

TI_GERICHTE 35.2023.8 vom 3. April 2023

TI Tribunale d'appello, 2023-04-03, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2023.8

FR: TI_GERICHTE 35.2023.8 du 3 avril 2023

IT: TI_GERICHTE 35.2023.8 del 3 aprile 2023

Regeste

Discussa eziologia di una rottura della cuffia rotatoria della spalla. Rinvio atti per complemento istruttorio

Erwägungen

E. 49

cpv. 2 della Legge sull'organizzazione giudiziaria (cfr. STF 9C_699/2014 del 31 agosto 2015, in particolare consid. 5.2, 5.3 e 6.1; STF 8C_452/2011 del 12 marzo 2012; STF 8C_855/2010 dell'11 luglio 2011; STF 9C_211/2010 del 18 febbraio 2011, consid. 2.1; STF 9C_792/2007 del 7 novembre 2008; STF H 180/06 e H 183/06 del 21 dicembre 2007; STFA I 707/00 del 21 luglio 2003; STFA H 335/00 del 18 febbraio 2002; STFA H 212/00 del 4 febbraio 2002; STFA H 220/00 del 29 gennaio 2002; STFA U 347/98 del 10 ottobre 2001, pubblicata in R DAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA H 304/99 del 22 dicembre 2000; STFA I 623/98 del 26 ottobre 1999. Vedi pure: STF 9C_807/2014 del 9 settembre 2015; STF 9C_585/2014 dell'8 settembre 2015). 2.2. Il ricorso interposto contro la decisione incidentale del 29 dicembre 2022, mediante la quale l'amministrazione aveva rifiutato di ripristinare l'effetto sospensivo dell'opposizione tolto con la decisione formale del 16 novembre 2022, va ritenuto privo di oggetto, avendo l'CO 1 emanato nel frattempo la decisione che ha posto fine alla procedura di opposizione (decisione su opposizione del 16 gennaio 2023 – cfr. doc. 154). Stante ciò, l'impugnativa in questione può essere stralciata dai ruoli. nel merito 2.3. Dal profilo formale, il rappresentante pretende che l'insorgente sarebbe stato vittima di una violazione del diritto di essere sentito, nella misura in cui, da una parte, l'amministrazione ha emanato la decisione formale senza concedergli preliminarmente la facoltà di esprimersi sul contenuto del rapporto allestito dal proprio medico consulente e, dall'altra, che il provvedimento stesso non sarebbe stato motivato a sufficienza (doc. I, p. 9). Giusta l'art. 44 LPGa, se per chiarire i fatti l'assicuratore deve far ricorso ai servizi di un perito indipendente, ne comunica il nome alla parte. Essa può ricusare il perito per motivi fondati e presentare controproposte (a proposito dei diritti di partecipazione, si veda la DTF 137 V 210). Dalle tavole processuali emerge che, su richiesta dell'amministrazione, il 25 ottobre 2022 il PD dott. _____ si è pronunciato in merito all'eziologia dei disturbi alla spalla destra dell'assicurato (doc. 122). Lo specialista in questione è membro del _____ dell'CO 1 e, in quanto tale, è un consulente medico interno all'amministrazione. Il rapporto allestito dal dott. _____ non può dunque essere qualificato quale perizia elaborata da un esperto indipendente. L'art. 44 LPGa non può qui trovare applicazione e un obbligo a garantire il diritto di essere sentito non può pertanto risultare da questa disposizione di legge (cfr., in proposito, DTF 136 V 117 consid. 3.4). Visto quanto precede, non rimane che da chiedersi se il diritto di essere sentito dell'assicurato, sia stato violato in altro modo. L'art. 29 cpv. 2 Cost. e l'art. 42

