

TI_GERICHTE 35.2022.48 vom 22. Dezember 2022

TI Tribunale d'appello, 2022-12-22, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2022.48

FR: TI_GERICHTE 35.2022.48 du 22 décembre 2022

IT: TI_GERICHTE 35.2022.48 del 22 dicembre 2022

Regeste

Ammesso foro nel luogo della filiale, quale domicilio dell'ultimo datore di lavoro svizzero del ricorrente. Negato infortunio ai sensi di legge. Rinvio atti per perizia esterna volta a stabilire se la lesione della cuffia rotatoria è imputabile prevalentemente a usura o malattia

Erwägungen

E. 3

LAMal che corrisponde all'attuale art. 58 LPGa) (consid. 6.4.2). Infine, a proposito di un conflitto negativo di competenza tra due tribunali cantonali delle assicurazioni, l'Alta Corte ha ricordato che, secondo giurisprudenza, la procedura deve essere condotta davanti all'istanza più vicina ai fatti da valutare e che il rischio di giudizi contraddittori poteva essere evitato grazie a una sospensione di procedura (consid. 6.4.3). Stante tutto ciò, il TF ha quindi ammesso l'esistenza di un foro presso il luogo della succursale, a titolo di domicilio dell'ultimo datore di lavoro svizzero, posto che esso rappresenta per la lite il punto di contatto preponderante. Secondo la Corte federale, una tale soluzione appare compatibile con il senso dell'art. 58 LPGa, il cui regime a cascata intende favorire la persona assicurata. Si tratta di una competenza alternativa, posto che si vuole soltanto facilitare l'accesso alla giustizia e che nulla impedisce a un ricorrente di adire il tribunale del cantone dell'organizzazione principale (consid. 6.5). Da notare che, in quella fattispecie, l'CO 1 aveva contestato la competenza territoriale del tribunale delle assicurazioni del luogo della succursale per il motivo che, secondo l'art. 91 LAINF, datore di lavoro ai sensi dell'art. 11 LPGa è la persona che versa effettivamente il salario. Siccome in concreto il salario e i premi dell'assicurazione erano versati dall'organizzazione principale, secondo l'istituto assicuratore, la causa avrebbe dovuto essere decisa dal tribunale del cantone in cui aveva sede quest'ultima. Il Tribunale federale non ha seguito la tesi dell'amministrazione ritenendo determinante il fatto che l'assicurato avesse lavorato da ultimo nel cantone in cui aveva sede la succursale (Ginevra), rispettivamente irrilevante la circostanza che il salario e i contributi sociali venivano pagati dall'amministrazione centrale, sita in un altro cantone (Neuchâtel). Ora, tenuto conto che, secondo la giurisprudenza federale appena citata, la ratio della norma di cui all'art. 58 cpv. 2 LPGa è soltanto quella di facilitare l'accesso alla giustizia da parte della persona assicurata, secondo questa Corte, occorre ammettere un foro (anche) nel luogo della filiale, quale domicilio dell'ultimo datore di lavoro svizzero. Tale foro appare pure compatibile con il principio giurisprudenziale secondo il quale è opportuno che di una lite di occupino quei tribunali che si trovano territorialmente più vicini alla fattispecie da giudicare (cfr. DTF 145 V 247 consid. 5.6.2; 139 V 170 consid. 4.3; 124 V 310 consid. 6b/bb e i rispettivi riferimenti). Nel caso di specie, non è contestato che RI 1 ha svolto il proprio lavoro da ultimo presso la filiale di _____ della ditta _____, di modo che è dato un foro nel Cantone Ticino, cantone che rappresenta il punto di contatto

preponderante per la controversia. Come visto in precedenza, il fatto che il salario e i contributi sociali vengano pagati direttamente dalla sede centrale, è stato giudicato irrilevante dal Tribunale federale. In esito a tutto quanto precede, va ammessa la competenza territoriale del TCA, il quale è dunque legittimato a entrare nel merito della lite.

2.4. Nel merito, è litigiosa la questione di sapere se l'CO 1 era legittimato a concludere che l'assicurato non è rimasto vittima di un infortunio ai sensi di legge e che la lesione del tendine del sovraspinato è prevalentemente dovuta a malattia o a usura, oppure no.

2.5. 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. L'assicurazione effettua le prestazioni anche per le lesioni corporali parificabili ai postumi d'infortunio esaustivamente enumerate al cpv. 2 del medesimo articolo.

2.6. L'art. 4 LPGa così definisce l'infortunio: "È considerato infortunio qualsiasi influsso dannoso, improvviso e involontario, apportato al corpo umano da un fattore esterno straordinario che comprometta la salute fisica o psichica o che provochi la morte." Questa definizione riprende, nella sostanza, quella che era prevista all'art. 9 cpv. 1 vOAINF - disposizione abrogata dall'ordinanza sull'assicurazione contro gli infortuni dell'11 settembre 2002 (RU 2002 3914), in vigore dal 1° gennaio 2003 - di modo che la relativa giurisprudenza continua ad essere applicabile. Cinque sono dunque gli elementi costitutivi essenziali dell'infortunio: " - l'involontarietà - la repentinità - il danno alla salute (fisica o psichica) - un fattore causale esterno - la straordinarietà di tale fattore" (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), Losanna 1992, p. 44-51) Scopo della definizione è di tracciare un chiaro confine tra infortunio e malattia.

