

TI_GERICHTE 35.2023.88 vom 11. April 2024

TI Tribunale d'appello, 2024-04-11, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2023.88

FR: TI_GERICHTE 35.2023.88 du 11 avril 2024

IT: TI_GERICHTE 35.2023.88 del 11 aprile 2024

Regeste

Trauma contusivo alla spalla destra. Ricaduta ex art. 11 OAINF. Sintomatologia a ponte.

Erwägungen

E. 1

ha confermato il contenuto della sua prima decisione (doc. 111). 1.7. Con tempestivo ricorso del 29 settembre 2023, RI 1, sempre patrocinata dall'avv. RA 1, ha chiesto l'annullamento della decisione su opposizione impugnata e, in via principale, che "è ammessa l'esistenza di un nesso causale naturale tra l'evento del 3.1.2012 e i disturbi alla salute lamentati dall'assicurata e denunciati in data 12.11.2019" rispettivamente, in via subordinata, che "gli atti sono rinviati all'assicuratore Lainf per nuova istruttoria" (doc. I, pag. 14), argomentando in particolare quanto segue: "(...) Nel caso in esame dagli atti emerge che la signora RI 1 ha subito un primo infortunio nel 2012 che ha provocato una lesione/rottura del tendine del sovraspinato della spalla destra che, a seguito del peggioramento intervenuto con l'infortunio del 2018 ha poi necessitato un intervento di ricostruzione. (...) L'infortunio del 3.1.2012 dev'essere dunque considerato perlomeno una con-causa del danno alla spalla destra, di conseguenza, CO 1 non può liberarsi dalla sua responsabilità assicurativa e dall'erogare le prestazioni Lainf di diritto in favore della signora RI 1. CO 1 doveva dunque riconoscere l'esistenza di un nesso causale naturale tra l'infortunio del 3.1.2012 o perlomeno ammettere che l'infortunio del 3.1.2012 è alla base, perlomeno quale concausa con il peggioramento di uno stato preesistente causale all'infortunio del 3.1.2012, provocato dall'infortunio del 7.3.2018, del danno alla spalla destra e, dunque, in entrambi i casi riconoscere le prestazioni Lainf di sua competenza. (...)” (doc. I, pag. 29) A suffragio delle proprie argomentazioni, il patrocinatore della ricorrente ha prodotto, tra l'altro, il rapporto operatorio del 12 dicembre 2019, comprensivo degli allegati ivi relativi (doc. A3). 1.8. Con risposta del 6 novembre 2023, l'CO 1 ha postulato la reiezione del ricorso con argomenti di cui si dirà, per quanto occorra, nei considerandi di diritto (doc. V). 1.9. Nel successivo scambio di allegati del 4, dell'11 e del 16 gennaio 2024 (doc. XV, XVII e XIX) le parti si sono sostanzialmente riconfermate nelle proprie tesi e domande. considerato in diritto 2.1. Nel caso di specie, litigiosa è la questione di sapere se l'CO 1 era legittimata a negare il proprio obbligo a prestazioni a proposito dei disturbi alla spalla destra, oggetto dell'annuncio di ricaduta del 12 novembre 2019, oppure no. 2.2. Secondo l'art. 6 cpv. 1 LAINF, per quanto non previsto altrimenti dalla legge, le prestazioni assicurative sono effettuate in caso d'infortuni professionali, d'infortuni non professionali e di malattie professionali. 2.3. 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 (cfr. RAMI 2000 U 363, p. 46 consid. 2 e riferimenti ivi citati). 2.4. Occorre inoltre rilevare che il diritto a prestazioni assicurative presuppone pure l'esistenza di un nesso di causalità adeguata tra gli elementi summenzionati. Un evento è da ritenere causa adeguata di un determinato effetto quando secondo il corso ordinario delle cose e l'esperienza della vita il fatto assicurato è idoneo a provocare un effetto come quello che si è

prodotto, sicché il suo verificarsi appaia in linea generale propiziato dall'evento in questione (DTF 129 V 181 consid. 3.2 e 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a, DTF 117 V 361 consid. 5a e 382 consid. 4a e sentenze ivi citate). Comunque, qualora sia carente il nesso di causalità naturale, l'assicuratore può rifiutare di erogare le prestazioni senza dover esaminare il requisito della causalità adeguata (cfr. DTF 117 V 361 consid. 5a e 382 consid. 4a; su queste questioni vedi pure: Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 51-53). La giurisprudenza ha inoltre stabilito che la causalità adeguata, quale fattore restrittivo della responsabilità dell'assicurazione contro gli infortuni allorché esiste un rapporto di causalità naturale, non gioca un ruolo in presenza di disturbi fisici consecutivi ad un infortunio, dal momento che l'assicurazione risponde anche per le complicazioni più singolari e gravi che solitamente non si presentano secondo l'esperienza medica (cfr. DTF 127 V 102 consid. 5 b/bb, 118 V 286 e 117 V 365 in fine; cfr., pure, U. Meyer-Blaser, Kausalitätsfragen aus dem Gebiet des Sozialversicherungsrechts, in SZS 2/1994, p. 104s. e M. Frésard, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], n. 39). 2.5. In virtù dell'art. 11 OAINF, l'assicuratore LAINF è tenuto a riprendere l'erogazione delle prestazioni assicurative in caso di ricadute o conseguenze tardive (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 71 e A. Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Berna 1985, p. 277). Né la LAINF né l'OAINF prevedono, al riguardo, un limite temporale. Pertanto, la pretesa potrà essere fatta valere anche qualora la ricaduta o le conseguenze tardive appaiono, per la prima volta, dieci o vent'anni dopo l'infortunio assicurato, e ciò indipendentemente dal fatto che, a quel momento, l'interessato sia o meno ancora assicurato. Rilevante è soltanto l'esistenza di un nesso di causalità (cfr. STF U 122/00 del 31 luglio 2001). Nella sentenza pubblicata in RAMI 1994 U 206 p. 326 ss., il TF ha precisato che, trattandosi di una ricaduta, la responsabilità dell'assicuratore infortuni non può essere ammessa soltanto sulla base del nesso di causalità naturale riconosciuto in occasione del caso iniziale. Spetta piuttosto a colui che rivendica le prestazioni dimostrare l'esistenza di una relazione di causalità naturale fra i "nuovi disturbi" e l'infortunio assicurato. Soltanto qualora il nesso di causalità è provato secondo il criterio della verosimiglianza preponderante, può essere riconosciuto un ulteriore obbligo prestativo a carico dell'assicuratore-infortuni. In assenza di prove, la decisione sarà sfavorevole all'assicurato, il quale intendeva derivare diritti da un nesso di causalità naturale rimasto indimostrato. 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; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in BJM 1989, p. 30ss.). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10 p. 33 ss. e RAMI 1999 U 356 p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. In una sentenza 8C_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può

fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve, a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. Trattandosi invece di perizie affidate dagli assicuratori sociali, durante la procedura amministrativa, a medici esterni all'amministrazione o a servizi specializzati indipendenti, esse godono di piena forza probatoria, a condizione che non esistano indizi concreti che ne mettano in dubbio l'affidabilità (cfr. STF 8C_458/2023 del 18 dicembre 2023 consid. 3.2.; 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). Giova qui pure ricordare un principio ripetutamente riconosciuto dalla nostra Massima Istanza, quello secondo il quale le certificazioni del medico curante - anche se specialista (cfr. STFA U 202/01 del 7 dicembre 2001, consid. 2b/bb) - hanno un valore di prova ridotto, ciò in ragione del rapporto di fiducia che lo lega al suo paziente (cfr. STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; RAMI 2001 U 422, p. 113ss. (= AJP 1/2002, p. 83); DTF 125 V 353 consid. 3b/cc; DTF 124 I 175 consid. 4; DTF 122 V 161; RCC 1988 p. 504; R. Spira, *La preuve en droit des assurances sociales*, in: *Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach*, Basilea 2000, p. 269s.). Il TF ha affermato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo terapeutico anziché peritale) in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (cfr. STF I 1102/06 del 31 gennaio 2008; STFA I 701/05 del

