconoscere dal punto di vista medico-legale la rottura post-traumatica soltanto nei movimenti di abduzione e rotazione esterna dove peraltro, il sovraspinato si rompe sol-tanto se si rompe prima il sottoscapolare per una conseguenza anatomica logica.” Nell’apprezzamento del 22 luglio 2020 (doc. 110), il medico \_\_\_\_\_ ha inoltre osservato quanto segue: " (...) Rispondendo ai punti citati dall'avvocato. Innanzitutto va detto che nessun fatto nuovo è stato portato dall'avvocato a sostegno delle sue affermazioni, ma solo una interpretazione dei referti agli atti, peraltro a tratti ripetitiva. L'ortopedia e la medicina legale hanno un comune denominatore valutativo

che richiede l'identificazione di una lesione e dei suoi postumi riconoscendo le peculiarità che rendono l'evento general-mente traumatico, ma non sempre, idoneo ad essere correlato con rigore scientifico alle sue conseguenze menomative. Tra i diversi elementi che definiscono il reperto di causalità quali la qualità, la quantità, la sede, il modo e il tempo dell'incontro tra agente menomativo ed organismo, il criterio cronologico è certamente di particolare interesse perché non è sempre definibile con esattezza. Se il tessuto osseo può essere analizzato da sufficiente approssimazione in base a criteri di formazione e di strutturazione del callo osseo, le strutture capsulo-ligamentose possono porre interrogativi per l'ambiguità di aspetti anatomo-patologici, fra una condizione degenerativa autonoma e lesioni traumatiche in diversa fase di evoluzione. (...). Una più adeguata verifica può essere effettuata il così detto giudizio controfattuale, che viene formulato immaginando assente, (cioè contro i fatti) la situazione esaminata al fine di stabilirne il carattere di realtà. In altri termini potrà analizzare se un determinato quadro clinico o per immagini sarebbe stato logicamente possibile e presente in assenza dell'elemento morboso atto a determinare una causalità logica ed attendibile. Vale a dire come nel caso in esame, se le lesioni causate a livello dell'acromion e della cuffia dei rotatori non esistessero che cosa sarebbe accaduto con un trauma della stessa esatta intensità ed efficacia lesiva. L'analisi dei criteri di databilità di una lesione in un sistema articolare è importante anche ai fini di proporre una strategia terapeutica che tenga nella dovuta considerazione le caratteristiche strutturali dei tessuti lesi. La validità strutturale è in rapporto alla involuzione degenerativa e/o fibrosa dipendente dal tempo intercorso e può evidentemente divenire elemento condizionante il successo del trattamento, ma anche e soprattutto l'identificazione sulla causalità. Nel caso iniziale l'evoluzione degenerativa è evidente soprattutto per le reazioni fibrotiche che hanno avvolto parzialmente il tendine oltre alla ipertrofia notevole dell'acromion, come si sono rilevate alla risonanza magnetica ed anche alla esplorazione chirurgica. Ho quindi considerato gli elementi di datazione dotati di quasi assoluta certezza e clinicamente e radiologicamente attendibili per valutare se la lesione è acuta entro 1 - 2 mesi oppure cronica. Le immagini degenerative in particolare, considerando il tempo trascorso danno la possibilità di assumersi il ruolo di fattori di condizione. Dal punto di vista radiografico la rottura della cuffia dei rotatori viene distinta in acuta e cronica, la natura acuta denota una disomogeneità diversa da quella cronica a livello dei tendini con formazione spesso di versamenti ematici, ma vi è generalmente una risalita della testa omerale per azione del deltoide e solo lievi segni artrosici; nella cronica si verifica una retrazione del tendine che appare ipostrinseco e distrofico, talora dopo molti mesi comparsa di degenerazione adiposa ma soprattutto alterazioni degenerative, osteocondrali omero-acromiali con reazione fibrotica. Nelle lesioni acute a livello di capsula articolare vi è una capsula sfrangiata con versamento ematico e lesioni dei legamenti gleno omerali ed il tendine sottoscapolare che appare interrotto o sfrangiato. Nel caso in esame la risonanza magnetica del 20.05.2019 dimostra un acromion tipo 2 con osteofitosi lungo la superficie inferiore e alterazione edematosa dell'articolazione acromion-claveare, presenza di diverse formazioni microcistiche, verosimilmente degenerative nella regione del tubercolo maggiore, poi si nota una tumefazione e alterazione del segnale della regione inserzionale e periinserzionale del tendine del sovraspinoso compatibile con rottura del transmurale e un'ulteriore rottura transmurale focale a livello del versante antero-superiore del sovraspinato. Viene anche evidenziata ad una risonanza magnetica una evidente borsite sotto-acromiale e sotto-deltoidea da attrito cronico. Nel rapporto operatorio dell'11.07.2019, tale situazione globale viene confermata dove si nota una lesione inserzionale del sovraspinato di 2 cm di