2.7. Si evince dalla nozione stessa di infortunio che il carattere straordinario non concerne gli effetti del fattore esterno ma unicamente il fattore esterno in quanto tale (cfr. RAMI 2000 U 374, p. 176). Pertanto, è irrilevante il fatto che il fattore esterno abbia causato delle affezioni gravi o inabituale. Il fattore esterno è considerato come straordinario quando eccede, nel caso concreto, il quadro degli avvenimenti e delle situazioni che si possono, obiettivamente, definire quotidiane o abituali (DTF 122 V 233 consid. 1, 121 V 38 consid. 1a, 118 V 61 consid. 2b, 118 V 283 consid. 2a; RAMI 1993 p. 157ss, consid. 2a). Vi è infortunio unicamente se un fattore esterno ha agito sul corpo. L'evento deve accadere nel mondo esterno. Quando il processo lesivo si svolge all'interno del corpo umano, senza l'intervento di agenti esterni, l'ipotesi di un evento infortunistico è data essenzialmente in caso di sforzo eccessivo o di movimenti scoordinati. La giurisprudenza esige, perché si possa ammettere il fattore causale di sforzi eccessivi, che essi superino in modo evidente le sollecitazioni cui la vittima è normalmente esposta e alle quali, per costituzione, consuetudine o addestramento, essa è abitualmente in grado di resistere. Da un altro lato, per poter ritenere che lesioni corporali siano state causate da movimenti scombinati o incongrui. Gli stessi devono essersi prodotti in circostanze esterne manifestamente insolite, imprevedute e fuori programma. Carente è altrimenti la straordinarietà del fattore esterno causale, con la conseguenza che non tutte le caratteristiche di un infortunio sono realizzate (DTF 122 V 232 consid. 1, 121 V 38 consid. 1a, 118 V 61 consid. 2b, 283 consid. 2, 116 V 138 consid. 3a e b, 147 consid. 2a; RAMI 1993 U 165, p. 59 consid. 3b).

2.8. Conformemente alla giurisprudenza, tocca all'assicurato rendere verosimile l'esistenza, in concreto, di tutti gli elementi costitutivi d'infortunio. Quando l'istruttoria non permette di ritenere accertati, perlomeno secondo il grado della verosimiglianza preponderante - la semplice possibilità non basta - tali elementi, il giudice constata l'assenza di prove o di indizi e, quindi, l'inesistenza giuridica dell'infortunio (cfr.

DTF 114 V 305ss. consid. 5b, 116 V 136ss. consid. 4b, 111 V 201 consid. 6b; RAMI 1990 U 86, p. 50; A. Bühler, Der Unfallbegriff, in: A. Koller (Hrsg.), Haftpflicht- und Versicherungsrechtstagung 1995, S. Gallo 1995, p. 267). Gli stessi principi sono applicabili alla prova dell'esistenza di una lesione parificata ad infortunio (DTF 114 V 306 consid. 5b; 116 V 141 consid. 4b). 2.9. Nel caso di specie, questa Corte constata che l'assicurato era portatore di una rottura parziale della cuffia dei rotatori sinistra, oggettivata grazie all'artro-RMN del 12 aprile 2022 (doc. 47, p. 2), danno alla salute che ricade sotto la lett. f dell'art. 6 cpv. 2 LAINF ("lacerazioni dei tendini"). A questo punto, è utile segnalare che, nella DTF 146 V 51 consid. 9.1, il Tribunale federale si è chinato segnatamente sulla questione di sapere quale disposizione torna applicabile allorquando l'assicuratore contro gli infortuni ha ammesso l'esistenza di un infortunio ex art. 4 LPGa e che l'assicurato soffre di una lesione corporale ai sensi dell'art. 6 cpv. 2 LAINF. La Corte federale ha stabilito che in tale ipotesi, l'assicuratore contro gli infortuni deve prendere a proprio carico le conseguenze della lesione in questione in virtù dell'art. 6 cpv. 1 LAINF. Per contro, in assenza di un infortunio ai sensi di legge, il caso deve essere esaminato dal profilo dell'art. 6 cpv. 2 LAINF. Alla luce di quanto precede, in concreto, questo Tribunale è innanzitutto tenuto a esaminare se RI 1 è rimasto vittima di un infortunio ai sensi dell'art. 4 LPGa, oppure no. 2.10. Nella concreta evenienza, in data 31 ottobre 2021, il datore di lavoro dell'insorgente ha annunciato all'assicuratore che il 28 ottobre 2021 era accaduto un evento riguardante la spalla sinistra. L'evento è così stato descritto: "(...) Beim Tragen eines Trockners (Wendeltreppe), Riss in der Schulter zugezogen." (doc. 1) Dal referto 28 ottobre 2021 del Servizio di PS dell'Ospedale _____ di _____ si apprende che il dolore alla spalla sinistra era "... insorto in seguito a trauma distrattivo mentre portava lavatrice." (doc. 2). Chiamato dall'amministrazione a descrivere nel dettaglio la dinamica del sinistro, l'assicurato ha dichiarato quanto segue: "(...) Durante il trasporto di una lavatrice per le scale interne di una abitazione assieme al mio collega ho avuto uno strappo alla spalla sinistra." Egli ha quindi risposto positivamente alla questione di sapere se fosse "accaduto qualcosa di particolare (scivolato, caduto, sbattuto contro qualcosa ecc.)", precisando in proposito "mi è ceduta la spalla sinistra." (doc. 21, p. 2). In sede di opposizione alla decisione formale mediante la quale l'CO 1 aveva negato il diritto a prestazioni, il rappresentante dell'assicurato ha descritto in questi termini l'accaduto: "(...) Nello scendere la scala, mentre tenevano l'asciugatrice tra le mani ma sospesa a livello del torace a causa delle difficoltà di girare il pianerottolo e nel farla rientrare nella porta, dalla parte di sotto c'era il collega di lavoro mentre dietro dalla parte di sopra scendendo la scala, si trovava il signor RI 1, in fila indiana. La posizione sospesa in alto dell'asciugatrice comportava della difficoltà aggiuntive. In genere durante gli spostamenti qualsiasi elettrodomestico viene tenuto tra le mani ad un livello più basso verso le ginocchia, in un modo più comodo e meno faticoso. Ad un certo momento, il collega di lavoro mentre teneva l'asciugatrice, scendendo ha mancato uno scalino ed ha posato il piede su quello successivo. In quel momento si è scompensato e squilibrato il peso, ed istintivamente l'assicurato ha cercato di trattenere con assoluta forza l'asciugatrice, sia per evitare che cadesse addosso al collega di lavoro sia per evitare che l'apparecchio stesso cadesse sulle scale provocando un danno. In effetti, grazie a questo sforzo improvviso ed involontario, ma molto violento, hanno evitato che l'asciugatrice venisse danneggiata. Rammentiamo che tenevano l'apparecchio a livello del torace a causa delle difficoltà logistiche. Nel momento in cui si è creato questo scompenso-squilibrio, l'assicurato ha avvertito un fortissimo strappo alla spalla, con dolori immediati e molto lancinanti. In seguito trascorsi una decina