LPGA garantiscono alle parti il diritto di essere sentite. Giusta la seconda frase dell'art. 42 LPGA, le parti non devono obbligatoriamente essere sentite prima di decisioni impugnabili mediante opposizione. Secondo la giurisprudenza, la limitazione del diritto di essere sentito prevista dalla LPGA consiste soltanto nel fatto che, trattandosi di decisioni che possono essere oggetto di opposizione, la persona assicurata non può pronunciarsi preliminarmente sulla decisione prevista; i restanti aspetti del diritto costituzionale non sono interessati dalla limitazione (DTF 132 V 368 consid. 4). Nelle procedure che si concludono con decisioni suscettibili d'opposizione, l'assicuratore non è tenuto a notificare una perizia alla persona assicurata prima di procedere all'emanazione della decisione (DTF 132 V 368 consid. 7). Nella fattispecie di cui alla DTF 132 V 368 - emanata a un momento in cui la procedura di opposizione era prevista anche in materia di assicurazione per l'invalidità -, il Tribunale federale non ha ammesso l'esistenza di una violazione del diritto di essere sentito, sebbene l'Ufficio AI avesse emanato la propria decisione senza preliminarmente consentire alla persona assicurata di prendere posizione sulla perizia _____ da esso ordinata (cfr. il consid. 7 della succitata pronunzia federale). Visti i principi giurisprudenziali appena esposti, il fatto che l'assicuratore abbia emanato la decisione formale senza preliminarmente concedere all'assicurato la facoltà di esprimersi sul contenuto del parere del medico fiduciario posto alla base del provvedimento stesso, non è dunque costitutivo di una violazione del diritto di essere sentito. Occorre del resto rilevare che il patrocinatore del ricorrente, venuto nel frattempo in possesso dell'apprezzamento in questione (cfr. doc. 142), ha potuto far valere ampiamente le proprie ragioni sia con l'opposizione (cfr. doc. 146) sia con l'impugnativa presentata al TCA (cfr. doc. I e doc. VII), autorità di ricorso che gode di piena cognizione, ragione per la quale un'eventuale violazione del diritto di essere sentito risulterebbe comunque sanata. Per quanto attiene alla censura di carente motivazione, è utile rilevare che la giurisprudenza ha dedotto dal diritto di essere sentito anche l'obbligo per l'autorità di motivare la sua decisione affinché il destinatario possa capirla, eventualmente contestarla e l'autorità di ricorso esercitare il proprio controllo. Per soddisfare tali esigenze, è sufficiente che l'autorità menzioni almeno succintamente i motivi su cui essa ha fondato la propria decisione; essa non ha dunque l'obbligo di esporre e di pronunciarsi su tutti i fatti, i mezzi di prova e le censure invocate dalle parti; essa può per contro limitarsi ai punti essenziali per la decisione da rendere (cfr. DTF 133 III 439 consid. 3.3 e i riferimenti ivi citati). Di regola, la portata dell'obbligo di motivare dipende dalla complessità del caso da giudicare, dal margine di apprezzamento di cui gode l'autorità e dalla potenziale gravità delle conseguenze della sua decisione (cfr. DTF 112 Ia 107 consid. 2b). Esaminata la decisione formale del 16 novembre 2022, il TCA ritiene che essa contenga una succinta ma sufficiente motivazione, tenuto conto della questione su cui l'amministrazione era chiamata a pronunciarsi. In effetti, dalla medesima emerge in modo chiaro che il diritto alle prestazioni (cura medica e indennità giornaliera) sarebbe cessato dal 18 novembre 2022, siccome, in base al parere del dott. _____, i disturbi alla spalla destra non avrebbero più costituito una conseguenza naturale dell'infortunio già a distanza di quattro mesi dall'evento stesso (cfr. doc. 127). Nemmeno da questo profilo può essere ammessa una violazione del diritto di essere sentito. 2.4. Nel merito, è litigiosa la questione di sapere se l'istituto convenuto era legittimato a porre fine dal 18 novembre 2022 alle proprie prestazioni dipendenti dall'infortunio occorso all'assicurato nel maggio 2021, oppure no. 2.5. 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; STF del 4 luglio 2003 nella causa M., U 133/02; STF del 29 gennaio 2001 nella causa P., U 162/02; DTF 121 V 6; STF del 28 novembre 2000 nella causa P. S., H 407/99; STF del 22 agosto 2000 nella causa K. B., C 116/00; STF del 23 dicembre 1999 in re A. F., C 341/98, consid. 3, p., 6; STF 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 (RAMI 2000 U 363, p. 46 consid. 2 e riferimenti ivi citati).

2.6. Il diritto alle prestazioni assicurative presuppone pure l'esistenza di un nesso di causalità adeguata tra l'evento dannoso e il danno alla salute. In caso di danno alla salute fisica, il nesso di causalità adeguata è generalmente ammesso, dal momento in cui è accertata la causalità