lunghezza proprio in corrispondenza del foot print e del capo lungo del bicipite che risulta essere consumata nella, sua parte inferiore associata a una lesione della puleggia. Viene quindi rilevato del tessuto fibrotico a livello dell'intervallo dei rotatori che viene inglobato dallo stesso. Viene quindi asportato il tessuto fibrotico che è evidente sintomo di una situazione di degenerazione cronica, non si forma in poche settimane e in acuto. Da notare inoltre che vi è una totale assenza di patologia a livello del tendine del sottoscapolare cosa che evidente nega un movimento di abduzione ed extra-rotazione che possono motivare la rottura della cuffia dei rotatori per trauma acuto. Sempre nell'atto chirurgico, dal débridement della lesione addirittura bisogna fare un'asportazione di tessuto malacico di circa 1.5 cm dal tendine del sovraspinato per lunghezza e di 2 cm per larghezza, inoltre per ristabilire un'anatomia abbastanza normale, visto il conflitto in corrispondenza del legamento coraco-acromiale nella parte inferiore si dovuto asportare la parte del legamento a contatto con l'acromion fino ad arrivare o liberare il foglietto superficiale del sovraspinato dalle varie aderenze. Tale referto operatorio oltre a confermare quello della risonanza magnetica non lascia dubbio alcuno sulla cronicità del problema in quanto: 1 il tessuto fibroso impiega veramente molto tempo mesi e mesi per formarsi, le aderenze inglobanti il sovraspinato lo stesso e le aree di degenerazione sono notevoli e innumerevoli, e hanno dovuto necessariamente essere trattate in modo estensivo dal punto di vista chirurgico. Soprattutto risultano mancanti quegli elementi del trauma distorsivo e contusivo come per esempio l'edema della spongiosa della testa femorale, la presenza di ematoma, l'assenza di alterazioni degenerative nel contesto del tendine e soprattutto l'assenza di artrosi a livello dell'acromion clavareo. A completamento di questa discussione l'aspetto epidemiologico derivato da centinaia e di migliaia di osservazioni ormai disponibili oggi su internet ci permette di dare qualche ulteriore elemento in più sulla patogenesi della rottura della cuffia dei rotatori che viene considerata oggi come degenerativa associata all'età ed ad altri fattori che sono diversi. Se indubbiamente l'impingement sub-acromiale rimane la causa principale della rottura di cuffia ed ha trovato il suo razionale riscontro fino al giorno d'oggi, a parte l'impingement sub-acromiale esistono tuttavia altri fattori estrinseci che sono stati ritenuti di pertinenza concausale come i microtraumi ripetuti, in particolare l'attività over head. Nel corso degli anni inoltre si è iniziato a valutare l'importanza dei fattori intrinseci come l'ipoperfusione tendinea, particolarmente evidente nel conflitto sub-acromiale cronico, i fattori endocrini, metabolici e degenerativi doppiamente detti apoptosi nel determinare una rottura della cuffia dei rotatori. Studi recenti hanno focalizzato l'attenzione sulla matrice extra-cellulare fondamentale nella diastasi dei tessuti connettivi essendo la sede in cui le cellule aderiscono, migliorano, si differenziano e crescono. Un'alterazione della matrice extra-cellulare sembra essere probabilmente il fattore intrinseco principale responsabile delle tendinopatie. Tali fattori agiscono nella matrice extra-cellulare e in particolare il metallo proteasi che sono delle proteasi che decadono le fibre collagiche della matrice extra-cellulare e sembrano avere un ruolo prioritario nella rottura dei tendini della cuffia dei rotatori. Molte patologie endocrine e metaboliche possono inoltre alterare questa matrice in particolare nel diabete dove si è riscontrata la degenerazione delle proteine della matrice cellulare dei tendini come una reazione spontanea in presenza di elevati livelli di glucosio. Le proteine glicosilate e altre proteasi del collagene degenerano la matrice extra-cellulare predisponendo la rottura del tendine. Tali osservazioni determinano una conferma scientifica indiretta a livello di microscopia elettronica per quanto riguarda quello che Neer chiamava il punto di attrito sub-acromiale e vi è anche ricerca scientifica in tal senso che conferma una predisposizione alla rottura. Un

tendine sano difficilmente si rompe e sicuramente non si rompe neanche in presenza di piccole alterazioni se consideriamo il trauma diretto. Un trauma distrattivo importante può rompere un apparato tendineo certamente già debilitato, ma sicuramente nel movimento di extra-rotazione vi un interessamento di diverse strutture tendinee quali per esempio il sottoscapolare che nella genesi del danno dalla distorsione dev'essere anch'esso interessato. A sottoscapolare integro è abbastanza improbabile che un trauma di media efficienza lesiva possa arrivare a rompere il sovraspinato. Queste alterazioni sopra riportate rappresentano la storia naturale della rottura della cuffia dei rotatori che varia a seconda della grandezza della lesione, delle caratteristiche del paziente, dell'attrito sotto-acromiale e delle sue comorbidità. Tutte queste lesioni presentano in genere la tendenza all'evolvere del tempo e l'evoluzione della lesione consiste in una estensione della lesione stessa che può nel tempo coinvolgere gli altri tendini e in una retrazione mediale e tendinea con talora fenomeni di piccoli versamenti ematici, reazioni fibrotiche, e una retrazione di elevata entità quando vi sia l'interruzione pressoché completa del tendine. Va distinta la rottura anche trasmurale, vale a dire da parte a parte del tendine dalla rottura focale che interessa soltanto i foglietti superficiali ed ancora va distinta la rottura completa in cui i due capi del tendine sono perfettamente