di minuti dopo la posa dell'apparecchio, al ritorno entrambi sono andati al pronto soccorso dell'Ospedale di _____ per le necessarie cure, siccome il signor RI 1, avvertiva dei dolori davvero molti forti e violenti. (...)." (doc. 44) In merito alla versione contenuta nell'annuncio d'infortunio e nelle risposte fornite all'amministrazione nel dicembre 2021, in sede di ricorso, il rappresentante ha rilevato che "la descrizione dell'evento, anche per lacune conseguenti ad una visione ed un monitoraggio auspicabilmente più adeguato, è stata del tutto carente. Sta di fatto che [la] descrizione proposta deve essere intesa come un complemento informativo e non come una modifica di dichiarazioni già rese giacché queste indicazioni non sono mai state fornite con accuratezza. D'altro canto, sia pure con riserva, citiamo quali testi il collega di lavoro, e la proprietaria, oltre all'audizione del ricorrente proprio per riferire su questi aspetti." (doc. I, p. 5). 2.11. Chiamato a pronunciarsi in merito all'esistenza di un infortunio ai sensi di legge, questa Corte ritiene di potersi esimere dall'approfondire oltre la questione di sapere se nel caso di specie può trovare applicazione, oppure no, il principio della "dichiarazione della prima ora" (al riguardo, cfr., tra le tante, la STF 8C_186/2017 del 1° settembre 2017, consid. 5.2 e rinvii giurisprudenziali ivi citati). In effetti, anche volendo ammettere che il sinistro si sia svolto come descritto con l'opposizione (e il ricorso), l'esito non potrebbe comunque essere quello che auspica il patrocinatore dell'insorgente, così come verrà meglio dimostrato qui di seguito. Nel caso di specie, tenuto conto della versione fornita con l'opposizione, va ritenuto che non vi è stato l'intervento di un fattore causale esterno: il danno alla salute si è, infatti, manifestato senza che vi sia stato impatto né con altre persone né con oggetti. Va dunque esaminato se, in caso, si possa ammettere che vi è stato un movimento scombinato o uno sforzo manifestamente eccessivo. Infatti, quando il processo lesivo si svolge all'interno del corpo umano, senza l'intervento di agenti esterni, l'ipotesi di un evento infortunistico è data essenzialmente in caso di uno sforzo manifestamente eccessivo o di un movimento scoordinato. Così come esposto al considerando 2.7., affinché una lesione corporale dovuta a un movimento scombinato sia attribuibile a infortunio ai sensi della LAINF, è necessario che tale movimento si sia prodotto in circostanze esterne manifestamente insolite, impreviste, fuori programma. In una sentenza U 70/80 del 20 novembre 1981, riguardante un assicurato che, unitamente a un collega, stava per sollevare una catasta di carta del peso di circa 60 kg e che, in ragione del fatto che la merce sollevata stava per crollare a terra, ha dovuto compiere un movimento di riflesso per trattenerla, riportando così la rottura del tendine del bicipite, la Corte federale ha negato l'esistenza di un infortunio, in base alle seguenti considerazioni: " Die Vorinstanz hat angenommen, dass das Anheben von Papierstapeln, in einer Druckweiterverarbeitungsfirma üblich sei. Ebenso sei - unter Berufung auf die Aussage des Arbeitskollegen Winter - das Einbrechen eines Papierstapels nichts Aussergewöhnliches. Diese in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde nicht bestrittenen Feststellungen sind entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers wesentlich für die Beurteilung der Frage, ob ein Unfall im Sinne des KUVG vorliegt oder nicht. Als gelernter Berufsmann mit vieljähriger Branche- und fünfjähriger Betriebserfahrung musste der Beschwerdeführer beim Anheben des Papierstapels mit dem Risiko des Einbrechens rechnen. Das durch das Einbreche nötig gewordene reflexartige Nachfassen, womit verhindert wurde, dass Transportgut den beiden Männern aus den Händen glitt, war demnach eine gewohnte Reaktion." In un'altra pronunzia U 83/87 del 6 maggio 1988, concernente un assicurato che, assieme a un collega, stava trasportando una porta del peso di 100-150 kg, tenuta in piedi in equilibrio su dei ganci di ferro e che, essendosi la porta messa a oscillare, è stato costretto a compiere un violento movimento con la mano sinistra per trattenerla e rimetterla in