E. 5

gennaio 2007 consid. 2). Inoltre, a tal proposito è pure utile ricordare che, nella STF 9C_532/2020 del 13 ottobre 2021 consid. 4.1, l'Alta Corte ha ribadito che: " Di principio, l'avviso dei medici curanti deve essere trattato con la necessaria prudenza a causa dei particolari legami che esse hanno con il paziente, per cui, secondo, esperienza comune, il medico curante propende generalmente, in caso di dubbio, a favore del paziente (DTF 125 V 351 consid. 3b/aa e 3b/cc)." 2.7. Nella concreta evenienza, dalla decisione su opposizione impugnata (doc. 111, pag. 6-9) si evince che l'amministrazione ha negato il proprio obbligo

a prestazioni a proposito dei disturbi alla spalla destra, oggetto dell'annuncio di ricaduta, facendo capo alla valutazione medica del 4 gennaio 2021 dell'Istituto medico di perizie interdisciplinari _____ (doc. 97; traduzione italiana) e del relativo complemento del 21 luglio 2022 (doc. 110; traduzione italiana). Da parte sua, il patrocinatore dell'insorgente, fa valere, fondandosi, in particolare, su documentazione medica già agli atti (e nota allo specialista dell' _____), che i disturbi alla spalla destra sarebbero conseguenti all'infortunio del 3 gennaio 2012. Egli sottolinea segnatamente che: " (...) l'insieme dei medici l'insieme dei medici che si sono espressi in merito al caso di specie sono concordi nel ritenere che il danno alla spalla destra sia di origine infortunistica, controverso solo il punto di sapere quale sia l'infortunio all'origine del danno in parola (3.1.2012 o 1.3.2018). Unica voce discordante è dunque quella del perito dell' _____ il quale, senza peraltro aver visitato l'assicurata, esprime conclusioni che si distanziano in modo sorprendente, inaccettabile ed incomprensibile dalle diagnosi oggettive e dalle valutazioni eseguite dai diversi specialisti che, come detto, hanno sempre sostenuto che il danno alla spalla destra fosse di origine infortunistica e non degenerativa. In particolare, il Dr. _____, già con rapporti dell'8.10.2012, del 9.4.2013 (alla luce di due sonografie funzionali di stesse date) e del 21.12.2015, non solo diagnosticava una lesione (rottura intratendinea del sovraspinato), ma altresì dichiarava che un tendine che ha subito una lesione ha una resistenza minore di quella di un tendine sano con rischi maggiori di una rottura totale. Inoltre, con rapporto del 14.1.2019 sempre il Dr. _____, alla luce della sonografia funzionale di stessa data, ha affermato che il nuovo infortunio ha procurato un leggero peggioramento della lesione già visibile nel 2013. Non sono mai evocate cause degenerative." (cfr. doc. I, pag. 7; n.d.r.: il corsivo è della redattrice) 2.8. Dalle tavole processuali emerge che RI 1 ha subito un infortunio alla spalla destra in data 3 gennaio 2012 e che, a causa della persistenza dei dolori, si è recata il 17 febbraio 2012 dal medico di famiglia (doc. 1, 2 e 3) e il successivo 24 febbraio si è sottoposta ad una MR della spalla destra, che ha messo in evidenza quanto segue: " Referto: non evidenti contusioni ossee della spalla nella sequenza a TR lungo. Modesta tendinosi inserzionale del sovraspinoso, senza comunque disinserzione tendinea, con alterazioni degenerative - cistiche del trochite omerale . Rimanenti tendini componenti la cuffia dei rotatori nei limiti di norma come anche i relativi ventri muscolari. Come indicato clinicamente si documenta minima sinovite del capolungo del bicipite omerale, peraltro in sede e normo - conformato, in sede intraarticolare. Regolare l'articolazione acromion - claveare, con acromion piatto tipo I. Non versamento patologico né distensione secondaria delle borse peri - articolari. Regolare il ciglio glenoideo. Conclusione Entesopatia inserzionale del sovraspinoso. Non alterazioni a carattere post - traumatico. Minima sinovite del capolungo del bicipite omerale. " (doc. 3; n.d.r.: il grassetto non è della redattrice mentre il corsivo è della redattrice) Sempre a causa della persistenza dei dolori, RI 1 si è sottoposta l'8 ottobre 2012 ad una sonografia funzionale ad opera del dr. med. _____, che ha messo in evidenza quanto segue: " (...) rottura intratendinea della faccia articolare del sovraspinato di 7x8mm superiore al 50% dello spessore del tendine. PS: alla luce della discrepanza dei referti con la RM ho riguardato il dischetto della RM sia prima solo e in un secondo tempo col Dr. _____ e si conferma la rottura visibile all'ecografia (importante a fini terapeutici e infortunistici). Al momento ho concordato con la paziente un ciclo di fisioterapia ma rimane aperta l'opzione chirurgico ortopedica alla luce di una rottura superiore al 50% dello spessore del tendine (...)" (doc. 14) Dopo essersi sottoposta a svariate sedute di fisioterapia, il 9 aprile 2013 il precitato specialista ha attestato quanto segue: " (...) Sotto terapia unicamente con fisioterapia di stabilizzazione

netto beneficio e, all'ultimo controllo del 8.4.2013, la paziente accusava ancora dolori unicamente se fa dei movimenti improvvisi non previsti tipo ultimamente girare dei materassi. Insieme con la paziente abbiamo deciso di chiudere l'infortunio. Resta da notare che comunque si tratta di un tendine che ha subito una lesione e quindi in ogni caso con una resistenza minore di quella di un tendine sano, questo può avere implicazioni importanti in un futuro in quanto la paziente è più a rischio di una rottura totale. D'altro canto l'attuale sintomatica non giustifica assolutamente un intervento chirurgico. Non vi sono prove che, effettuando un intervento chirurgico, si possa evitare in futuro un'eventuale rottura. (...)" (doc. 25) In seguito, sono nuovamente insorti dei dolori alla spalla destra, a causa dei quali RI 1 si è sottoposta il 21 dicembre 2015 ad una sonografia funzionale, sempre ad opera del dr. med. _____, che ha messo in evidenza quanto segue: "(...) Clinica: paziente che avevo visitato nel 2012-2013 a seguito di un infortunio con rottura intratendinea del sopraspinato. La paziente è andata bene fino a settembre quando ha ricominciato ad accusare dolori alla spalla drt con dolori anche di notte se dorme sul fianco. (...)