divisi; questa si realizza il più delle volte su terreno malacico ma soprattutto su una serie di piccoli micro-traumi ripetuti che sono clinicamente silenti. Con il tempo i tendini proseguono il processo di degenerazione con metaplasia condroide e perdono di elasticità, alcuni lavori hanno dimostrato che a seguito di una rottura a livello del tendine non vi è solo una semplice retrazione ma una vera e propria perdita di sostanza relativa all'alterato metabolismo che si modifica a seguito di una rottura stessa. Ulteriore degenerazione tendinea progressiva con il tempo determina un accumulo di grasso locale; ci vogliono molti anni ma poi i ventri muscolari si infarciscono di tessuto adiposo e vanno incontro ad atrofia e fibrosi e non sono più funzionali. Tale degenerazione adiposa inoltre non regredisce dopo la riparazione dei tendini infatti alcuni autori hanno dimostrato che può addirittura progredire dopo la chirurgia stessa. La degenerazione tendinea e quella adiposa dei ventri muscolari è direttamente proporzionale all'ampiezza della lesione e al tempo trascorso dall'inizio della stessa. Volendo poi rispondere alle ulteriori osservazioni dell'avvocato, innanzitutto va detto che la spiegazione fornita nel precedente apprezzamento viene data considerando proprio le conoscenze mediche ortopediche e medico legali e la citazione della sentenza del Tribunale Federale in realtà è soltanto il corollario il quale però va ben considerato nella valutazione dello stato fisico del paziente in quanto indica un preciso metodo di valutazione che tutti dobbiamo seguire. Tra l'altro esso si basa su dati estremamente tecnici ben conosciuti a livello europeo tanto che le principali scuole di Medicina Legale adottano proprio questa valutazione. Sul fatto che gli altri medici non abbiano rilevato gli aspetti posti dal Medico \_\_\_\_\_ questa non è una affermazione interamente veritiera, in quanto il trauma viene riconosciuto come tale, ma su un terreno decisamente molto malridotto, che proprio seguendo l'evoluzione sopra esposta porta inevitabilmente alla rottura. La visione chirurgica e soprattutto la descrizione dell'intervento non lascia dubbi circa la cronicità dell'affezione della cuffia. Si ha quindi uno status quo sine che appare conseguenza logico dell'evoluzione dei fatti così come descritto. Circa il fatto che l'assicurato non avrebbe mai avuto dolore prima dell'infortunio, questa affermazione non smentisce il dato anatomico, in realtà non significa nulla da un punto di vista clinico in quanto le alterazioni della cuffia dei rotatori sono tali per cui si possono verificare delle rotture anche dopo anni di apparente buona salute, in quanto il consumo articolare non sempre è sintomatico, ma può anche non procurare alcun dolore e viceversa

l'attrito in sede sub-acromiale lentamente erode la massa muscolare fino a provocarne la rottura la quale può venire apparentemente anche per traumi banali. Pertanto il fatto della sintomaticità è estremamente relativo. (...)" (doc. 110) Interpellata l'11 settembre 2020 dal dr. med. \_\_\_\_\_ con la domanda se quanto refertato nella RMN del 21 maggio 2019 fosse riconducibile ad una lesione traumatica oppure se vi fossero già dei segni degenerativi del sovraspinato (doc. C2), la radiologa dr.ssa \_\_\_\_\_ ha risposto nei seguenti termini: "(...) Lo stato morfologico dei tendini della cuffia, eccezione fatta per le alterazioni edematose descritte, è buono. Sembra improbabile che vi sia uno stato di tendinopatia pre-esistente (peraltro in paziente giovane), anche se a livello inserzionale del sovraspinato non si possano escludere in quanto le alterazioni acute potrebbero mascherare una tendinopatia sottostante. Vi sono delle alterazioni cistiche (possibilmente degenerative) del tubero maggiore." (doc. C2). Il 17 settembre 2020 (doc. C2) il dr. med. \_\_\_\_\_ ha trasmesso al patrocinatore dell'assicurato il precitato scambio di corrispondenza, precisando pure che " il muscolo del sovraspinato non presenta segni di atrofia, che se presenti sono indice di sofferenza " (doc. C2). Nell'apprezzamento del 23 novembre 2020 (doc. X-1), il dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in chirurgia generale e traumatologia, ha rilevato quanto segue: "(...). L'esame del rapporto di causalità tra l'infortunio e i danni strutturali alla cuffia dei rotatori viene effettuato in due fasi. Dapprima Cominciamo dunque nel valutare i dati anamnestici a nostra disposizione e che dovrebbero essere in grado di fornire informazioni più dettagliate sulle circostanze dell'evento infortunistico, in questo caso, del 9 maggio 2020. La notifica d'infortunio LAINF è stata compilata il 19 maggio 2020 e quindi 10 giorni dopo l'evento. In questo veniva descritto: «stava salendo sulle scale con un rotolo di plastica ed è caduto facendo sì [sic] male al braccio destro.» Una descrizione più dettagliata della dinamica infortunistica veniva poi fornita dal rapporto dell'ispettore della CO 1 \_\_\_\_\_ nel colloquio effettuato con l'assicurato settembre 2019, dove veniva descritto: «Ho preso un grande rotolo di plastica con il braccio sinistro per portarlo al piano superiore. Mentre salivo le scale sono inciampato in avanti e ho messo il braccio destro in avanti a protezione della caduta. Quando ho appoggiato il braccio a terra