

# TI\_GERICHTE 35.2023.39 vom 14. August 2023

TI Tribunale d'appello, 2023-08-14, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_35.2023.39](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2023.39)

FR: TI\_GERICHTE 35.2023.39 du 14 août 2023

IT: TI\_GERICHTE 35.2023.39 del 14 agosto 2023

## Regeste

Discussa eziologia disturbi al rachide cervicale e ad una spalla. Ammesso raggiungimento status quo sine vel ante

## Erwägungen

### E. 5

b/bb, 118 V 286 e 117 V 365 in fine; Meyer-Blaser, Kausalitätsfragen aus dem Gebiet des Sozialversicherungs-rechts, in: SZS 2/1994 p. 104 s.; Frésard, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], n. 39). 2.5. Nel caso di specie, dalla decisione su opposizione impugnata risulta che l'assicuratore resistente ha posto fine alle prestazioni dipendenti dall'evento traumatico assicurato, facendo capo ai pareri espressi in proposito dai propri medici consulenti (cfr. doc. 106, p. 6). Preliminarmente, va evidenziato che l'CO 1 ha disposto l'esecuzione di un'analisi biomeccanica dell'incidente accaduto alla ricorrente, valutazione effettuata dall'ing. \_\_\_\_\_ dell' \_\_\_\_\_. Dal relativo rapporto risulta in particolare che il delta-v del veicolo alla cui guida si trovava RI 1, si situa nell'intervallo 15-21 km/h (cfr. doc. 95). Con rapporto del 12 settembre 2018, il dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in medicina interna generale, ha diagnosticato una distorsione cervicale, una tendinopatia del sovraspinato della spalla destra e delle alterazioni degenerative interessanti il rachide cervicale. A suo avviso, l'evento assicurato ha provocato un peggioramento transitorio delle preesistenti alterazioni degenerative della colonna cervicale, mentre per quanto riguarda i disturbi alla spalla destra l'infortunio non ha giocato alcun ruolo causale. Il dott. \_\_\_\_\_ ha infine sostenuto che, trattandosi del rachide cervicale, lo status quo sine vel ante è stato raggiunto, al più tardi, trascorsi 6 mesi dal sinistro (cfr. doc. 97). Nel quadro della procedura di opposizione, l'amministrazione ha interpellato il dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia, attivo presso la \_\_\_\_\_. Per quanto qui d'interesse, lo specialista ha sostenuto che in concreto risultano documentati i sintomi tipici di una sindrome cervicale e di un lieve impingement della cuffia dei rotatori della spalla destra. Secondo il dott. \_\_\_\_\_, l'evento del 23 maggio 2016 ha causato un peggioramento transitorio del preesistente stato degenerativo del rachide cervicale, come pure di quello, meno pronunciato, della spalla destra. Rispondendo alla domanda riguardante il momento in cui sarebbe stato raggiunto lo status quo sine vel ante, egli si è dichiarato pienamente d'accordo con la valutazione del dott. \_\_\_\_\_, nel senso che al più tardi 6 mesi dopo l'incidente l'assicurata ha ritrovato lo status quo ante. A suo avviso, tenuto conto dell'entità del delta-v accertato mediante l'analisi biomeccanica, sarebbe anzi sostenibile fissare lo status quo ante a distanza di soli 3 mesi. Il dott. \_\_\_\_\_ ha infine precisato che, in base alla documentazione a sua disposizione, non è stata oggettivata, né clinicamente né mediante esami radio-strumentali, una lesione strutturale attribuibile all'infortunio del