Valutazione: rottura intratendinea della faccia articolare del sopraspinato di 7x8 mm inoltre all'inserzione presenza di una calcificazione del tendine. PS: la lesione in questi anni non si è ingrandita ma è restata come previsto uguale (a tal proposito esiste un bello studio del servizio di ortopedia della clinica _____), nuovo e causa di dolori è la calcificazione quasi all'inserzione del sopraspinato. Come discusso con la paziente la terapia migliore appare quella delle onde d'urto per cui ho già annunciato la paziente. La calcificazione non è causata in modo preponderante dall'incidente avuto in passato." (doc. 100; n.d.r.: il grassetto e la sottolineatura non sono della redattrice) RI 1 ha subito un secondo infortunio il 7 marzo 2018, riportando, tra l'altro, una "frattura composta del terzo medio della clavicola sinistra e frattura composta del corpo scapolare sinistra" (doc. 31). In seguito, nel corso del settembre 2018 (doc. 31), sono nuovamente insorti dei dolori alla spalla destra, a causa dei quali RI 1 si è sottoposta il 17 dicembre 2018 ad una ARTRO-RM che ha messo in evidenza quanto segue: "Referto Rottura parziale alla entesi del sovraspinato in sede posteriore con minima estensione alle fibre più craniali dell'infraspinato. La lesione misura all'incirca 11 x 10 mm. Integro il tendine del sottoscapolare. In sede ed integro il CLB. Non atrofia muscolare né infiltrazione adiposa. Non riconoscibili grossolane calcificazioni tendinee. Non rotture labbrali. Articolazione acromion-clavicolare normale. Arco acromiale tipo 2 - 3. Spazio sottoacromiale ai limiti inferiori di norma. Non borsite sottoacromiale. Alterazione geodica del trochite a livello della entesi del sovraspinato-infraspinato, di circa 6 x 6 mm senza edema osseo contiguo. Conclusioni Rottura del sovraspinato -infraspinato." (doc. 64; n.d.r.: il grassetto non è della redattrice). Il 14 gennaio 2019 RI 1 si è quindi sottoposta ad una sonografia funzionale, sempre ad opera del dr. med. _____, che ha messo in evidenza quanto segue: "(...) Clinica: Paziente che avevo seguito nel 2012-2013 a seguito di un infortunio con piccola rottura infratendinea dei sopraspinato di 7-8 mm con diagnosi fatta sopra tutto ecograficamente. In seguito ottima evoluzione con paziente totalmente asintomatica sino al 07.03.2018 quando la paziente in sella al suo scooter viene investita da un automobilista con grave commotio cerebri, frattura delle scapole multiple delle costole a sinistra e danno polmonare. Lentamente discreto recupero ma riapparizione di dolori a livello della spalla di drt per cui riefettuata RM della spalla con indicazione operatoria da parte del dr. _____. La paziente desidera una rivalutazione vista l'ottima evoluzione l'ultima volta. Clinicamente mobilità colonna cervicale diminuita di 1/3 per la rotazione bilaterale, colonna toracale di 2/3 per la rotazione bilaterale, spalla drt con painfull arc test di Jobe dolente e lieve cedimento, Lift-Off e Body-Cross test nella norma.

Valutazione: rottura a livello inserzionale maggiore del 50% del tendine del sopraspinato PS: il nuovo infortunio ha procurato un leggero peggioramento della lesione già visibile nel 2013. Un intervento di ricostruzione può effettivamente entrare in considerazione in questa paziente 46 enne come proposto dal Dr. _____. Personalmente però aspetterei ancora circa uno due mesi per mettere a posto la colonna toracale e cervicale dove abbiamo ancora una situazione moto precaria vedi mobilità molto ridotte e che può anche essere in parte causa di dolori a destra. Ho proceduto a delle manipolazioni molto prudenti a livello toracale e cervicale migliorando parzialmente la mobilità mentre la paziente continuerà nella fisioterapia di rinforzo. La rivedrò tra circa 4-6 settimane. (...)" (doc. 100; n.d.r.: il grassetto e la sottolineatura non sono della redattrice) In data 12 dicembre 2019 RI 1 si è sottoposta ad un intervento di " artroscopia dell' articolazione della spalla, ricostruzione artroscopia dei tendini del sovra/sottospinato con tecnica Suture Bridge, tenotomia del tendine del bicipite e autotenesi secondo KIM, borsectomia subacromiale e soft-acromioplastica, acromioplastica ossea della spalla destra " (doc. 32). Interpellato dalla _____ in merito alla causalità naturale dei disturbi alla spalla destra insorti nel settembre 2018 e l' infortunio del 7 marzo 2018, il 3 maggio 2019 il dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia ortopedica, ha rilevato, in particolare, quanto segue: " (...) Il sindrome d' attrito sottoacromiale della spalla dx con lesione della cuffia (sovraspinato ed infraspinato) si basa su la sonografia eseguita dal Dr. _____ e sulla MRI della spalla dx eseguita il 17.12.2018. (...). L' inabilità lavorativa attuale del 50% è dovuta ai disturbi funzionali della spalla dx iniziati in settembre 2018. Da notare che nel 2012 è stata in cura dal Dr. _____ per gli stessi problemi alla spalla dx e si era già diagnosticata una rottura del sopraspinato. Attualmente i limiti funzionali della spalla dx giustificano un' inabilità lavorativa del 50% come igienista dentale, lavoro che necessita di mantenere la spalla in abduzione oltre i 90°. (...). Per i soli postumi post-infortunistici dell' evento del 07.03.2018, la paziente può essere attualmente considerata completamente abile al lavoro. (...). Fino al 01.09.2018 i disturbi lamentati dall' assicurata erano legati in modo certo all' infortunio del 07.03.2018. Dopo il 01.09.2018 i disturbi lamentati alla spalla dx sono solo possibilmente legati all' infortunio del 07.03.2018. E' più probabile che i disturbi lamentati alla spalla dx si sarebbero comunque manifestati anche senza l' infortunio, considerando che l' assicurata era già stata trattata per lo stesso problema nel 2012. (...) il problema della spalla dx non è da collegare con l' evento dei 17.03.2018 in quanto È apparso soltanto inizio autunno 2018. (...). L' inabilità lavorativa attuale del 50% è giustificata a causa della problematica della spalla dx, patologia morbosa già presente prima dell' infortunio e che si è manifestata inizio settembre 2018. (...)" (doc. 31) Interpellato dall' CO 1 in merito alla causalità naturale dei disturbi alla spalla destra insorti nel settembre 2018 e l' infortunio del 3 gennaio 2012, il 30 marzo 2020 il dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia, ha rilevato, in particolare, quanto segue: " (...) die Dokumentation im vorliegenden Dossier eher spärlich daherkommt, insbesondere was die zeitnahe Dokumentation der anamnestischen und klinischen Befunde anlässlich des Erstereignisses von 2012 betrifft. Immerhin kommt man hier in den Genuss einer MRI-Untersuchung vom 24.02.2012, welche expressis verbis relativ zeitnahe keine bildgebenden posttraumatischen Veränderungen an der betroffenen Schulter erkennen liess. Also muss retrospektiv doch davon ausgegangen werden, dass die von Dr. _____ am 12.12.2019 operativ sanierten Läsionen auf das Ereignis 2018 zurückgeführt werden müssen. (...)" (doc. 33; n.d.r. la sottolineatura non è della redattrice) Il 28 agosto 2020 il dr. med. _____ ha precisato quanto segue: " (...) Zum Ereignis von 2012 (die