ho sentito un forte dolore alla spalla destra. Sono riuscito a finire dei piccoli lavori di pulizia del pavimento e poi sono tornato al mio domicilio guidando la vettura.» Da questa descrizione possiamo dunque concludere che si sarebbe trattato di un urto di lieve entità («appoggiando») che ha potuto produrre una pressione o anche un lieve colpo nello spazio sotto acromiale tra il tendine del sovraspinato e l'acromion. Questo evento non avrebbe però compromesso l'ulteriore capacità lavorativa imminente. Come descritto da diversi esperti nel campo della chirurgia della spalla [1][2], la lesione traumatica della cuffia dei rotatori verrebbe tipicamente causata da un colpo violento con improvvisa comparsa di dolore che si irradierebbe nella parte superiore del braccio e con un'ulteriore perdita di funzionalità immediata (pseudoparalisi del braccio). In particolare, l'insorgenza immediata di questi fenomeni sarebbe la caratteristica principale dopo avere subito una lesione traumatica acuta dei tendini della cuffia dei rotatori. Hempfing ed i suoi collaboratori [3] descrivono nella loro relazione scientifica, che il dolore dopo una lesione traumatica dei tendini della cuffia dei rotatori (CDR) si attenua gradualmente con il passare del tempo. Il medesimo specialista descrive dunque una sintomatica in «decrecendo», la quale si riscontrerebbe tipicamente in tutte le lesioni causate da un evento acuto traumatico. Invece la caratteristica delle lesioni alla CDR causate da malattie ed usure corrisponderebbe principalmente a sintomi e restrizioni iniziali di lieve entità, che però possono aumentare ed estendersi successivamente. Questa sintomatica in «crescendo» sarebbe caratteristica delle lesioni alla CDR senza nesso causale

preponderante con l'evento infortunistico subito [3]. I meccanismi che determinano la lacerazione traumatica dei tendini della cuffia dei rotatori sono caratterizzati da movimenti rotatori esterni ed interni passivamente forzati con il braccio a contatto con il corpo o con il braccio disteso. Inoltre, anche la trazione passiva verso il basso o verso l'interno come anche un forte carico di trazione con il braccio disteso, sono dei meccanismi ben conosciuti nelle lesioni tendinee di tipo traumatico [4]. Si presume pertanto che un trauma da impatto diretto o una caduta sul braccio teso in avanti non possano attivare uno stress anomalo sulla CDR, tale da procurarne una rottura del tendine [5]. La descrizione molto dettagliata da parte dell'assicurato indica così una compressione o uno stress assiale della testa omerale contro l'acromion senza movimento rotazionale e anche in assenza di un colpo molto forte. Nello scambio e-mail tra il Dr. med. \_\_\_\_\_, Specialista in Chirurgia Ortopedica e dell'apparato locomotore, e la Dr.ssa \_\_\_\_\_, Caposervizio di radiologia dell'Ospedale di \_\_\_\_\_, viene discussa la possibile assenza di segni radiologici di tipo degenerativo (tendinopatia). Il Dr. med. \_\_\_\_\_ chiedeva dunque alla specialista radiologa, se sarebbe stato possibile valutare l'entità della lesione tramite la risonanza magnetica eseguita il 20 settembre 2019. La Dr.ssa \_\_\_\_\_ rispondeva in modo seguente: «Sembra improbabile che vi sia uno stato di tendinopatia pre-esistente (peraltro in paziente giovane), anche se a livello inserzionale non si possono escludere in quanto le alterazioni acute potrebbero mascherare una tendinopatia sottostante». Quindi, la specialista in radiologia esprime un parere soggettivo in merito alla lesione intravista, che però non può accertare definitivamente. L'assicurato aveva 44 anni al momento dell'infortunio e quindi in una fascia d'età che non si può più considerare molto «giovane». Quest'affermazione non deriva dal sottoscritto ma bensì da una ricerca effettuata da Mall et al. con riferimento allo studio di Braune et al [6]. L'età media del gruppo di persone con una comprovata rottura traumatica della cuffia dei rotatori viene riscontrata dai 34 anni in poi [7] con l'età media della popolazione di 54,7 anni (fascia d'età tra i 34 e 61 anni). Nel caso in questione l'età non è quindi un argomento convincente a favore o contro la causalità accidentale dei difetti della cuffia dei rotatori. L'argomentazione della Dr.ssa \_\_\_\_\_ non può dunque essere presa in considerazione. Per quanto riguarda la valutazione degli esami radiologici mi vorrei riferire ad una recente presentazione tenutasi dal Prof. Dr. med. \_\_\_\_\_, primario di radiologia dell'ospedale \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, in un corso di formazione interno a Lucerna il 28 ottobre 2020 [8]. Dunque, il professore \_\_\_\_\_ riteneva che, per la differenziazione tra lesioni della cuffia dei rotatori traumatiche e degenerative, bisognava prendere in considerazione i seguenti criteri: 1. La morfologia e il modello della lesione subita alla CDR 2. Le lesioni concomitanti (fratture, lussazioni) 3. I reperti radiologici concomitanti (ematoma, ematoma dei tessuti molli) 4. La possibile presenza di un'atrofia e/o di un'infiltrazione grassa della muscolatura della cuffia dei rotatori 5. L'entità e la tempistica della documentazione radiologica effettuata Ad 1) Il decorso sinuoso del moncone tendineo prossimale («kinking») del sovraspinato e la permanenza del moncone tendineo prossimale in corrispondenza alla grande tuberosità dell'omero si riscontra tipicamente in una lesione traumatica acuta del tendine sovraspinato [9]. Come dimostra l'immagine 1 (risonanza magnetica della spalla dell'assicurato effettuata il 20 maggio 2019) il decorso del tendine sovraspinato non mostra alcuna tortuosità a confronto dell'immagine 2. (...). La retrazione tendinea viene discussa in modo controverso dai diversi specialisti e quindi non può essere considerata come un indizio importante per la valutazione di una lesione traumatica come anche per una lesione degenerativa Ad 2) La lesione della cuffia dei rotatori associata a una frattura viene considerata essere normalmente causata da un