equilibrio, il TFA ha parimenti negato l'esistenza di un infortunio, precisando quanto segue: " En l'espèce, le fait pour un menuisier-machiniste de porter une porte avec un collègue de travail à l'aide de crochets tenus d'une main et de rétablir de temps à autre l'équilibre, par définition instable, de la charge à l'aide de l'autre main, ne sort à l'évidence pas, au vu du dossier, du cadre des événements quotidiens et habituels du travail du recourant." Il TCA è pervenuto alla stessa conclusione in una sentenza 35.1998.115 del 7 gennaio 1999, confermata dal TFA con il giudizio U 61/99 del 18 giugno 1999, riguardante un assicurato, di professione costruttore di mobili di metallo, che aveva avvertito un forte dolore alla spalla destra nel tentativo di trattenere un mobile che era scivolato via da una paletta. In una sentenza 35.2000.67 del 6 novembre 2001, tutelata dal TFA con la pronunzia U 1/02 del 12 luglio 200 (" è pacifico e incontrovertito che la vicenda non possa essere qualificata come infortunio "), questo Tribunale ha negato l'esistenza di un infortunio nel caso di una segretaria, la quale, nel tentativo di evitare la caduta a terra di un grosso classificatore, che si trovava in alto a uno scaffale, ha compiuto un movimento rotatorio verso l'esterno con la spalla sinistra procurandosi una rottura trasmurale della porzione distale del tendine del sovraspinato. Sempre questa Corte, in una sentenza 35.2004.106 del 6 giugno 2005, ha pure negato l'esistenza di un infortunio, trattandosi di un assicurato, assistente tecnico presso una ditta produttrice di elettrodomestici, che stava trasportando sulle scale, a ritroso, una lavatrice e che per evitare che la stessa, che aveva iniziato a scivolare dal carrello di trasporto, cadesse, l'aveva afferrata e sollevata, accusando subito uno "strappo" al braccio sinistro. Alla luce dei precedenti giurisprudenziali appena evocati, secondo il TCA, l'atto intrapreso dal ricorrente – in sostanza, RI 1 si è visto costretto a trattenere un'asciugatrice che si era sbilanciata a causa del fatto che il collega, con il quale la stava trasportando lungo una scala interna, aveva mancato/saltato un gradino -, non può essere qualificato di manifestamente insolito, fuori programma. In effetti, tenuto conto della professione da lui svolta quale addetto alla consegna di elettrodomestici presso il domicilio dei clienti, vi è da ritenere che per l'insorgente il trasporto su scale di un'asciugatrice rappresenti un atto ordinario. Nemmeno si rivela imprevedibile la circostanza che, durante il trasporto, un apparecchio possa sbilanciarsi, tanto da richiedere da parte del trasportatore un movimento di riposizionamento. Inoltre la straordinarietà di un movimento non va riconosciuta nemmeno se lo stesso è avvenuto senza riflettere, incondizionatamente e automaticamente (cfr. STFA U 277/99 del 30 agosto 2001). In queste condizioni, il criterio del movimento scoordinato non è dunque dato : il movimento compiuto dall'assicurato al fine di rimettere in equilibrio l'oggetto trasportato, non è infatti uno tra quelli che si possano ritenere manifestamente inusuali nell'ambito di un'attività quale quella esercitata da RI 1. La giurisprudenza ammette, d'altro canto, l'esistenza di un fattore straordinario quando, sollevando o spostando un peso, si produce una lesione a causa di uno sforzo straordinario, cioè manifestamente eccessivo a dipendenza delle circostanze del caso concreto (cfr. supra , consid. 2.7.). Un esame della giurisprudenza federale dimostra che il fatto di sollevare, trasportare o spostare pesi inferiori ai 100 kg - trattandosi di assicurati esercitanti attività manuali - non viene considerato sforzo eccessivo (cfr. STF U 252/06 del 4 maggio 2007, STF U 144/06 del 23 maggio 2006, consid. 2.2, U 222/05 del 21 marzo 2006, consid. 3.2 e U 110/99 del 12 aprile 2000, consid. 3; si veda pure la STCA 35.2003 del 21 luglio 2003, riguardante un assicurato, di professione posatore di marmi e graniti, che aveva dovuto sopportare, per un attimo, l'intero peso di una panchina in granito di circa 70 Kg, in quanto il suo collega con il quale stava effettuando il trasporto era inciampato). In concreto, questa Corte constata che le asciugatrici ad uso domestico che figurano sul sito web della ditta