Versicherte sei damals auf die rechte Schulter gestürzt) liegt in den Zwischenjahren keine Brückensymptomatik bis zum zweiten Ereignis von 2018 vor. Aufgrund der hier nachstehend kopierten Ausschnitte (Bild I & II) aus dem MRI vom 17.12.2018 von der rechten Schulter beurteile ich als weit überwiegend wahrscheinlich, dass die hier zweifelsfrei vorhandene Verletzung (erhebliche Retraktion der hypertrophen Supraspinatusmuskulatur mit Ruptur und kleinfragmentärem, ossärem Ausriss am Tuberculum malus) unfallkausal dem Ereignis von 2018 und nicht jedem von 2012 zuzuschreiben ist.” (doc. 45; n.d.r. il corsivo è della redattrice) A fronte delle precitate valutazioni del dr. med. _____ e del dr. med. _____, l’CO 1 ha quindi incaricato il 3 novembre 2020 l’Istituto medico di perizie interdisciplinari _____ (doc. 57). Nella valutazione del 4 gennaio 2021 il dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia, dell’_____ ha, in particolare, rilevato quanto segue: “ (...) In data 03.01.2012 l'assicurata è caduta con la Vespa su una strada ghiacciata sbattendo la spalla destra e il gomito destro. L'assicurata all'epoca 40enne lavorava come igienista dentale in uno studio dentistico. La prima consultazione è avvenuta 6 settimane dopo l'evento, in data 17.02.2012, dal medico di famiglia il Dott. _____. Non è stata rilevata inabilità al lavoro come igienista dentale. Questo lavoro prevede in linea di principio una flessione/abduzione permanente della spalla con ulteriore flessione del gomito. Nonostante la conseguente e permanente sollecitazione del cingolo scapolare sul lato destro, non ci fu una consultazione medica tempestiva e non venne neppure rilevata inabilità al lavoro dovuta all'incidente. Il medico di famiglia richiese una risonanza magnetica senza contrasto della spalla destra, che fu eseguita in data 24.02.2012, ovvero 7 settimane dopo l'evento. Dal punto di vista clinico sussistevano segni di una irritazione del capo lungo del tendine del bicipite, ma nessun segno di rottura della cuffia dei rotatori, in particolare del tendine del sopraspinato. La risonanza magnetica evidenziò segni di modificazioni degenerative. In prossimità dell'inserzione non risultava alcuna rottura; ma modificazioni degenerative, tra cui anche una cisti a livello del trocantere, ovvero nella zona di inserzione del tendine del sopraspinato. Evidenziata una ridotta sinovite del tendine del bicipite e rilevato posizionamento stabile del tendine nel solco. In sintesi la diagnostica per immagini lasciava supporre una tendinopatia del sopraspinato a livello dell'inserzione, quindi un danno di chiara origine degenerativa. Assenza di danni post-traumatici. Con un trauma assiale della spalla si sarebbe potuta prevedere una contusione dell'articolazione AC. Tuttavia, anche l'articolazione AC si presentava normale. Non era neppure presente un versamento indicativo di irritazione della membrana con borsite. Non c'erano neppure evidenze di edemi da contusione del midollo osseo. La supposizione clinica di un danno del capo lungo del tendine del bicipite è stata inevitabilmente relativizzata, in quanto il tendine era stabilmente posizionato nel solco, compariva soltanto una sinovite minima, la cui causa non è dipesa necessariamente dall'incidente; poiché non è stata rilevata alcuna evidenza di altri segni di danno post-traumatico. Le modificazioni intratendinee in prossimità dell'inserzione del tendine del sopraspinato sono state riconfermate da un'ecografia, anche se la refertazione della risonanza magnetica ha indubbiamente una maggiore importanza. Quest'ultima è infatti il gold-standard, mentre non lo è l'ecografia. Spesso con i referti ecografici si hanno risultati sia falso-positivi che falso-negativi. Nel caso presente il Dott. _____ ha riscontrato una zona ipoecogena in prossimità dell'inserzione di 7x8 mm di larghezza, oltre ad una disomogeneità della struttura, ed è giunto alla conclusione che si tratta di una rottura intratendinea del lato articolare del tendine del sopraspinato di 7x8 mm, cioè più di un 50% della larghezza del tendine. Il trattamento è stato concluso da lui in

data 08.04.2013, in quanto l'assicurata nel frattempo aveva tratto giovamento dalla fisioterapia. Egli ha tuttavia ricordato che l'incidente aveva prodotto una lesione e che quindi la resistenza del tendine era ridotta, cosa che avrebbe potuto avere eventuali ripercussioni in futuro. A tal proposito va notato che la larghezza del tendine secondo la letteratura viene indicata in modo diverso da quello documentato dal Dott. _____. In un importante articolo - "Der Rotatorein arscherrerrschaden -ärztlich-gutachterliche und rechtliche Bewertung", (il danno alla cuffia dei rotatori - valutazione medico-peritale e legale) H. Hempfling et al., MedSach 114 1/2018 - gli autori documentano che il tendine del sopraspinato nella regione dorsale ha uno spessore di 2.2 mm e una larghezza di 22 mm, mentre nella regione anteriore misura 2,2 mm e la larghezza 19 mm. Ciò significa che la resistenza allo strappo nella regione anteriore è inferiore rispetto alla posteriore. Se ne deduce quindi che l'entità del danno di 7x8 mm è stata sostanzialmente inferiore al 50% della larghezza del tendine. In linea di massima le modificazioni intratendinee sono di natura degenerativa, dato che sono in prossimità dell'inserzione e dato che la risonanza magnetica ha confermato la presenza di cisti anche nel trocantere, zona di inserzione del tendine del sopraspinato. Di seguito fornisco ampi dettagli al riguardo. Tuttavia, questo implica anche che erano presenti tipiche modificazioni di natura degenerativa del tendine del sopraspinato e ciò non ha determinato una rottura di origine traumatica del tendine del sopraspinato, come in seguito ha erroneamente documentato alla propria assicurazione il Dott. _____, medico consulente della _____. Dopo un intervallo di oltre 6 anni in cui non sono stati praticati trattamenti, in data 07.03 2018 si è verificato un grave incidente stradale. (...). Nel 2012 si trattava di una modificazione di natura degenerativa intratendinea, in prossimità dell'inserzione e non di una lacerazione del tendine del sopraspinato dovuta all'incidente. (...). In data 03.01.2012 l'assicurata è caduta con il suo scooter su una strada ghiacciata riportando contusioni alla spalla destra e al gomito destro. Ciò non ha comportato inabilità al lavoro e neppure un consulto medico immediato. Il primo consulto è avvenuto 6 settimane dopo l'incidente in data 17.02.2012. L'assicurata ha pertanto potuto continuare senza interruzione il lavoro di igienista dentale gravoso per l'articolazione della spalla, cosa che a priori è inconciliabile con una rottura fresca causata dall'incidente. Il quadro clinico tipico di una rottura fresca traumatica della cuffia dei rotatori è caratterizzato da una perdita completa ed estesa della funzione della spalla, Quando il tendine del sopraspinato si lacera, si verifica immediatamente una perdita massiva della funzione con dolore e una pseudoparalisi del braccio, il cosiddetto Drop arm sign. L'assicurata non sarebbe più stata in grado di svolgere, come igienista dentale, il proprio lavoro così impegnativo a livello di spalla. Si sarebbe anche manifestato immediatamente un forte dolore iniziale con tempestivo consulto medico. Questi criteri trovano continuo sostegno in tutta la letteratura e, in quanto tali, sono ben noti alla medicina generale. Dopo la prima settimana i disturbi di solito diminuiscono. Il fatto che l'assicurata dopo l'incidente abbia sviluppato disturbi, benché aumentati lentamente, depone a favore di un carattere "in crescendo", cosa maggiormente prevedibile, secondo H. Hempfling, in presenza di danni di natura degenerativa. In caso di rottura di un tendine causato da un incidente, al contrario il decorso ha di norma un'evoluzione in "decrecendo". Nel lavoro summenzionato, H. Hempfling si è debitamente espresso su quest'argomento. La risonanza magnetica, eseguita in data 24.02.2012, presentava danni di natura degenerativa in prossimità delle inserzioni, persino con modificazioni cistiche nel trocantere, cioè nella zona di inserzione del tendine del sopraspinato. Non era presente rottura completa, sarebbe stata infatti evidenziata anche la ritrazione già presente del tendine. Danni post-traumatici di