evento traumatico. Nel nostro caso non si trovano indizi per una frattura. Ad 3) Un versamento emorragico nella borsa subacromiale/sottodeltoidea ed un edema midollare (bone bruise) si trovano normalmente nelle lesioni di tipo traumatico. A 11 giorni dall'evento infortunistico non vi sono segni del genere nelle immagini della risonanza magnetica del 20 maggio 2019. Nel caso di un forte colpo alla spalla, questi segni dovrebbero normalmente essere visibili fino a due settimane dall'evento infortunistico. Ad 4) Lo sviluppo di un'atrofia muscolare o/e di una degenerazione grassa in caso di lesioni degenerative della cuffia dei rotatori viene caratterizzata da un lungo periodo di assenza di contrazione muscolare (dai 2 a i 5 anni). Anche questa caratteristica viene discussa in modo controverso. Nel nostro caso non si trovano indizi del genere. Ad 5) Il momento in cui viene eseguito l'esame radiologico (in particolare l'esame della risonanza magnetica) rispetto all'evento infortunistico è decisivo in particolare per quanto riguarda la presenza di ematriti, edemi tendinei e edemi midollari. In generale bisogna considerare che le diagnostiche per immagini, prima viene eseguita, meglio è per la valutazione della causalità. Nel nostro caso l'esame della risonanza magnetica è stato eseguito dieci giorni dall'evento infortunistico. Se ci fossero stati dei segni traumatici, si sarebbero dovuti individuare. In generale i cambiamenti nei tendini della cuffia dei rotatori sono ben compensati, poiché avvengono lentamente e gradualmente. L'assenza di sintomi non dimostra con il grado di probabilità preponderante che i cambiamenti degenerativi dei tendini della cuffia dei rotatori non siano già presenti prima di un evento infortunistico. Il dolore può manifestarsi anche improvvisamente nel corso del tempo, senza alcun evento traumatico. Si sospetta che l'incremento delle dimensioni della lesione tendinea possa essere correlato a questo. Tuttavia, al momento non è ancora chiaro quale sia la vera causa del dolore (generatore di dolore) nei difetti della cuffia dei rotatori [3,11] Conclusioni Secondo la descrizione del signor RI 1 ed i referti medici, l'assicurato avrebbe subito il 9 maggio 2019 un colpo indiretto alla spalla destra, appoggiando la mano omolaterale sul suolo a seguito di una caduta mentre saliva le scale con un peso nel braccio sinistro. I cambiamenti della spalla destra documentati nella risonanza magnetica del 20 maggio 2019 (rottura transmurale del tendine sovraspinato, tendiniti o rotture parziali del tendine sottocapolare e del capo lungo del bicipite, alterazioni degenerative della tuberosità maggiore e soprattutto dell'acromion in conflitto con il tendine del sovraspinato, segni di borsite sottoacromiale e sottodeltoidea) non sembrano essere stati causati dall'evento infortunistico del 9 maggio 2019. Con la verosimiglianza preponderante questi cambiamenti alla spalla destra dell'assicurato rappresentavano invece uno stato già presente (di tipo degenerativo) e non sintomatico, che precedeva l'infortunio. Secondo l'esperienza traumatologica in generale e nel caso di un colpo ad una spalla «sana», i sintomi si sarebbero dovuti attenuare nel corso di alcune settimane (massimo sei settimane), Nel nostro caso invece siamo confrontati con delle lesioni di tipo degenerativo che si sarebbero potute sviluppare in modo preponderante prima o poi anche senza l'evento del 9 maggio 2019. (...)” (n.d.r.: le sottolineature sono della redattrice) Nel suo referto del 21 febbraio 2021 (doc. D), il dr. med. \_\_\_\_\_, medico fiduciario della \_\_\_\_\_, che ha visitato l'assicurato il 13 novembre 2020, ha formulato le considerazioni seguenti: " (...) Non capiamo la decisione della CO 1 di mettere un termine alle prestazioni il 03.03.2020. Il paziente nella fase di riabilitazione dopo l'intervento del 11.07.2019 s'è di nuovo lesionato il muscolo sovraspinato. Si tratta quindi di una rottura cronica a due tempi. Lo stato quo ante non era stato raggiunto. Non si capisce l'affermazione del medico \_\_\_\_\_, il dottor \_\_\_\_\_, che afferma che con probabilità preponderante buona parte delle alterazioni preesistenti hanno comunque

condotto alla rottura del tendine. Non si capisce neanche l'argomento che la rottura del sovraspinato per motivi traumatici avverrebbe esclusivamente con il sottoscapolare ulteriormente lesionato, cosa che in questo caso non è avvenuto in quanto il sottoscapolare è perfettamente integro (nel MRI del 20.05.2019 si parla di rottura parziale del capo lungo del bicipite nel decorso intra-articolare e del versante superiore del sottoscapolare!).