_____ hanno un peso (nettamente) inferiore ai 100 kg. Comunque, quand'anche si volesse ammettere che l'asciugatrice trasportata dall'assicurato pesasse più di 100 kg, non sarebbe ancora ravvisabile uno sforzo manifestamente eccessivo ai sensi della giurisprudenza, nella misura in cui il peso effettivamente sopportato per un attimo dall'insorgente - nato nel 1977 e apparentemente in buone condizioni di salute -, quando per evitare che l'elettrodomestico cadesse ha compiuto un movimento di ripresa con il braccio sinistro, era certamente inferiore a quel peso. Infatti, una parte del peso ha comunque continuato ad essere sopportata dal collega, il quale non risulta che abbia mai mollato la presa dell'apparecchio. In esito ai considerandi che precedono, il TCA deve concludere che non siano, in concreto, soddisfatte le severe condizioni poste dalla giurisprudenza federale per poter riconoscere il carattere infortunistico in assenza di un fattore esterno. Di conseguenza non siamo in presenza di un infortunio ai sensi dell'art. 4 LPGA. 2.12. Si tratta ora di esaminare se l'obbligo contributivo dell'CO 1 possa essere fondato sull'art. 6 cpv. 2 LAINF, disposizione che parifica ad infortunio una serie di lesioni corporali. Secondo la disposizione di legge appena citata, introdotta nel quadro della revisione della Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni, entrata in vigore il 1° gennaio 2017, applicabile al caso di specie visto che l'evento annunciato dall'interessato è accaduto nell'ottobre 2021, l'assicurazione effettua le prestazioni anche per le lesioni corporali seguenti – fratture (lett. a), lussazioni di articolazioni (lett. b), lacerazioni del menisco (lett. c), lacerazioni muscolari (lett. d), stiramenti muscolari (lett. e), lacerazioni dei tendini (lett. f), lesioni dei legamenti (lett. g) e lesioni del timpano (lett. h) - a condizione che non siano dovute prevalentemente all'usura o a una malattia. Al riguardo, è utile sottolineare che, rispetto al diritto previgente (cfr. art. 9 cpv. 2 v.OAINF), con il nuovo art. 6 cpv. 2 LAINF il legislatore federale ha rinunciato al criterio del fattore esterno. Nella già citata DTF 146 V 51 (cfr. supra, consid. 2.9.), la Corte federale, avuto riguardo all'applicazione dell'art. 6 cpv. 2 LAINF, ha precisato che, in presenza di una lesione corporale figurante nell'elenco, l'assicuratore è di principio tenuto a corrispondere le prestazioni assicurative, fintanto che non dimostra, con il grado della verosimiglianza preponderante, che la lesione in questione è da ricondurre prevalentemente - ossia in misura maggiore al 50% (consid. 8.2.2.1) - a usura o malattia (consid. 8.2.2 e 9.1). Tale onere probatorio rende, comunque, necessario distinguere tra una lesione corporale parificata di tipo infortunistico (che deve essere assunta dall'assicurazione contro gli infortuni) ed una lesione corporale figurante nella lista, ma causata da usura e malattia (a carico dell'assicuratore contro le malattie). L'apporto della prova liberatoria presuppone che, nell'ambito dell'obbligo di accertamento ex art. 43 cpv. 1 LPGA, ricevuta la notifica relativa ad una lesione parificata ad un infortunio (art. 6 cpv. 2 lett. a-h LAINF), l'assicuratore chiarisca le circostanze in cui essa si è verificata. Occorre dunque accertare i dettagli relativi sia alla situazione anteriore, che alla prima comparsa dei disturbi lamentati dall'assicurato e ponderare, dal punto di vista medico, gli elementi che depongono in favore, o a sfavore, di un'origine della lesione dovuta all'usura o alla malattia ed è in tal senso che la questione a sapere se ha avuto luogo un evento iniziale riconoscibile e identificabile continua ad essere determinante al fine di circoscrivere l'obbligo prestativo dell'assicuratore contro gli infortuni rispetto a quello dell'assicuratore contro le malattie. Se lo spettro delle possibili cause è costituito esclusivamente da elementi che parlano a favore di un'usura o di una malattia, ne consegue inevitabilmente che è stata fornita la prova a discarico dell'assicuratore infortuni e non sono necessari ulteriori chiarimenti (consid. 8.6). La prova che una lesione corporale figurante nella lista è dovuta in maniera prevalente all'usura o a una malattia deve essere considerata fornita anche