questo tipo non erano presenti, in particolare nessun moncone tendineo. Da un punto di vista clinico non sussistevano le minime indicazioni di una rottura del tendine del sopraspinato. I relativi test sarebbero risultati altamente patologici. In presenza di una rottura fresca del tendine causata dall'incidente, sarebbe stata osservata almeno anche una borsite subacromiale con ripercussioni sfavorevoli sul lavoro di igienista dentale. Il lavoro svolto in modo continuativo è stato un test di carico permanente per tendini della cuffia dei rotatori. Non è emersa inabilità al lavoro. Sulla base dell'assenza di dolori iniziali, della mancata perdita di funzione, della diagnostica per immagini con cisti già presenti nel trocantere, dell'assenza di una vera e propria rottura, dell'assenza di una qualsiasi indicazione di un danno che risultasse dovuto all'incidente nella risonanza magnetica, non è possibile supporre, con un elevato grado di probabilità, che con l'incidente del 2012 si sia verificata una rottura completa o parziale del tendine del sopraspinato. Il Dott. _____ ha poi riscontrato in data 08.10.2012, quindi 9 mesi dopo l'evento, una rottura intratendinea del tendine del sopraspinato di entità pari al 50% della larghezza del tendine del sopraspinato. In precedenza ho già sottolineato che questi dati o misurazioni riguardanti una rottura, secondo H. Hempfling, non sono convincenti. Inoltre emerge anche dalla sua valutazione che i danni strutturali presenti erano esclusivamente intratendinei. Danni di questo tipo che si formano all'interno dello stesso tendine sono imputabili, in prossimità dell'inserzione, all'irritazione che qui è peggiore, tanto più che la presenza di una cisti costituisce un ulteriore indizio di una evoluzione degenerativa subdola. L'ipotesi che questi danni di natura degenerativa derivino dall'incidente non riesce a trovare in nessun modo una spiegazione sufficiente, tanto più che mancano dati clinici a supporto. Con la fisioterapia l'assicurata è riuscita poi ad eliminare il dolore, tanto che il Dott. _____ in occasione del controllo eseguito in data 08.04.2013 chiuse il caso e lo fece in accordo con la paziente. La sua dichiarazione, secondo cui la "rottura del tendine" dovuta all'incidente come da lui supposto avrebbe potuto in seguito peggiorare e determinare una ricaduta, non può essere sufficientemente documentata. In realtà, non si trattava di una lacerazione del tendine dovuta all'incidente, ma di una contusione massiva della spalla destra, completamente guarita e che non ha portato nell'immediato all'inabilità al lavoro e neppure a consultazione medica. Il fatto che questi danni intratendinei di natura degenerativa con altre cisti già presenti nella zona d'inserzione del tendine del sopraspinato avrebbero eventualmente potuto farsi sentire più avanti, è sicuramente corretta, ma di origine degenerativa. Il fatto che la ricomparsa di questi disturbi possa comunque essere valutata come dovuta all'incidente non si basa sui dati disponibili. In sintesi si può dire che l'evento del 03.01.2012 ha causato una contusione della spalla destra con attivazione di breve durata di modificazioni pregresse di natura degenerativa. Ma già la risonanza magnetica del 24.02.2012 non evidenziava più alcun fenomeno irritativo, tanto che a questo punto si poteva già presupporre uno "status quo sine" di per sé. All'epoca l'CO 1 ha continuato a farsi carico dei successivi trattamenti, poi il caso è stato definitivamente chiuso secondo il Dott. _____ nell'aprile 2013. È in questo momento e non oltre che si deve ipotizzare uno "status quo sine". La ricomparsa di disturbi non può più essere imputata all'incidente del 03.01.2012, poiché la guarigione è stata completa, tanto più che la cuffia dei rotatori con l'evento del 03.01.2012 non ha subito alcun danno sostanziale dovuto all'incidente. L'assicurata, infatti, non ha lamentato disturbi per 6 anni, pur svolgendo un lavoro sicuramente non ideale come quello di igienista dentale. L'assicurata ha quindi lavorato regolarmente con la spalla in abduzione di quasi 90° ed anche in flessione. Ciò significa che la testa dell'omero viene spostata verso l'alto con conseguente restringimento dello spazio

subacromiale e possibile irritazione del tendine del sopraspinato che decorre in questo spazio. (...). È risaputo che nel settore anteriore del tendine in prossimità dell'inserzione l'irrorazione del tendine non è buona. Gli stessi tendini sono un tessuto braditrofico, ovvero scarsamente irrorato a priori. In questo settore del sopraspinato è presente una cosiddetta zona critica, ancor più ipovascolarizzata. È qui che di solito hanno origine i danni strutturali di natura degenerativa del tendine del sopraspinato con modificazioni intratendinee, che successivamente possono sfociare nella rottura parziale e più avanti persino nell'eventuale rottura totale. L'assicurata presenta infatti questo tipo di danni strutturali di natura degenerativa, che non sono stati causati dall'incidente. (...). L'evento del 2012 non ha causato i disturbi come causa parziale. Ho già motivato questa affermazione in precedenza. (...). Non si è verificato un peggioramento dello stato preesistente. Mancano dati clinici a supporto e mancano anche i substrati radiologici che sono stati esclusi con la risonanza magnetica del 24.02.2012. L'entesiopatía era preesistente ma non è stata peggiorata. (...). Nel 2012 si è verificata una contusione della spalla destra con disturbi reattivi di natura muscolare. Non emergono indicazioni dalla diagnostica per immagini di un peggioramento di uno stato preesistente. Inoltre, nel 2012 dopo l'incidente, l'assicurata è riuscita a lavorare senza interruzioni. Non si è quindi verificato un peggioramento dovuto all'incidente, né decisivo né temporaneo, della preesistente entesiopatía del tendine del sopraspinato. Ho già dettagliatamente motivato questa affermazione in precedenza. (...). Per quanto concerne l'evento del 01.03.2012 si può chiaramente dire che i disturbi trattati chirurgicamente non sono riconducibili con un elevato grado di probabilità all'evento del 01.03.2012. (...). Per quanto riguarda l'evento del 03.01.2012 mi sono precedentemente espresso al riguardo. Lo status quo sine è subentrato ai più tardi con la chiusura del caso da parte del Dott.

_____ nell'aprile 2013. (...)" (doc. 97, pag. 11-19; traduzione italiana) Il 22 giugno 2022 il patrocinatore dell'insorgente ha fatto valere l'infortunio del 3 gennaio 2012 doveva essere considerato perlomeno una concausa del danno alla spalla destra dell'assicurata annunciato nella ricaduta, in quanto la documentazione medica agli atti (in particolare, le ecografie dell'8 ottobre 2012 e del 21 dicembre 2015 del dr. med. _____ come pure il referto del medesimo specialista del 9 aprile 2013, di cui si è già detto sopra), dimostrerebbero una lesione del tendine legata all'infortunio del 3 gennaio 2012 (doc. 100). Interpellato a tal proposito dall'amministrazione, nel complemento del 21 luglio 2022, il dr. med. _____ dell'_____ a proposito dell'affermazione dell'avv. RA 1, giusta la quale in particolare gli esami ecografici dell'8 ottobre 2012 e del 21 dicembre 2015, dimostrerebbero una lesione del tendine legata all'infortunio del 3 gennaio 2012, ha rilevato che: " non è corroborata da alcuna giustificazione medica né da alcuna dimostrazione scientifica, tantopiù che il primo esame ecografico è stato eseguito più di 10 mesi dopo l'evento. Nel caso in oggetto fa fede il risultato della risonanza magnetica del 24.02.2012, che non ha riscontrato alcuna indicazione di una rottura del tendine sovraspinato circa 6 settimane dopo l'evento. La diagnosi è stata di tendinopatia inserzionale moderata del tendine sovraspinato con alterazioni degenerative e anche cisti a carico del trochite. In questa età si sviluppano alterazioni degenerative del trochite in prossimità dell'inserzione (nota: la perizia si riferiva erroneamente al trocantere, ma era inteso il trochite). In questa regione si sviluppano tipicamente alterazioni degenerative poiché qui vi è la cosiddetta critical illness zone. La vascolarizzazione già di per sé scarsa dei tendini (tessuto braditrofico) va in questo caso a deteriorarsi ulteriormente. La circolazione sanguigna è talmente scarsa che qui si sviluppano di principio e già a uno stadio precoce della vita delle alterazioni tendinee con conseguenti disomogeneità intratendinee. Queste alterazioni si

sviluppano anche sul lato articolare. Esattamente questo è stato il risultato della risonanza magnetica eseguita il giorno 24.02.2012. Non sono state rilevate rotture del tendine, bensì danni degenerativi all'interno del tendine che tipicamente prendono le mosse da qui. Inoltre, le cisti a carico del trochite dimostrano che si sono sviluppate alterazioni cistiche dell'osso nell'area in cui si inserisce il tendine, il che è assolutamente correlato con gli ulteriori danni intratendinei successivamente riscontrati negli esami ecografici. I risultati della risonanza magnetica corrispondono al gold standard dell'accertamento radiologico a seguito di un trauma alla spalla, mentre gli esami ecografici producono spesso risultati diversi. Queste alterazioni degenerative intratendinee presentano naturalmente una progressione, pertanto nell'arco di 10 mesi può assolutamente verificarsi un'estensione come quella evidenziata in sede ecografici. Questo sviluppo è fisiologico e, con il grado della probabilità preponderante, non legato all'infortunio. Confermiamo pertanto quanto da noi affermato, ossia che la caduta del 03.01.2012 non ha comportato alcuna lesione strutturale oggettivamente dimostrabile del tendine sovraspinato. La risonanza magnetica del 24.02.2012 Io dimostra e, come già argomentato sopra, sono stati rilevati esclusivamente danni di tipo degenerativo e non legati all'infortunio. (...)” (doc. 110).