L'osservazione che lo stato quo sine è raggiunto ca. 3 mesi dopo il trauma è lontano dalle nostre esperienze quotidiane nella traumatologia della spalla destra. Sono perfettamente d'accordo con il dottor \_\_\_\_\_, capo servizio, Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ e Ospedale di \_\_\_\_\_ che la lesione alla spalla destra con grande probabilità è dovuta all'infortunio del maggio 2019 (...)." (doc. D, pag. 10; n.d.r.: la sottolineatura non è della redattrice). Chiamato dall'amministrazione a pronunciarsi al riguardo, con apprezzamento ortopedico-chirurgico del 3 marzo 2021 (doc. XX-1), il dr. med. \_\_\_\_\_ ha osservato quanto segue: " (...) Il Dr. med. \_\_\_\_\_ sostiene dunque che si trattasse di una «rottura cronica a due tempi dopo l'intervento effettuato l'11 luglio 2019 dal Dr. med. \_\_\_\_\_, capo servizio, Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ e Ospedale di \_\_\_\_\_". Nel suo rapporto operatorio lo specialista \_\_\_\_\_ descriveva una lesione del tendine sovraspinato di 2 cm con:» Il capo lungo del bicipite risulta esser consumato nella sua parte inferiore che risulta essere inglobato dal tessuto fibrotico. Usando il termine «consumato» e «fibrotico» il Dr. \_\_\_\_\_ descrive dunque una spalla con la presenza di lesioni degenerative già presenti e non causate dall'evento infortunistico del 9 maggio 2019. Non capisco dunque l'affermazione del Dr. med. \_\_\_\_\_ della presunta rottura a due tempi. La sutura del tendine è sicuramente stata effettuata a dovere da parte del dr. med. \_\_\_\_\_, però i tessuti alterati già prima dell'evento infortunistico hanno presumibilmente compromesso la guarigione del tendine suturato. La valutazione concernente la causalità delle lesioni della spalla dell'assicurato da parte del Dr. med. \_\_\_\_\_, non si fonda su nozioni comuni della medicina basata sull'evidenza, ma su osservazioni basate sulla propria esperienza professionale. Pertanto, la sua valutazione non apporta ulteriori informazioni riguardanti la causalità infortunistica delle lesioni alla cuffia dei rotatori riportate dall'assicurato. Nel mio apprezzamento del 20 novembre 2020 avevo negato, con il massimo grado della verosimiglianza preponderante, il nesso di causalità infortunistico delle lesioni trovate nella spalla dell'assicurato, concordando così anche con il parere del medico \_\_\_\_\_, il Dr. med. \_\_\_\_\_. Mi pare dunque inappropriato commentare ulteriormente le mie valutazioni già espresse precedentemente e che ritengo ancora valide. (...). L'infortunio subito dall'assicurato il 9 maggio 2019 ha sicuramente recato dei disturbi alla spalla destra, dove erano già presenti delle lesioni alla cuffia dei rotatori, di tipo temporaneo. I disturbi che poi lo hanno portato agli interventi come anche lo stato attuale della spalla destra non possono essere più messi in nesso causale preponderante con l'infortunio del 9 maggio 2019." 2.9. Nel caso di specie, attentamente vagliata la documentazione medica agli atti, questa Corte non può confermare la decisione su opposizione impugnata che ha negato successivamente al 3 marzo 2020 il diritto a prestazioni dipendente dall'evento infortunistico del 9 maggio 2019. In effetti, in merito alla questione relativa all'eziologia della rottura della cuffia dei rotatori della spalla destra dell'assicurato, agli atti figurano referti contraddittori - da una parte gli apprezzamenti dei medici fiduciari dell'amministrazione, dall'altra i referti elaborati dai dottori \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ - che non consentono al TCA di decidere, con la necessaria tranquillità, in un senso oppure nell'altro. A tale riguardo va innanzitutto rilevato come i medici fiduciari in questione abbiano negato l'esistenza di un nesso causale naturale

successivamente al 3 marzo 2020, principalmente in ragione dell'assenza di un trauma diretto idoneo, di per sé, a provocare la rottura della cuffia dei rotatori dell'interessato, già affetto da alterazioni degenerative. In particolare, il dr. med. \_\_\_\_\_ ha ritenuto, in sostanza, che l'infortunio occorso all'assicurato sarebbe consistito in un urto di lieve entità (" appoggiando la mano omolaterale sul suolo ") atto a produrre una pressione, pure lieve, a livello dello spazio sottoacromiale e che questo evento non avrebbe compromesso l'ulteriore capacità lavorativa dell'insorgente. Dagli atti dell'incarto risulta che l'assicurato - che è inciampato mentre stava salendo le scale, trasportando un rotolo di carta con il braccio sinistro - mettendo in avanti il braccio destro a protezione della caduta, al momento in cui la mano destra ha impattato al suolo con contraccolpo alla spalla omolaterale, ha risentito un forte dolore a quest'ultimo livello (cfr. doc. 1 e 40). A ciò aggiungasi che la risonanza magnetica del 21 maggio 2019 ha messo in evidenza