quando un assicuratore contro gli infortuni dimostra che un infortunio secondo l'art. 4 LPGA non è in nesso di causalità, nemmeno in minima misura, con la lesione in questione e non esistono indizi che una circostanza avvenuta dopo l'evento potrebbe costituirne una causa possibile (consid. 9.2). Sul tema, si veda pure la STF 8C_267/2019 del 30 ottobre 2019 consid. 6 e la STF 8C_169/2019 del 10 marzo 2020 consid. 5.4 e 5.5. Nella presente fattispecie, così come già indicato al considerando 2.9., si è in presenza di una diagnosi – una rottura parziale del tendine del muscolo sovraspinato della spalla sinistra -, danno alla salute che ricade nella lista di cui all'art. 6 cpv. 2 LAINF (lett. f). Nonostante ciò, l'assicuratore convenuto può liberarsi dal proprio obbligo a prestazioni fornendo la prova che il danno alla salute in questione è imputabile, in misura prevalente (ossia in misura maggiore al 50%), a usura o malattia. Dalle carte processuali risulta che l'amministrazione ha interpellato al riguardo il dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia. Con apprezzamento del 26 aprile 2022, presa visione delle risultanze dell'artro-RMN del 12 aprile 2022, il medico _____ ha dichiarato che esse evidenziano "... una lesione degenerativa del tendine sovraspinoso, la lesione si estende interstiziale e soprattutto alla sua entesi. L'entesi del tendine sovraspinato è la zona classica per lesioni degenerative, in quanto in questa zona si trova una ipo-perfusione, la parte interstiziale è la zona dove inizia il cambiamento degenerativo del tessuto. Inoltre, è presente un cosiddetto downslope dell'acromion con una artrosi AC che riduce lo spazio sottoacromiale ed è la maggior causa per una tendinopatia del sovraspinoso. Inoltre, non si evidenziano segni distorsivi di un impatto traumatico alla spalla che sarebbe in grado di causare una lesione strutturale, non esiste quasi nessun meccanismo traumatico che potrebbe causare la singola rottura del tendine sovraspinoso, un meccanismo adeguato avrebbe anche coinvolto il tendine sottoscapolare. Siamo quindi in presenza di una lesione 6.2, lettera f, con probabilità preponderante a causa degenerativa ." (doc. 49 – il corsivo è del redattore). Con certificazione del 2 giugno 2022, prodotta in corso di causa, il medico curante specialista, dott. _____, medico aggiunto presso il Servizio di ortopedia e traumatologia dell'Ospedale _____ di _____, ha in particolare osservato che, grazie all'accertamento in discussione, era stata individuata "... una rottura preinserzionale del sovraspinoso parziale ma quasi a tutto spessore coinvolgendo 9/10 dello spessore del tendine. La lesione chiaramente è di natura post-traumatica in quanto non vi è nessuna degenerazione tendinea né ipoatrofia muscolare né degenerazione grassosa del muscolo corrispondente. Inoltre il paziente seguiva un'attività lavorativa manuale senza alcun tipo di disturbo prima del summenzionato infortunio." (doc. B – il corsivo è del redattore). La valutazione del dott. _____ è stata commentata criticamente dal dott. _____, il quale ha in proposito formulato le seguenti considerazioni: " (...). 1. Secondo il dr. med. _____ la RM non evidenzerebbe nessuna lesione degenerativa, ma come spiegato nell'apprezzamento precedente, si tratta di una lesione inserzionale all'entesi del sovraspinoso (una lesione degenerativa). Non mi risulta chiaro perché una delle più comuni lesioni degenerative che si trova nel corpo, dovrebbe essere un postumo infortunistico. La maggior parte delle lesioni del tendine sovraspinoso sono a causa degenerativa, mentre la maggioranza delle lesioni del tendine sottoscapolare invece dovute a postumi infortunistici (1,14). Il versante inferiore/articolare sopra la zona inserzionale del tendine sovraspinoso è già stata dichiarata da Codman nel 1934 come "zona critica" (7). Nelle decadi successive è stato confermato che questa zona, dove il tendine si inserisce nella testa omerale fino a 1 cm più centrale, soltanto dal suo versante articolare, è una zona avascolata e contiene fibre di collagene (materiale tendineo) e anche materiale cartilagineo (...) che causa l'instabilità e la

suscettibilità di questa parte del tendine per una lesione degenerativa (11). (...). Queste zone avascolari ed invece intervallate da cartilagine fibrosa, è più soggetta a degenerazione, quindi presenti più frequentemente. Una lesione causata da uno stiramento del tendine dovrebbe influenzare fisicamente la parte esterna e convessa del tendine (3). (...). La degenerazione del tendine, che secondo il dr. med. _____ non si sarebbe evidenziata nella RM, è quindi la lesione che è stata operata. 2. Circa $\frac{3}{4}$ delle lesioni si manifestano senza sintomi (14). Quindi una argomentazione di tipo post-hoc-ergo-propter hoc non è proprio utile per una valutazione della causalità per tali lesioni, pertanto il fatto di non essere sintomatico non evidenzia l'esistenza di un cambiamento del tessuto del tendine. (...). La RM del 12.04.2022 comunque dimostra la parte caudale dell'acromion con configurazione Bigliani II con segni degenerativi acromion-clavicolari. Tuttavia, nessun segno radiologico per un meccanismo traumatico che può essere in grado di causare tale lesione (14). L'argomentazione da parte del dr. med. _____ che l'assenza di degenerazione adiposa muscolare automaticamente esclude una degenerazione tendinea precedente, è un errore comune nell'argomentazione medico-assicurativa. Una infiltrazione grassa della struttura muscolare sarebbe la conseguenza di una grave disfunzionalità oppure inattività di questo muscolo, ad esempio a causa di una rottura totale del suo tendine. Questo è appena stato escluso dal rapporto medico iniziale dell'8.11.2021, nel quale è stata documentata una limitazione funzionale per algia, ma nessuna pseudo-paralisi o disfunzionalità totale che si manifesterebbe dopo una rottura tendinea acuta (1, 2, 3). Anche il dr. med. _____, nel suo rapporto di opposizione del 02.06.2022 descrive che l'assicurato ha ripreso l'attività lavorativa con limitazione dell'abduzione funzionale. Questa non è una non funzionalità totale del sovraspinoso e quindi sembra logico che la RM non evidenzerebbe una atrofia con infiltrazione grassa del muscolo sovraspinoso. Una limitazione funzionale senza una non funzionalità totale è invece un segno per compensazione di una lesione sviluppata in maniera cronica a lungo decorso (1, 3, 4). I movimenti dolorosi, ma ciò nonostante esigibili, nella maggior parte dei casi non causano una notevole atrofia muscolare. Come descritto nel mio apprezzamento precedente, radiologicamente si sarebbero presentati dei segni collaterali che evidenzerebbero un meccanismo automatico adeguato per causare una lesione del tendine sovraspinoso (1,2,3,4). Meccanismi adeguati per una rottura della cuffia sono maggiormente dei bruschi movimenti in extra-rotazione e in abduzione, che causano uno sforzo tendineo in direzione opposta rispetto alla direzione fisiologica – direzione delle fibre di collagene, del tendine (1,2,3,12). Questo movimento avrebbe indicativamente causato una lesione del sottoscapolare. Secondo Schönberger et al. è raro che un meccanismo infortunistico per una singola rottura del sovraspinoso (1). In conclusione, i referti clinici sottoposti presentano un processo cronico degenerativo. Una fresca lesione tendinea invece, che si sarebbe verificata improvvisamente a causa di un incidente imprevisto, avrebbe invece causato una cosiddetta pseudoparalisi, una disfunzionalità quasi completa almeno al primo esame. Radiologicamente si sarebbero evidenziati dei segni collaterali che indicano un meccanismo traumatico, la RM del 12.04.2022 presentava invece una lesione subtotale all'entesi del sovraspinoso, una delle più comuni lesioni degenerative conosciute nel corpo. (...).” (doc. X 1) Questo invece il tenore del rapporto 27 ottobre 2022 del dott. _____: " (...) Il paziente riferisce un evento traumatico distorsivo della spalla sinistra avvenuto il 28.10.2021: trattato in modo conservativo senza beneficio. Ho visitato il paziente in prima visita il 02.06.2022 durante la quale si poteva riscontrare ancora la presenza, a distanza di diversi mesi, di un'ipostenia a carico del tendine del sovraspinoso. L'Arthro-RM eseguita