2.9. 2.9.1. Nel caso di specie, questo Tribunale constata innanzitutto che l'_____ è stato incaricato direttamente dall'assicuratore resistente, senza seguire la procedura prevista dall'art. 44 LPG (cfr. doc. 57 e doc. 60, dai quali risulta che all'assicurato non è stato accordato il diritto di ricusare l'esperto designato). Contrariamente a quanto indicato nella decisione su opposizione impugnata (“ la perizia dell'Istituto medico specialistico IB-Bern (...) è altresì indipendente, dato che è stata commissionata in ossequio all'art. 44 LPG ”: cfr. doc. 111, pag. 8), lo specialista dell'IB-Bern va dunque trattato alla stregua di consulenti medici interni all'amministrazione. Se ne deduce pertanto che va applicata la giurisprudenza di cui alla DTF 135 V 465 (cfr. supra, consid. 2.6.), secondo la quale dei lievi dubbi circa l'affidabilità di un rapporto medico bastano per potersene discostare (cfr. STCA 35.2020.43 del 22 febbraio 2021 consid. 2.7 e STCA 35.2021.94 del 30 marzo 2022, consid. 2.9).

2.9.2. Ciò premesso, chiamato ora a pronunciarsi, attentamente valuta-to l'insieme della documentazione medica agli atti (in particolare, quella riportata al consid. 2.8), questo Tribunale ritiene che la valutazione espressa dal dr. med. _____, specialista nella materia che qui interessa che vanta una vasta esperienza in materia di medicina infortunistica e assicurativa (in particolare, in qualità anche di perito amministrativo e/o giudiziario dell'Istituto medico di perizie interdisciplinari _____), secondo la quale l'infortunio del 3 gennaio 2012 non ha provocato una lesione strutturale (completa o parziale) oggettivamente dimostrabile del tendine sovraspinato, possa validamente costituire da base al giudizio che è ora chiamato a rendere. In effetti, il medico fiduciario ha spiegato dettagliatamente e in modo convincente, alla luce dell'insieme della documentazione medica agli atti riassunta al considerando 2.8., segnatamente degli esiti della MR del 24 febbraio 2012, i motivi per i quali egli ritiene che la lesione del tendine sovraspinato non sia da ascrivere all'infortunio del 3 gennaio 2012, bensì a fattori degenerativi. In particolare, egli ha sottolineato come la prima consultazione medica sia avvenuta il 17 febbraio 2012, ovvero a distanza di 6 settimane dall'evento infortunistico, per dei dolori a carattere "in crescendo" (tipici di danni di natura degenerativa secondo la dottrina medica) e non a evoluzione in "decrecendo" (tipica di una rottura, totale o parziale, traumatica di un tendine; in assenza pure di drop arm sign) e che l'assicurata ha potuto continuare senza interruzione il lavoro di igienista dentale gravoso per l'articolazione della spalla, cosa che a priori sarebbe stata inconciliabile con una rottura fresca causata da

un infortunio. Inoltre la risonanza magnetica eseguita il 24 febbraio 2012, ovvero a distanza di 7 settimane dall'infortunio, aveva evidenziato segni di una irritazione del capo lungo del tendine del bicipite (ma nessun segno di rottura della cuffia dei rotatori, in particolare del tendine del sovraspinato) rispettivamente dei segni di modificazioni degenerative (tra cui cisti nella zona di inserzione del tendine del sovraspinato con una conseguente tendinopatia dello stesso a livello dell'inserzione e quindi di un danno di chiara origine degenerativa). Lo specialista ha pure precisato che la risonanza magnetica, rispetto all'ecografia (che può rilevare dei falsi positivi o dei falsi negativi) costituisce il gold-standard dell'accertamento radiologico. Per quanto concerne la lesione intratendinea del tendine sovraspinato risultante dall'ecografia dell'8 ottobre 2012, il medico fiduciario ha inoltre osservato che in linea di massima le modificazioni intratendinee sono di natura degenerativa, dato che sono in prossimità dell'inserzione e ciò anche nel caso di specie, dato che la nota risonanza magnetica aveva confermato la presenza di tipiche modificazioni di natura degenerativa del tendine del sovraspinato ovvero di cisti nella zona di inserzione dello stesso. Inoltre egli ha anche sottolineato che l'ecografia era stata eseguita ad oltre 9 mesi dall'evento infortunistico e che le alterazioni degenerative intratendinee presentano naturalmente una progressione e che pertanto, nell'arco di 9 mesi, poteva assolutamente verificarsi un'estensione come quella evidenziata in sede ecografica e che quello sviluppo era fisiologico e, con il grado della probabilità preponderante, non legato all'infortunio. Inoltre, nel 2012 dopo l'incidente, l'assicurata era riuscita a lavorare senza interruzioni per oltre 6 anni e mezzo ovvero fino circa a sei mesi dopo il grave incidente stradale del 7 marzo 2018, pur svolgendo un lavoro sicuramente non ideale come quello di igienista dentale. Sulla base dell'assenza di dolori iniziali, della mancata perdita di funzione, della diagnostica per immagini con cisti già presenti nel trocantere, dell'assenza di una vera e propria rottura, dell'assenza di una qualsiasi indicazione di un danno che risultasse dovuto all'incidente nella risonanza magnetica, il medico fiduciario ha quindi concluso che “ non è possibile supporre, con un elevato grado di probabilità, che con l'incidente del 2012 si sia verificata una rottura completa o parziale del tendine del sovraspinato ” rispettivamente che “ l'evento del 03.01.2012 ha causato una contusione della spalla destra con attivazione di breve durata di modificazioni pregresse di natura degenerativa. Ma già la risonanza magnetica del 24.02.2012 non evidenziava più alcun fenomeno irritativo, tanto che a questo punto si poteva già presupporre uno "status quo sine" di per sé. All'epoca l'CO 1 ha continuato a farsi carico dei successivi trattamenti, poi il caso è stato definitiva-mente chiuso secondo il Dott. _____ nell'aprile 2013. È in questo momento e non oltre che si deve ipotizzare uno "status quo sine". In questo senso, il TCA osserva che il medico fiduciario ha enunciato il proprio apprezzamento in piena conoscenza dei dati anamnestici dell'assicurato e ha saputo motivare adeguatamente il proprio parere dal profilo medico-scientifico, considerando non solo il meccanismo infortunistico (al riguardo, cfr. la STF 8C_672/2020 del 15 aprile 2021 consid. 4.1.3, pubblicata in: SVR 10/2021 UV n. 34 p. 154 ss., in cui la Corte federale ha precisato che, trattandosi di stabilire l'eziologia delle rotture della cuffia dei rotatori, al criterio del meccanismo infortunistico non può essere attribuito un ruolo prevalente; si veda comunque pure il consid. 4.5; cfr. tra le tante, anche la STCA 35.2023.69 del 21 febbraio 2023, consid. 2.9). Questa giurisprudenza è stata confermata anche nella recentissima STF 8C_401/2023 del 21 febbraio 2024, consid. 2.3 (cfr. pur rinvii giurisprudenziali federali ivi citati). Inoltre, giova qui ricordare, tra le tante, la STF 8C_326/2023 del