naturale (cfr. DTF 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103). 2.7. Nel caso di specie, dalla decisione su opposizione impugnata si evince che l'assicuratore ha dichiarato estinto dal 18 novembre 2022 il proprio obbligo a prestazioni dipendente dall'evento traumatico assicurato, facendo capo al parere del suo medico fiduciario (cfr. doc. 154, p. 4 s.). In effetti, con apprezzamento del 25 ottobre 2022, il PD dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia, ha negato, con il grado della probabilità preponderante, che l'infortunio del maggio 2021 abbia causato delle lesioni strutturali alla spalla destra, precisando in questo senso che "le risonanze magnetiche effettuate mostrano chiari segni di un impingement sotto acromiale con un'artrosi acromion-claveare e lesioni degenerative della cuffia rotatoria. Questo viene confermato dai referti del 02.06.2021 e del 20.05.2022 dove è sempre menzionata una parziale sostituzione adiposa del muscolo sottospinoso, indicando un processo cronico. Nella prima risonanza viene anche descritta una retrazione del tendine che è congruente ad una lesione cronica degenerativa. Nel rapporto operatorio del dr. med. Taverna del 13.10.2021 viene descritta una borsa subacromion-deltaoidea con segni di impingement subacromiale in presenza di borsite reattiva. Viene anche scritto che si evidenzia lesione del sovraspinato a livello pre-inserzionale che interessa la puleggia del bicipite. Tutto questo non è tipico per una lesione post-infortunistica. Anche il secondo rapporto operatorio del 13.07.2022 non mette in evidenza segni di conseguenze post-infortunistiche". Sempre secondo il fiduciario, posto che alla spalla destra preesisteva un impingement cronico con borsite sottoacromiale e lesioni degenerative della cuffia dei rotatori, l'infortunio in discussione può aver aggravato la situazione (preesistente) con lo status quo sine raggiunto a distanza di circa 3-4 mesi dall'evento stesso (cfr. doc. 122). Unitamente all'opposizione, il patrocinatore ha prodotto un rapporto, datato 20 dicembre 2022, dei dottori _____ e _____, Medico aggiunto, rispettivamente Capoclinica presso il Servizio di ortopedia e traumatologia _____. In quella sede, i curanti specialisti hanno rilevato che l'artro-RMN del giugno 2021 aveva mostrato una retrazione di circa 14 mm del tendine del sovraspinato, segni di entesopatia del sottospinato, una sublussazione mediale del capo lungo del bicipite, un'infiltrazione adiposa di grado II del sottospinato e una moderata artrosi dell'articolazione acromion-claveare. A loro avviso, tali segni sono stati a ragione "considerati dal medico consulente di CO 1 lesioni degenerative e probabilmente in parte pre-esistenti all'evento traumatico.". Occorre tuttavia tenere conto che "... prima dell'infortunio il paziente riusciva a portare a termine la propria attività lavorativa, manuale e pesante, in qualità di falegname, senza riferire particolari problemi né di impotenza funzionale. Pertanto, l'evento traumatico ha reso evidente e sicuramente aggravato e peggiorato uno stato in parte pre-esistente.". I dottori _____ e _____ hanno inoltre osservato che le alterazioni evidenziate dalla RMN del 27 gennaio 2022 (piccola lesione parziale del sovraspinato con netto assottigliamento tendineo e involuzione adiposa dei ventri muscolari), così come i reperti riscontrati a margine dell'intervento del luglio 2022 (piccole lesioni parziali coinvolgenti il sovraspinato e il sottoscapolare), sono di natura degenerativa e cronica. Essi sono quindi giunti alle seguenti conclusioni: " (...) Quindi sulla decisione CO 1 si può obiettare il fatto che il paziente eseguiva un'attività lavorativa manuale e pesante già prima dell'infortunio senza aver mai sofferto di alcun sintomo a livello della spalla destra. All'età di 50 anni, soprattutto dopo aver svolto per anni attività lavorative manuali, una degenerazione tendinea può essere fisiologica ma sino al momento prima del trauma ben compensata dal paziente con la possibilità di utilizzare la spalla e l'artro superiore destro senza alcuna limitazione. L'evento traumatico ha provocato la rottura tendinea molto probabilmente su una cuffia già