nell'aprile 2022 ha messo in evidenza una lesione pre-inserzionale del sovraspinoso quasi a tutto spessore. Ribadisco, come già descritto nella lettera inviata alla _____ nel mese di giugno, che la lesione riscontrata è da considerarsi secondo il criterio di probabilità preponderante come conseguente al trauma del 28.10.2021 in quanto non è emersa nessuna degenerazione dei tendini, nessuna ipotrofia della muscolatura né l'insorgenza di degenerazione grassosa del muscolo corrispondente. Inoltre ricordo che il paziente svolgeva un'attività lavorativa manuale e pesante prima dell'evento traumatico senza avere alcun tipo di disturbo: se la lesione fosse pre-esistente all'evento traumatico, il paziente avrebbe lamentato ipostenia e/o dolore. Ribadisco inoltre che una lesione fresca post-traumatica di un tendine o di più tendini non a tutto spessore non necessariamente porta ad un quadro di spalla pseudo-paralitica; può essere mantenuta un'escursione articolare normale con invece chiari segni di ipostenia a carico del tendine e/o dei tendini lesionati.” (doc. C) 2.13. 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; 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.

E. 5

in fine; STF I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV Nr. 10 p. 35 consid. 4b). 2.14. Attentamente vagliato l'insieme della documentazione a sua disposizione, questo Tribunale non ritiene di poter confermare la decisione impugnata, nella misura in cui l'CO 1 ha negato un proprio obbligo a prestazioni fondato sull'art. 6 cpv. 2 LAINF. Preliminarmente, va rilevato che, non essendo la decisione impugnata fondata su una perizia esterna (cfr. supra, consid. 2.12.), può trovare applicazione la giurisprudenza di cui alla DTF 135 V 465, secondo la quale dei lievi dubbi circa l'affidabilità di un rapporto medico bastano per potersene discostare (cfr. supra, consid. 2.13.). Ora, ai referti del dott. _____, sui quali si fonda appunto la decisione su opposizione in esame, non può essere riconosciuto un valore probatorio sufficiente per concludere, con la necessaria tranquillità, che la diagnosticata lesione tendinea sarebbe imputabile, prevalentemente, all'usura o a una malattia (e, pertanto, non all'evento occorso nell'ottobre 2021). Infatti, come è già stato messo in evidenza al considerando 2.12., su questo aspetto di natura squisitamente medica agli atti figurano rapporti medici, specificatamente quelli elaborati dal medico curante specialista, il cui contenuto è atto a generare dei dubbi, perlomeno lievi, circa la correttezza della valutazione su cui l'amministrazione ha finalmente fondato la propria posizione (per un caso analogo, riguardante un caso in cui i lievi dubbi generati da un rapporto del medico curante specialista, interessavano proprio l'eziologia di disturbi interessanti la spalla della persona assicurata, si veda la STF 8C_637/2020 del 4 marzo 2021 consid. 5.1 e 5.2). In simili casi, la giurisprudenza federale prevede che la vertenza non possa essere decisa basandosi sull'uno o sull'altro dei pareri a disposizione ma che occorra 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). 2.15. 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 pronuncia, 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 Beweismassnahme 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 - 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