un'importante tumefazione (doc. 22). In simili circostanze, secondo il TCA, è lecito dubitare che l'infortunio occorso all'assicurato possa essere qualificato quale urto di lieve entità, paragonabile ad una semplice contusione. In secondo luogo, non può essere ignorato come la dott.ssa \_\_\_\_\_, radiologa di grande esperienza, nel rispondere al medico curante specialista del ricorrente, abbia dichiarato che le immagini relative all'esame RMN del maggio 2019, da lei stessa refertate, non consentano di ammettere la presenza di alterazioni tendinee di natura degenerativa, diversamente dunque da quanto sostengono i medici fiduciari dell'amministrazione (cfr. doc. C 2). Vi è infine da considerare che, in base alle conclusioni del recente studio di A. Lädermann e altri, " Degenerative oder traumatische Läsionen der Rotatorenmanschette – Revidierte Unterscheidungskriterien ", pubblicato in Schweizerisches Medizin-Forum 2019;19(15-16): 260-267, lievi sintomatiche o asintomatiche degenerazioni della cuffia dei rotatori insorgono sovente a partire dai 40 anni circa (al momento dell'infortunio, RI 1 aveva da poco superato tale soglia), la prevalenza di lesioni degenerative trasmurali della cuffia è stata chiaramente rivista verso il basso negli ultimi 15 anni e, soprattutto, trattandosi di pazienti giovani ( sotto i 60 anni ), lesioni trasmurali della cuffia rotatoria sono spesso di natura traumatica . In presenza di divergenze di carattere medico 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 LPGA oppure una perizia giudiziaria (cfr. DTF 135 V 465 e la STF 8C\_247/2018 del 1° aprile 2019 consid. 6.2.2). Tutto ben considerato, nel caso concreto, emergono dunque elementi suscettibili di generare dei dubbi, perlomeno lievi, circa l'affidabilità dei pareri sui quali l'amministrazione ha fondato la decisione di negare successivamente al 3 marzo 2020 il diritto a prestazioni dipendente dall'evento infortunistico del 9 maggio 2019, dubbi che inducono questa Corte a scostarsene (per un caso in cui il TF ha annullato il giudizio cantonale e rinviato la causa per nuova decisione, ritenendo che i referti agli atti dei medici curanti dell'assicurato fossero atti a suscitare un, almeno minimo, dubbio circa la pertinenza del parere espresso dal medico fiduciario a proposito della capacità lavorativa, cfr. la STF 8C\_370/2017 del 15 gennaio 2018 consid. 3.3.3; in questo senso, si veda pure la STF 8C\_637/2020 del 4 marzo 2021 consid. 5.1 e 5.2, relativa a un caso in cui i lievi dubbi generati da un rapporto del medico curante specialista, riguardavano proprio l'eziologia di disturbi interessanti la spalla della persona assicurata). 2.10. In una sentenza di principio 9C\_243/2010 del 28 giugno 2011, pubblicata in DTF 137 V 210, il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche rivolte alla giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; art. 72bis cpv. 1 OAI),

dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione. In quella pronunzia, l'Alta Corte ha pure precisato in quali casi il Tribunale cantonale deve allestire direttamente una perizia giudiziaria e in quali altri può rinviare gli atti all'assicuratore per un complemento istruttorio. Il TF ha, al riguardo, sviluppato le seguenti considerazioni: " (...). 4.4.1.1 Ist das Gutachten einer versicherungsinternen oder -externen Stelle nicht schlüssig und kann die offene Tatfrage nicht anhand anderer Beweismittel geklärt werden, so stellt sich das Problem, inwieweit die mit der Streitsache befasste Beschwerdeinstanz noch die Wahl haben soll zwischen einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung, damit diese eine neue oder ergänzende Expertise veranlasse, und der Einholung eines Gerichtsgutachtens. Das Bundesgericht hat dazu jüngst festgehalten, die den kantonalen Gerichten zufallende Kompetenz zur vollen Tatsachenprüfung (Art. 61 lit. c ATSG) sei nötigenfalls durch Einholung gerichtlicher Expertisen auszuschöpfen (BGE 136 V 376 E. 4.2.3 S. 381). Dies schliesst ein, dass die erstinstanzlichen Gerichte diese Befugnis nicht ohne Not durch Rückweisung an die Verwaltung delegieren dürfen. 4.4.1.2 Die Vorteile von Gerichtsgutachten (anstelle einer Rückweisung an die IV-Stelle) liegen in der Straffung des Gesamtverfahrens und in einer beschleunigten Rechtsgewährung. Die direkte Durchführung der Beweissmassnahme durch die Beschwerdeinstanz mindert das Risiko von - für die öffentliche Hand und die versicherte Person - unzumutbaren multiplen Begutachtungen. Zwar gilt die Sozialversicherungsverwaltung mit Blick auf die differenzierten Aufgaben und die dementsprechend unterschiedliche funktionelle und instrumentelle Ausstattung der Behörden in der Instanzenabfolge im Vergleich mit der Justiz als regelmässig besser geeignet, Entscheidungsgrundlagen zu vervollständigen (BGE 131 V 407 E. 2.1.1 S. 411). In der hier massgebenden Verfahrenssituation schlägt diese Rechtfertigung für eine Rückweisung indessen nicht durch. 