degenerata portando il paziente ad una completa inabilità lavorativa e la necessità di intervenire chirurgicamente. Nonostante si siano resi evidenti quindi degli elementi di carattere degenerativo agli accertamenti eseguiti pre-operatorivamente e durante il decorso post-operatorio, possiamo affermare che dal punto di vista medico, le lesioni del Sig. RI 1 possano essere attribuite secondo il criterio della verosimiglianza preponderante all'infortunio del 05.05.2021." (doc. 147) Prima di procedere all'emanazione della decisione su opposizione impugnata, l'CO 1 ha ancora interpellato il dott. _____, spec. FMH in chirurgia generale e traumatologia, anch'egli membro del Team _____, al quale sono state sottoposte segnatamente le considerazioni espresse dai dottori _____ e _____ per una sua presa di posizione. In particolare, il fiduciario si è discostato dall'opinione dei curanti specialisti, nella misura in cui l'evento traumatico non può aver causato un peggioramento direzionale della situazione pregressa, in quanto "tenuto conto della considerevole lesione al tendine sovraspinato (con retrazione tendinea di 1.4 cm) si può affermare che se l'evento avesse ampliato in modo determinante una lesione preesistente, dopo di questo si sarebbero evidenziati dei deficit funzionali notevoli al braccio destro (drop-arm, pseudoparalisi). Gli esami clinici effettuati dopo l'evento però rilevavano una funzionalità conservata della spalla destra con delle limitazioni solo nei massimi gradi di estensione. Questa situazione può dunque escludere in modo preponderante un aggravamento della degenerazione pregressa al sovraspinato. Non sono neanche presenti segni clinici d'instabilità articolare che potrebbero essere attribuiti ad un possibile aggravamento direzionale. Le valutazioni espresse dal PD dott. med. _____, specialista in chirurgia ortopedica e traumatologia, nel suo rapporto del 25 ottobre 2022, non possono che essere confermate.". Il dott. _____ ha quindi dichiarato che l'infortunio del maggio 2021 non ha causato, con probabilità preponderante, alcuna lesione strutturale oggettivabile, né un peggioramento duraturo (direzionale) dello stato preesistente ma che esso ne ha invece provocato un aggravamento soltanto transitorio con lo status quo sine raggiunto dopo sei mesi al massimo (doc. 153). Con rapporto del 27 gennaio 2023, il dott. _____, spec. in chirurgia plastica e ricostruttiva, responsabile del Centro di chirurgia della mano presso il _____, ha sostenuto che l'insorgente presentava "... postumi di traumatismo da riferita caduta accidentale, nel quale ha riportato valido, violento e documentato trauma contusivo distorsivo della spalla destra, con lesione postraumatica della cuffia dei rotatori, documentata strumentalmente con artro RMN della spalla e che ha necessitato di trattamento chirurgico. Il tipo di lesioni riportate sono compatibili in termini di nesso eziopatogenico, cronologico e topografico con il meccanismo traumatico riferito in anamnesi dal paziente e con la documentazione sanitaria prodotta.". Secondo lo specialista interpellato privatamente dal ricorrente, le alterazioni messe in luce della RMN del giugno 2021 sono "... da intendersi come lesioni degenerative e probabilmente in parte pre-esistenti all'evento traumatico.", tuttavia, "... poiché nella definizione dell'indennizzo per patologie traumatiche di spalla la mera coesistenza di fenomeni degenerative osteo-articolari non esclude a priori l'indennizzo di un evento lesivo se – a fronte di una acclarata idoneità lesiva – dannosa, come nel caso di specie, tali manifestazioni sono prive di significato clinico e anatomico-patologico.". In concreto, considerato che l'assicurato prima dell'infortunio riusciva a svolgere un'attività lavorativa di tipo manuale, "... appare evidente che sicuramente l'evento traumatico ha aggravato e peggiorato la condizione anatomica della cuffia dei rotatori in maniera preponderante." (doc. 162, p. 3 ss.). Con apprezzamento 10 febbraio 2023, il dott. _____ ha commentato criticamente le considerazioni enunciate dal dott. _____. Innanzitutto, egli ha contestato il fatto che

l'insorgente abbia riportato un trauma il cui meccanismo sarebbe adeguato a causare, con il grado della verosimiglianza preponderante, le lesioni interessanti i tendini sovra- e infraspinato della spalla destra. D'altra parte, il fiduciario ha affermato di non poter condividere la tesi secondo cui l'infortunio in discussione avrebbe causato la sublussazione del capo lungo del bicipite, tenuto conto che, secondo la letteratura scientifica, "... la maggior parte delle lesioni della cuffia dei rotatori insorge sulla base di alterazioni degenerative [3] [4] e che queste si possono riscontrare anche in persone esenti da sintomi [5] [6]. Le alterazioni della cuffia dei rotatori dovute all'usura sono collegate anche a quelle del tendine del bicipite e di altre strutture intra articolari che si possono condizionare reciprocamente [7]. Potremmo discutere anche i segni secondari della risonanza magnetica dopo un evento traumatico. Questo sono però già stati esposti dal sottoscritto nell'apprezzamento 13 gennaio 2023." (doc. V 1).