maggio 2016. Per contro, sussistono, quali preesistenze, dei rilevanti segni di una degenerazione osteocartilaginea della colonna cervicale, all'origine delle lunghe cure e della parziale inabilità lavorativa dell'insorgente (cfr. doc. 105). 2.6. 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. Questa giurisprudenza è stata in seguito costantemente confermata dall'Alta Corte (cfr. DTF 139 V 225 consid. 5.2 e 145 V 97 consid. 8.5 in fine; STF 8C\_333/2022 e 8C\_365/2022 del 23 marzo 2023 consid. 5.2). 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). 2.7. Tutto ben considerato, attentamente vagliato l'insieme della documentazione agli atti, questo Tribunale ritiene di poter validamente fondare il proprio giudizio sul parere dei medici interpellati dall'CO 1, principalmente su quello del dott. \_\_\_\_\_ in quanto specialista proprio nella materia che qui interessa, secondo il quale il sinistro del maggio 2016 ha peggiorato soltanto transitoriamente il preesistente stato morboso del rachide cervicale e della spalla destra, con lo status quo sine vel ante raggiunto, al più tardi, a distanza di sei mesi da quell'evento. In particolare, il TCA osserva che al momento in cui l'amministrazione ha posto termine alle proprie prestazioni (novembre 2016), i disturbi denunciati dall'assicurata erano circoscritti alla colonna cervicale e alla spalla destra. D'altro canto, va rilevato che gli accertamenti diagnostici posti in atto in concreto non hanno in effetti permesso di oggettivare, né a livello cervicale né a quello della spalla destra, una qualsiasi lesione strutturale imputabile all'infortunio (cfr. allegati al doc. 63), ciò che parla evidentemente a favore del fatto che l'evento infortunistico ha semplicemente scatenato la sintomatologia presentata dalla ricorrente. Inoltre, anche la tempistica ( sei mesi ) con la quale, secondo i consulenti dell'assicuratore, è stato raggiunto lo status quo sine vel ante in relazione al trauma al rachide cervicale subito dall'assicurata in occasione del noto incidente stradale, appare conforme alla dottrina medica dominante, in base alla quale dopo traumi quali contusioni o distorsioni alla colonna vertebrale, lo stato anteriore del rachide può, di regola, considerarsi ristabilito trascorsi alcuni mesi a contare dall'evento traumatico (3-4 mesi in caso di trauma alla regione lombare, rispettivamente 6-9 mesi, al massimo un anno, in presenza di preesistenti alterazioni degenerative - cfr. STFA U 250/06 del 17 luglio 2007, consid. 4.2), come se l'infortunio non fosse mai sopraggiunto (cfr. Bär/Kiener, Traumatismes vertébraux, in: Informations médicales N. 67/décembre 1994, p. 45 ss., contributo in cui viene illustrata, con dovizia di riferimenti, la posizione della dottrina medica dominante in materia appunto di traumi vertebrali; si veda pure E. Morscher/G. Chapchal, Schäden des Stütz- und Bewegungsapparates nach Unfällen: Wirbelsäule, in: Versicherungsmedizin, Hrsg. E. Baur, U. Nigst, Berna 1973; 3a ed. 1985). Questa tesi dottrinale è stata peraltro recepita dalla giurisprudenza. Quindi, secondo il Tribunale federale, un aggravamento post-traumatico (senza lesione strutturale associata) di uno stato degenerativo anteriore della colonna vertebrale, precedentemente asintomatico, cessa di produrre i propri effetti trascorsi dai sei ai nove mesi, al più tardi dopo un anno (cfr. SVR 2009 UV Nr. 1 p. 1; STF 8C\_793/2018 del 7 maggio 2019 consid. 3.1.4; 8C\_42/2017 del 16 febbraio 2017 consid. 4.3; 8C\_217/2013 del 4 settembre 2013 consid. 3.4; 8C\_562/2010 del 3 agosto 2011 consid. 5.1, 8C\_314/2011 del 12 luglio 2011 consid. 7.2.3, 8C\_416/2010 del 29 novembre 2010 consid. 3.3 e 8C\_679/2010 del

## **E. 10**

novembre 2010 consid. 3.3). Del resto, dalla restante documentazione non emergono pareri specialistici divergenti, suscettibili di generare dei dubbi, nemmeno lievi (cfr. supra , consid. 2.6.), a proposito della correttezza dell'apprezzamento espresso dai medici fiduciari dell'CO 1. In esito a tutto quanto precede, occorre quindi ritenere dimostrato, perlomeno con il grado della verosimiglianza preponderante, caratteristico del settore della sicurezza sociale, che, dal 23 novembre 2016 - trascorsi sei mesi dall'infortunio - i disturbi ancora accusati dalla ricorrente non ne costituiscono più una conseguenza naturale (stante ciò, può rimanere aperta la questione riguardante l'adeguatezza del nesso causale). Da quel momento, l'amministrazione era pertanto legittimata a negare la corresponsione di ulteriori prestazioni assicurative. Con l'impugnativa, il patrocinatore fa valere che la comunicazione

mail del 7 settembre 2017, mediante la quale l'CO 1 ha informato l'ex datore di lavoro dell'assicurata che il versamento delle prestazioni era stato sospeso a far tempo dal 23 maggio 2017, costituirebbe una decisione informale nel frattempo cresciuta in giudicato, di modo che, in assenza di un valido titolo di revoca (riconsiderazione o revisione processuale), l'assicuratore non sarebbe più legittimato a ritornarvi. Ora, secondo questo Tribunale, quand'anche alla succitata comunicazione si volesse attribuire il valore di una decisione de facto, l'esito non potrebbe comunque essere quello che auspica l'RA 1. In effetti, con la DTF 130 V 380 (= SVR 2004 UV Nr. 16 p. 53), la Corte federale ha stabilito che l'assicuratore infortuni ha la possibilità di porre fine, con effetto ex nunc e pro futuro, al proprio obbligo prestativo, inizialmente riconosciuto informalmente, senza doversi richiamare a un motivo di revoca (riconsiderazione o revisione processuale). È solo nel caso in cui pretenda la restituzione di prestazioni assicurative indebitamente versate - ciò che non è il caso nella presente fattispecie (cfr. supra, consid. 1.2.) - che esso deve richiamarsi a un tale motivo. Va segnalato che il TCA ha, ad esempio, applicato questa giurisprudenza in una sentenza 35.2015.1 del 26 febbraio 2015, riguardante il caso di un assicuratore LAINF che, nel giugno 2014, aveva comunicato alla persona assicurata l'assunzione dei costi di un ciclo di cromoterapia, mentre con decisione formale del 18 settembre 2014 aveva posto termine al proprio obbligo a prestazioni con effetto retroattivo a far tempo dal 22 luglio 2014, rinunciando a pretendere la restituzione delle prestazioni corrisposte nel frattempo. 2.8. L'art. 61 lett. a LPGA, 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 LPGA. L'art. 61 lett. a LPGA 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. f bis LPGA 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 LPGA 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.