ottobre 2023, in cui il Tribunale federale ha confermato la decisione dei giudici cantonali di confermare la decisione con la quale l'amministrazione, fondandosi sul parere del proprio medico di fiducia, aveva considerato raggiunto lo status quo sine tre mesi dopo la contusione subita dall'assicurato alla spalla destra, contusione che aveva scompensato una alterazione preesistente e rimasta fino a quel momento asintomatica (cfr., pure tra le tante, la STCA 35.2023.69 del 21 febbraio 2023, consid. 2.10 con rinvii giurisprudenziali federali e cantonali). In questo contesto il TCA segnala pure la già citata STF 8C_401/2023 del 21 febbraio 2024, riguardante il caso di un'assicurata (nata nel 1971) che il 15 gennaio 2021 era caduta, riportando una contusione alla spalla destra ed era stata operata il 15 marzo 2021 a causa - tra l'altro - di una rottura "traumatica" del tendine sovraspinato, in cui l'Alta Corte ha confermato la decisione dei giudici cantonali di confermare la decisione con la quale l'amministrazione, fondandosi sul parere del proprio medico di fiducia, aveva considerato che la contusione alla spalla destra aveva causato solamente un aggravamento temporaneo e non direzionale, di una situazione degenerativa (asintomatica) già presente e che lo status quo sine era stato raggiunto al più tardi al 14 marzo 2021, rispettivamente, che le problematiche ulteriormente presentate dall'assicurata a livello della spalla destra sinistra (inclusa la rottura del tendine sovraspinato) operate il 15 marzo 2021 erano riconducibili a fattori extra-infortunistici. Anche in questo caso il Tribunale federale ha sottolineato quanto segue: "(...) als typisches Merkmal für eine traumatische Verursachung einer Rotatorenmanschettenläsion gilt u.a. die sofortige Beeinträchtigung der aktiven Mobilität bzw. Entwicklung einer Pseudoparalyse der Schulter ("drop-arm-sign"; vgl. Urteile 8C_253/2021 vom 2. Juli 2021 E. 5.2 mit Hinweis und 8C_606/2016 vom 13. Dezember 2016 E. 4.2). Wie Dr. med. G. _____ zu Recht festhielt, ist jedenfalls eine solche umgehende Pseudoparalyse nach dem Unfall in den echtzeitlichen ärztlichen Dokumenten nicht ausgewiesen. (...)" (cfr. consid. 8.2.). Nella medesima occasione ha pure ricordato che "die MRT ein wichtiges Mittel bei der Abklärung der Unfallkausalität einer Rotatorenmanschettenruptur bildet (vgl. nebst vielen SVR 2023 UV Nr. 20 S. 63, 8C_410/2022 E. 6.1, UV Nr. 39 S. 139, 8C_305/2022 E. 5.3.2; Urteile 8C_62/2023 vom 16. August 2023 E. 6.1.4 und 8C_206/2022 vom 14. Juli 2022 E. 4.2 und 6.2.5)." (cfr. consid. 9.2.1) In simili circostanze, i certificati medici, anche specialistici, come pure le valutazioni mediche che figurano agli atti (cfr., in particolare, quelli citati al consid. 2.8; peraltro note allo specialista dell' _____ che le ha esaminate nel dettaglio e in modo convincente nell'approfondita valutazione del 4 gennaio 2021), non consentono di giungere a una diversa conclusione. 2.9.3. Le argomentazioni sollevate dall'avv. RA 1 nell'opposizione del 22 giugno 2022 (e sostanzialmente riprese integralmente nel gravame in disamina: cfr. consid. 2.7) sono state esaminate dal medesimo specialista nell'approfondito complemento del 21 luglio 2022, con delle considerazioni puntuali e convincenti (cfr. consid. 2.8. in fine). Questa Corte il 27 novembre 2023 ha assegnato all'avv. RA 1, come da sua richiesta del 24 novembre 2023 (doc. IX), un termine di 10 giorni per presentare la replica (doc. X), prorogato - sempre su sua richiesta del 18 dicembre 2023 (doc. XI) - sino al 20 dicembre 2023 (doc. XII). In data 18 dicembre 2023 l'avv. RA 1 ha chiesto una ulteriore proroga del termine sino al 5 gennaio 2024 "in quanto sono ancora in attesa di ricevere la presa di posizione del medico, che ho richiesto in data 4.12.2023 e che ad oggi non è pervenuta" (doc. XIII). A suffragio della sua richiesta ha allegato il messaggio di posta elettronica al dr. med. _____ del 4 dicembre 2023, del seguente tenore: "(...) Ad oggi siamo in fase ricorsuale con CO 1 e stiamo analizzando nel dettaglio la risposta resa dall'assicurazione al lod. TCA (qui acclusa). La stessa contempla essenzialmente delle contestazioni d'ordine

medico e in particolare in merito a quanto da Lei asserito sia in occasione del 1° che del 2° infortunio. CO 1 presenta anche una serie di rilevanze tratte dalla dottrina medica. Appare dunque necessario che sia un medico a fornirci gli elementi di replica per aspetti squisitamente medici che non ci competono. Sarebbe dunque utile una presa di posizione puntuale, dettagliata e circostanziata da parte sua, sia in merito alle critiche avanzate alle sue diagnosi e alla loro causalità infortunistica, sia in merito alla dottrina citata. Abbiamo un termine in scadenza il prossimo 11.12.2023 (ma richiediamo oggi una proroga sino al 20.12.2023). Le sarei quindi grata se potesse farci avere una sua presa di posizione preferibilmente entro il 13.12.2023. (...)” (doc. XII-1; n.d.r.: il grassetto non è della redattrice) Il 18 dicembre 2023 il TCA ha prorogato il termine sino al 5 gennaio 2024 (doc. XIV). Con replica del 4 gennaio 2024 l’avv. RA 1 si è riconfermato nelle proprie tesi e domande sulla base della documentazione medica già agli atti (doc. XV). A tutt’oggi il patrocinatore del ricorrente non ha quindi presentato (ulteriore) documentazione medica, tantomeno specialistica, atta a sollevare dubbi - nemmeno lievi (cfr. STF 8C_454/2023 del 19 dicembre 2023 consid. 4.1.2.) - circa la fondatezza degli approfonditi pareri espressi dallo specialista interpellato dall’istituto assicuratore resistente il 4 gennaio 2021 e il 21 luglio 2022. A questo proposito occorre evidenziare che il principio inquisitorio che regge la procedura davanti al Tribunale delle assicurazioni non è incondizionato, ma trova il suo correlato nell’obbligo delle parti di collaborare, quest’obbligo non può tradursi in una mera contestazione della presa di posizione di controparte senza addurre degli elementi oggettivi - segnatamente di natura medica - a sostegno delle proprie argomentazioni (cfr. sul tema STCA 32.2017.70 del 9 novembre 2017, consid. 2.7 e rinvii ivi citati; STCA 32.2017.83 del 22 febbraio 2018, consid. 2.6; STCA 35.2018.114 del 18 marzo 2019, consid. 2.8.5 e rinvii ivi citati; STCA 35.2020.72 dell’8 marzo 2021, consid. 2.5; STCA 35.2021.44 del 16 agosto 2021, consid. 2.10.5; STCA 35.2021.64 del 6 dicembre 2021, consid. 2.5.5; STCA 35.2023.95 del 18 marzo 2024, consid. 2.10). 2.9.4. Alla luce di quanto precedentemente esposto, il TCA non ha quindi motivo di scostarsi dalle considerazioni espresse dal medico fiduciario nella valutazione del 4 gennaio 2021 e nel complemento del 21 luglio 2022, di cui si è già detto al consid. 2.8. Il TCA ricorda inoltre che la giurisprudenza federale non esige che la persona assicurata venga visitata personalmente affinché si possa ammettere il valore probatorio di un documento medico, purché l’incarto su cui si fonda tale documento contenga sufficienti apprezzamenti medici elaborati in base a un esame concreto (cfr. STF 8C_469/2020 del 26 maggio 2021 consid. 3.2 e i riferimenti ivi menzionati). Di norma, una valutazione sulla base dei soli atti medici (“ Aktegutachten ”) è difatti possibile se il medico SMR (e, quindi, anche il medico fiduciario) dispone di sufficienti elementi risultanti da altri accertamenti personali (cfr., tra le tante, STCA 35.2018.113 del 5 marzo 2019, consid. 2.9; STCA 35.2022.12 del 16 agosto 2022, consid. 2.9 e rinvii giurisprudenziali ivi citati). Ciò è il caso nella presente fattispecie in cui lo specialista dell’ _____ ha espresso la sua valutazione in base alla copiosa documentazione medica agli atti, anche a seguito di ripetute visite personali della ricorrente, la maggiore parte delle quali riportate al consid. 2.8. Del resto, anche nella già citata STF 8C_401/2023 del 21 febbraio 2024, la valutazione del medico fiduciario dell’assicuratore era stata effettuata sulla base dei soli atti medici (con particolare attenzione a quelli strumentali: cfr. consid. 3). La censura ricorsuale volta a contestare questo aspetto deve, pertanto, essere respinta. 2.9.5. Da ultimo, dalle carte processuali si evince pure che, dal 3 gennaio 2012 fino al settembre 2018 (periodo a partire dal quale l’assicurata ha di nuovo sofferto di dolori - riconducibili, secondo la ARTRO-RM del 17 dicembre 2018 ad una “rottura del sovraspinato-infraspinato”, cfr. doc. 64) - la spalla