2.8. Per costante giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale mentre invece nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (cfr. RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STFA dell'8 luglio 2003 nella causa B., U 259/02, 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. 33ss. 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 alcun dubbio 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. 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 160ss, consid. 1c e riferimenti). L'elemento rilevante per decidere circa il valore probante, non è né l'origine del mezzo di prova né la sua designazione quale rapporto oppure quale perizia, ma semplicemente il suo contenuto (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti). È, infine, utile osservare che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va, tuttavia, precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti

esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (cfr. STFA I 811/03 del 31 gennaio 2005, consid. 5 in fine; STFA I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV n. 10 p. 35 consid. 4b). 2.9. 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 posto fine alle proprie prestazioni dal 18 novembre 2022, ritenendo che a quel momento l'insorgente abbia raggiunto lo status quo sine a margine dell'infortunio del maggio 2021. Preliminarmente, va rilevato che, non essendo la decisione impugnata fondata su una perizia esterna (cfr. supra, consid. 2.7.), 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. 2.8.). Ora, ai referti dei dottori _____ e _____, 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 l'evento traumatico assicurato abbia peggiorato soltanto transitoriamente il preesistente stato morboso della spalla destra. Infatti, come è già stato messo in evidenza al considerando 2.7., su questo aspetto di natura squisitamente medica (e cioè se il preesistente stato morboso della spalla - aspetto riguardo al quale tutti i medici sono concordi - è stato peggiorato direzionalmente oppure soltanto transitoriamente dall'infortunio del 5 maggio 2021) agli atti figurano rapporti medici, specificatamente quelli elaborati dagli specialisti consultati da RI 1, 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 dei casi, riguardanti proprio l'eziologia di disturbi interessanti la spalla della persona assicurata, in cui la Corte federale ha rinviato gli atti a fronte della discordanza dei pareri espressi dagli specialisti intervenuti, si vedano le sentenze 8C_410/2022 del 23 dicembre 2022 consid. 7.3; 8C_731/2021 del 26 agosto 2022 consid. 4.4; 8C_445/2021 del 14 gennaio 2022 consid. 4.4; 8C_673/2020 del 25 giugno 2021 consid. 4.5; 8C_637/2020 del 4 marzo 2021 consid. 5.1 e 5.2). Pur tenendo presente che, in ossequio a una costante giurisprudenza, la regola del "post hoc ergo propter hoc" (dopo questo, dunque a causa di questo) non ha valenza scientifica, il TCA, analogamente ai curanti specialisti, ritiene sia lecito perlomeno chiedersi come il ricorrente abbia potuto esercitare regolarmente la propria professione di falegname, un'attività manuale che notoriamente sollecita gli arti superiori (cfr. doc. 39, p. 2), se già, prima dell'infortunio, si era in presenza di un importante danno alla spalla destra, quale quello refertato intraoperativamente (rottura di grosse dimensioni dei tendini dei muscoli sovra- e sottospinato) (cfr., in questo senso, la STF 8C_401/2019 del 9 giugno 2020 consid. 5.3.2). 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 le STF 8C_445/2021 succitata consid. 3.3 e 8C_247/2018 del 1° aprile 2019 consid. 6.2.2). 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 LPGGA: " Um solche Zweifel auszuräumen, wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 135 V 465 E. 4.6 S. 471).” 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 LPGGA, 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 LPGGA): " 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 LPGGA; ATF 132 V 368 consid. 5 p. 374; arrêt 8C_401/209 du 9 juin 2020 consid. 5.3.3. et ses références).” (si veda pure la STF 8C_697/2019, 8C_698/2019 del 9 novembre 2020 consid. 4.1). Infine, 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 (questo principio è stato confermato ancora con le sentenze 8C_523/2022 del 23 febbraio 2023 consid. 5.4 e 8C_731/2021 succitata consid. 4.6). 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 interni. Per le ragioni già esposte al considerando 2.9., si giustifica pertanto l’annullamento della decisione su opposizione impugnata e il rinvio degli atti all’assicuratore resistente affinché disponga un approfondimento peritale esterno (art. 44 LPGGA) volto a chiarire, tenendo conto di tutti i fattori medicalmente determinanti (cfr. STF 8C_445/2021 succitata), l’origine dei disturbi denunciati dall’assicurato alla spalla destra a far tempo dal 18 novembre 2022. In seguito, facendo capo alle risultanze dell’accertamento esperito, l’amministrazione si pronuncerà di nuovo in merito al diritto a prestazioni dal profilo temporale e materiale. 2.11. Visto l’esito

del ricorso, l'assicuratore verserà all'insorgente, rappresentato dall'MLaw RA 1, l'importo fr. 2'500 (IVA inclusa) a titolo d'indennità per ripetibili. 2.12. 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.