4.4.1.3 Die Einschränkung der Befugnis der Sozialversicherungsgerichte, eine Streitsache zur neuen Begutachtung an die Verwaltung zurückzuweisen, verhält sich komplementär zu den (gemäss geänderter Rechtsprechung) bestehenden partizipativen Rechten der versicherten Person im Zusammenhang mit der Anordnung eines Administrativgutachtens (Art. 44 ATSG; vgl. oben E. 3.4). Letztere tragen zur prospektiven Chancengleichheit bei, derweil das Gebot, im Falle einer Beanstandung des Administrativgutachtens eine Gerichtsexpertise einzuholen, die Waffengleichheit im Prozess gewährleistet, wo dies nach der konkreten Beweislage angezeigt ist. Insoweit ist die ständige Rechtsprechung, wonach das (kantonale) Gericht prinzipiell die freie Wahl hat, bei festgestellter Abklärungsbedürftigkeit die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen oder aber selber zur Herstellung der Spruchreife zu schreiten (vgl. statt vieler ARV 1997 Nr. 18 S. 85 E. 5d mit Hinweisen, C 85/95; Urteil vom 11. April 2000 E. 3b, H 355/99), zu ändern. 4.4.1.4 Freilich ist es weder unter praktischen noch rechtlichen Gesichtspunkten - und nicht einmal aus Sicht des Anliegens, die Einwirkungsmöglichkeiten auf die Erhebung des medizinischen Sachverhalts fair zu verteilen - angebracht, in jedem Beschwerdefall auf der Grundlage eines Gerichtsgutachtens zu urteilen. Insbesondere ist der Umstand, dass die MEDAS von der Invalidenversicherung finanziert werden, kein genügendes Motiv dafür. Doch drängt sich auf, dass die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten einholt, wenn sie einen (im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen) medizinischen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist (vgl. die Kritik an der bisherigen Rückweisungspraxis bei Niederberger, a.a.O., S. 144 ff.). Die betreffende Beweiserhebung erfolgt alsdann vor der - anschliessend reformatorisch entscheidenden - Beschwerdeinstanz

selber statt über eine Rückweisung an die Verwaltung. Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (siehe beispielsweise das Urteil 9C\_646/2010 vom 23. Februar 2011 E. 4; vgl. auch SVR 2010 IV Nr. 49 S. 151 E. 3.5, 9C\_85/2009).” (DTF 137 V 263-265) In una sentenza 8C\_59/2011 del 10 agosto 2011 consid. 5.2 - dunque successiva a quella pubblicata in DTF 137 V 210 -, 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 LPGA: " 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).” In una sentenza 8C\_412/2019 del 9 luglio 2020 consid. 5.4, la Corte federale ha rinviato la causa all’assicuratore LAINF (e non al tribunale cantonale che aveva respinto il ricorso della persona assicurata) affinché disponesse l’esecuzione di una perizia ai sensi dell’art. 44 LPGA, precisando che laddove esistano dubbi circa l’attendibilità e la pertinenza della valutazione del medico fiduciario, spetta in primo luogo all’assicuratore contro gli infortuni procedere a ulteriori atti istruttori per determinare d’ufficio i fatti determinanti e, se del caso, assumere le prove necessarie prima di emanare la decisione (art. 43 LPGA): " Lorsqu’il existe des doutes sur la fiabilité et la pertinence de l’appréciation du médecin-conseil, il appartient en premier lieu à l’assureur-accidents de procéder à des instructions complémentaires pour établir d’office l’ensemble des faits déterminants et, le cas échéant, d’administrer les preuves nécessaires avant de rendre sa décision (art. 43 al. 1 LPGA; ATF 132 V 368 consid. 5 p. 374; arrêt 8C\_401/209 du 9 juin 2020 consid. 5.3.3. et ses références).” (STF 8C\_412/2019, consid. 5.4.) (si veda pure la STF 8C\_697/2019, 8C\_698/2019 del 9 novembre 2020 consid. 4.1; STCA 35.2020.93 del 29 marzo 2021, consid. 2.7). Nella presente fattispecie, il TCA ritiene che siano soddisfatti i presupposti per un rinvio degli atti all’istituto convenuto (cfr. STF 8C\_59/2011 del 10 agosto 2011 e DTF 135 V 465), già per il fatto che esso ha fondato la decisione impugnata sul solo parere dei propri medici fiduciari. Per le ragioni già esposte al considerando 2.9., si giustifica l’annullamento della decisione su opposizione impugnata e il rinvio degli atti all’assicuratore affinché disponga un approfondimento peritale esterno (art. 44 LPGA) volto a definire l’eziologia dei disturbi alla spalla destra lamentati dal ricorrente dopo il 3 marzo 2020. In queste condizioni, il TCA può rinunciare ad assumere ulteriori prove. 2.11. Visto l’esito del ricorso (il rinvio con esito aperto equivale a piena vittoria, cfr., da ultimo, la STF 8C\_859/2018 del 26 novembre 2018 consid. 5 con rinvio a DTF 137 V 210 consid. 7.1 pag. 271 e riferimento), l’CO 1 verserà all’insorgente, rappresentato da un avvocato, l’importo fr. 2'500 (IVA inclusa) a titolo d’indennità per ripetibili.

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