rinvia gli atti all'amministrazione affinché disponga essa stessa una perizia seguendo la procedura di cui all'art. 44 LPG: " Um solche Zweifel auszuräumen, wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 135 V 465 E. 4.6 S. 471)." (STF 8C_59/2011, consid. 5.2) 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 LPG, 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 LPG): " 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 LPG; 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 35.2020.88 dell'8 febbraio 2021 consid. 2.10; STCA 35.2020.70 del 1° marzo 2021 consid. 2.10; STCA 35.2020.100 del 22 marzo 2021 consid. 2.10; STCA 35.2021.12 del 16 giugno 2021 consid. 2.10). Con la pronuncia 8C_445/2021 del 14 gennaio 2022 consid. 4.4, pubblicata in SVR 10/2022 UV n. 34 p. 137 ss., l'Alta Corte ha stabilito che, laddove un tribunale cantonale determini il diritto alle prestazioni facendo capo a un rapporto del medico curante prodotto nel quadro della procedura di opposizione, sebbene ci si trovi in presenza di un caso di applicazione della DTF 135 V 465 che richiede l'intervento di un perito esterno, la causa deve essere rinviata all'amministrazione, e non ai giudici di prime cure, affinché proceda a un complemento istruttorio. È in effetti in primo luogo compito dell'amministrazione disporre degli atti istruttori complementari volti ad accertare d'ufficio tutti i fatti pertinenti e, se del caso, raccogliere le prove necessarie prima di rendere la propria decisione. Infine, con un giudizio 9C_176/2022 del 17 novembre 2022 consid. 3, il TF ha confermato l'agire dei giudici cantonali che avevano rinviato la causa all'amministrazione affinché procedesse ad accertamenti complementari a fronte di una fattispecie non sufficientemente chiarita, anziché disporre una perizia giudiziaria (" Rien par ailleurs n'empêchait les premiers juges de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire dans leur arrêt du 5 juillet 2019 plutôt que d'ordonner une expertise judiciaire. Ce renvoi était en effet motivé par la nécessité de clarifier une situation médicale ayant fait l'objet d'investigations insuffisantes. La jurisprudence autorise expressément un tel renvoi dans ce genre de situation ."). Nella presente fattispecie, i presupposti per un rinvio degli atti all'assicuratore convenuto (cfr. STF 8C_59/2011 del 10 agosto 2011 e DTF 135 V 465) sono soddisfatti già per il solo fatto che esso ha fondato la decisione impugnata sul solo parere del medico _____. In casi del genere, per costante prassi, il TCA, anziché ordinare esso stesso una perizia giudiziaria, rinvia gli atti all'amministrazione affinché disponga una perizia esterna ai sensi dell'art. 44 LPG (cfr., in questo senso, STF 8C_757/2014 del 16 gennaio 2015 consid. 3.2., STCA 35.2014.103 dell'11 marzo 2015 consid. 2.9., STCA 35.2014.96 del 25 febbraio 2015 consid. 2.9., STCA 35.2014.47 del 2 febbraio 2015 consid. 2.8., STCA 35.2014.66 del 22 dicembre 2014 consid. 2.9 e 35.2014.50 del 10 novembre 2014 consid. 2.13; D. Cattaneo,

Les erreurs les plus fréquentes des expertises médicales dans les assurances sociales in: CGRSS n. 50 – 2014, p. 137 seg. n. 15 p. 140). Per le ragioni già esposte al considerando 2.14., si giustifica l'annullamento della decisione su opposizione impugnata e il rinvio degli atti all'amministrazione affinché disponga un approfondimento esterno (art. 44 LPGGA) volto a stabilire se la diagnosticata lesione parziale del tendine del muscolo sovraspinato della spalla sinistra è imputabile, prevalentemente (in misura maggiore al 50%), all'usura o a una malattia. Sulla scorta delle relative risultanze, l'CO 1 si pronuncerà di nuovo sul diritto alle prestazioni dell'assicurato. 2.16. Visto l'esito del ricorso (il rinvio con esito aperto equivale a piena vittoria, cfr., da ultimo, STF 8C_859/2018 del 26 novembre 2018 consid. 5 con rinvio a DTF 137 V 210 consid. 7.1 p. 271 e riferimento), l'CO 1 verserà all'insorgente, rappresentato da un sindacato, l'importo fr. 1'000 (IVA inclusa) a titolo d'indennità per ripetibili. 2.17. L'art. 61 lett. a LPGGA, in vigore fino al 31 dicembre 2020, prevedeva che la procedura deve essere semplice, rapida, di regola pubblica e gratuita per le parti; la tassa di giudizio e le spese di procedura possono tuttavia essere imposte alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. In data 1° gennaio 2021 è entrata in vigore una modifica della LPGGA. L'art. 61 lett. a LPGGA prevede ora unicamente che la procedura deve essere semplice, rapida e, di regola pubblica. Dalla medesima data è entrato in vigore l'art. 61 lett. fbis LPGGA secondo cui in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. Trattandosi di una controversia relativa a prestazioni LAINF, il legislatore non ha previsto di prelevare le spese. Sul tema cfr. anche STF 9C_369/2022 del 19 settembre 2022; STF 9C_368/2021 del 2 giugno 2022; SVR 2022 KV Nr. 18 (STF 9C_13/2022 del 16 febbraio 2022); STF 9C_394/2021 del 3 gennaio 2022; STF 8C_265/2021 del 21 luglio 2021 (al riguardo cfr. Ares Bernasconi, Actualités du TF, 8C_265/2021 du 21 juillet 2021 - frais judiciaires pour les tribunaux cantonaux des assurances selon la révision de la LPGGA du 21 juin 2019, in SZS/RSAS 2/2022 p. 107).

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