destra non ha causato incapacità lavorativa né è stata oggetto di specifici trattamenti (a parte le onde d'urto nel 2015 a causa però di una calcificazione di origine morbosa: cfr. doc. 100). Al riguardo va ricordato che, per costante giurisprudenza federale, più il tempo trascorso fra l'infortunio e la manifestazione dell'affezione è lungo e più le esigenze riguardanti la prova del legame di causalità naturale devono essere severe (cfr. RAMI 1997 U 275, p. 188 ss.; STF 8C_24/2013 del 18 giugno 2013 consid. 2.2; STF 8C_175/2009 del 26 giugno 2009 consid. 2; STF U 60/07 del 17 gennaio 2008 consid. 2; STF U 249/05 del 20 febbraio 2006 consid. 1). In questo senso, ad esempio, in una sentenza U 66/05 del 17 agosto 2005 consid. 4, l'Alta Corte ha negato l'esistenza di un nesso di causalità naturale, trattandosi di un assicurato, vittima di un infortunio nell'ottobre 2001, i cui disturbi al polso, braccio e spalla destra nonché alla regione del collo, erano stati refertati, per la prima volta, nel mese di gennaio 2003. In quella fattispecie, il TF ha giudicato che il lungo tempo di latenza trascorso sino alla constatazione anamnestica di tali disturbi, costituiva un importante indizio a favore dell'assenza di una causalità con l'infortunio. Inoltre, esso ha rilevato che nessuno dei medici curanti aveva refertato un qualsiasi reperto oggettivo (ad esempio, contusioni, stiramenti oppure abrasioni) atto a giustificare il quadro clinico in questione (il Tribunale federale è giunto a questa stessa conclusione nella STF 8C_783/2011 del 6 gennaio 2012 consid. 5.2.2.2, riguardante un assicurato i cui disturbi alla spalla sinistra erano stati documentati a distanza di 8 mesi dall'infortunio, come pure nella STF 8C_920/2012 del 28 maggio 2013 consid. 4.1, in cui il tempo di latenza era di alcune settimane: "Aufgrund der fehlenden initialen Beschwerden in diesem Bereich und der asymptomatischen Latenzzeit von mehreren Wochen sowie unter Berücksichtigung der Tatsache, dass nach einer AC-Gelenksdistorsion in der Regel von einer raschen Genesung auszugehen sei, könne die Unfallkausalität nicht bejaht werden. Hätte der Versicherte von Anfang an eine ACG-Symptomatik aufgewiesen, wäre dies durch den erstbehandelnden Arzt Dr. med. S._____ oder im Spital X._____ festgestellt worden."); STCA 35.2020.3 del 28 settembre 2020, consid. 2.9 e STCA 35.2020.84 del 22 marzo 2021, consid. 2.9). Del resto, i citati disturbi insorti nel settembre 2018, sono stati annunciati all'amministrazione il 12 novembre 2019 quale ricaduta ex art. 11 OAINF. Conformemente alla giurisprudenza federale, una ricaduta viene assunta da un assicuratore infortuni, allorché la sintomatologia a ponte fra l'infortunio e i disturbi accusati è evidente. Disturbi occasionali non sono sufficienti, ad esempio quando gli stessi non sono così rilevanti da richiedere un trattamento (cfr. STF U 344/03 del 9 dicembre 2004 consid. 3.2.2; 3.3). L'Alta Corte ha ad esempio deciso in questo stesso senso in una sentenza U 458/00 del 24 ottobre 2001, in cui l'assicuratore LAINF non è stato giudicato responsabile della ricaduta fatta valere nel 1995 da un assicurato che nel 1991, in occasione di un incidente della circolazione, aveva subito una contusione di un ginocchio, poiché, benché durante i quattro anni intercorsi tra il sinistro e la nuova problematica, egli avesse avuto dei disturbi, essi non potevano valere quali sintomi ponte per il riconoscimento di una relazione di causalità naturale. Infatti tali disturbi non avevano mai necessitato di cure, né condotto a un'inabilità lavorativa (cfr. anche la STF U 296/03 del 24 maggio 2004 consid. 2.1.1; STCA 35.2019.88 del 27 aprile 2020, consid. 2.8 e STCA 35.2020.84 del 22 marzo 2021, consid. 2.9). Nel caso di specie, per i motivi che sono stati diffusamente esposti, non può essere ammesso che vi sia stata una chiara sintomatologia a ponte ai sensi della giurisprudenza appena citata, ciò che rende inverosimile che il sinistro del gennaio 2012 abbia provocato i disturbi alla spalla destra denunciati nel 2019 dall'assicurata. In esito a tutto quanto precede, il TCA non ritiene dimostrato, perlomeno con il grado di verosimiglianza preponderante abitualmente

applicato nel settore delle assicurazioni sociali (cfr. DTF 138 V 218 consid. 6 e riferimenti), che i disturbi alla spalla destra oggetto dell'annuncio di ricaduta del novembre 2019, costituissero una conseguenza naturale del sinistro accaduto in data 3 gennaio 2012. Va infine segnalato che l'Alta Corte ha precisato che l'assicuratore infortuni non è tenuto a dimostrare l'esistenza di una causa extra-infortunistica a cui imputare i disturbi accusati dall'interessato (cfr. STF U 152/03 del 21 aprile 2005 e riferimenti ivi menzionati; cfr. STCA 35.2017.62 del 2 ottobre 2017, consid. 2.9; STCA 35.2018.130 dell'8 luglio 2019, consid. 2.12). 2.10. In queste condizioni, posto che l'CO 1 era legittimata a rifiutare al riguardo il proprio obbligo a prestazioni, la decisione su opposizione impugnata deve essere confermata. 2.11. Da ultimo, va qui ricordato che, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° ed., pag. 274, si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41; 122 III 223 consid. 3; 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv.2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). A fronte di una situazione ritenuta sufficientemente chiarita (cfr. consid. 2.8 e 2.9), il TCA rinuncia all'assunzione di ulteriori prove. L'incarto LAINF è stato versato agli atti in data 10 novembre 2023 (doc. VII). 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. fbis 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 (cfr. STCA 35.2021.9 del 20 settembre 2021 consid. 2.12; 35.2021.58 del 18 ottobre 2021 consid. 2.12). 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 pag. 107).

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