

TI_GERICHTE 35.2025.22 vom 14. Juli 2025

TI Tribunale d'appello, 2025-07-14, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2025.22

FR: TI_GERICHTE 35.2025.22 du 14 juillet 2025

IT: TI_GERICHTE 35.2025.22 del 14 luglio 2025

Erwägungen

E. 12

marzo 2012; STF 8C_855/2010 dell'11 luglio 2011; STF 9C_211/2010 del 18 febbraio 2011, consid. 2.1; STF 9C_792/2007 del 7 novembre 2008; STF H 180/06 e H 183/06 del 21 dicembre 2007; STF I 707/00 del 21 luglio 2003; STF H 335/00 del 18 febbraio 2002; STF H 212/00 del 4 febbraio 2002; STF H 220/00 del 29 gennaio 2002; STF U 347/98 del 10 ottobre 2001, pubblicata in R DAT I-2002 pag. 190 seg.; STF H 304/99 del 22 dicembre 2000; STF I 623/98 del 26 ottobre 1999. Vedi pure: STF 9C_807/2014 del 9 settembre 2015; STF 9C_585/2014 dell'8 settembre 2015). nel merito 2.2. In concreto, è litigiosa la questione di sapere se l'amministrazione era legittimata a dichiarare estinto dal 13 gennaio 2025 il proprio obbligo a prestazioni dipendente dall'evento infortunistico del 1° marzo 2024, oppure no. 2.3. Giusta l'art. 10 LAINF, l'assicurato ha diritto alla cura appropriata dei postumi d'infortunio (cfr. DTF 109 V 43 consid. 2a; art. 54 LAINF) e, in applicazione dell'art. 16 LAINF, l'assicurato totalmente o parzialmente incapace di lavorare (cfr. art. 6 LPGa) a seguito d'infortunio, ha diritto all'indennità giornaliera. Il diritto all'indennità giornaliera nasce il terzo giorno successivo a quello dell'infortunio. Esso si estingue con il ripristino della piena capacità lavorativa, con l'assegnazione di una rendita o con la morte dell'assicurato. Il diritto alle cure cessa qualora dalla loro continuazione non sia da attendersi un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato (art. 19 cpv. 1 seconda frase LAINF), un miglioramento insignificante non basta. Non vi è un sensibile miglioramento delle condizioni di salute, se la misura terapeutica in questione è in grado soltanto di alleviare momentaneamente dei dolori causati da uno stato altrimenti stazionario. Né la possibilità remota di un risultato positivo dato dalla prosecuzione di un trattamento medico né un beneficio terapeutico minore prevedibile da nuovi provvedimenti – quali una cura termale – danno diritto a una sua attuazione (STF 8C_142/2017 del 7 settembre 2017 consid. 4). Non è parimenti sufficiente che la persona assicurata possa ancora eventualmente beneficiare di un trattamento fisioterapeutico (STF 8C_604/2021 del 25 gennaio 2022 consid. 9.2; 8C_736/2017 del 20 agosto 2018 consid. 4.1). La questione deve essere valutata in prospettiva (cfr. STF 8C_344/2021 del 7 dicembre 2021 consid. 7.2). L'Alta Corte ha inoltre precisato che la questione del "sensibile miglioramento" di cui all'art. 19 cpv. 1 LAINF va valutata segnatamente in funzione dell'entità del previsto aumento oppure del ripristino della capacità lavorativa, nella misura in cui quest'ultima è pregiudicata dalle sequele infortunistiche (DTF 134 V 109 consid. 4.3; STF 8C_44/2021 del 5 marzo 2021 consid. 5.2; 8C_301/2021 del 23 giugno 2021 consid. 3.2). Se un miglioramento non è più possibile, la cura termina e l'assicurato può pretendere una rendita d'invalidità (sempre che presenti un'incapacità di guadagno del 10% almeno). Una volta terminata la cura medica, delle misure terapeutiche possono essere assunte soltanto alle condizioni di cui all'art. 21 LAINF e soltanto se l'assicurato è stato posto al beneficio di una rendita. Se ciò non è il caso, spetta all'assicurazione contro le malattie prendere a

proprio carico il trattamento (cfr. STF 8C_50/2018 del 20 luglio 2018 e riferimenti ivi menzionati).

2.4. Il diritto alle prestazioni risultante da un infortunio assicurato presuppone in ogni caso l'esistenza di un nesso di causalità naturale tra l'evento dannoso e il danno alla salute. Questa condizione è adempiuta 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 *conditio 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 (DTF 129 V 177 consid. 3. p. 181, 402 consid. 4.3 p. 406). Se un infortunio ha semplicemente scatenato un processo che sarebbe comunque insorto anche senza questo evento, il nesso di causalità naturale tra i disturbi accusati dall'assicurato e l'infortunio deve essere negato se lo stato morboso preesistente è ritornato ad essere quello che era prima dell'infortunio (*status quo ante*) oppure se ha raggiunto lo stadio che sarebbe prima o poi subentrato anche senza l'infortunio (*status quo sine*) (RAMI 1992 U 142 p. 75 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).

2.5. 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).

2.6. Nella concreta evenienza, dalla decisione su opposizione impugnata risulta che, tenuto conto dei disturbi residuali al polso e al pollice della mano destra, l'assicuratore LAINF resistente ha negato dal 13 gennaio 2025 il diritto ad ulteriori prestazioni, facendo capo al parere del proprio medico _____. Già in data 31 luglio 2024 il dr. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia, chiamato a fornire un apprezzamento sintetico del caso, si era così espresso: " «Infortunio polso/mano/spalla destra 1. Prima dell'infortunio l'assicurato presentava, secondo il criterio della probabilità preponderante, delle affezioni manifeste o asintomatiche alla parte del corpo interessata dall'attuale infortunio? Sì. 1.1. Se sì, in che misura? Esiti lesione estensore lungo del pollice trattata (cfr. Rapporto dr. _____). Versosimile tendinopatia cuffia rotatori senza lesione a tutto spessore (cfr. Ecografia). 2. / 3. In caso di risposta positiva alla domanda 1: 3.1 L'infortunio ha causato con probabilità preponderante ulteriori lesioni strutturali oggettivabili? In caso negativo si prega di motivare. Allo stato attuale non risultano lesioni di nuova insorgenza alla mano (cfr. Rapporto dr. _____). Non abbiamo altra documentazione che indichi altre lesioni. Il quadro evidenziato all'ecografia di spalla è indicativo di una tendinosi di cuffia generalmente dovuta a fattori degenerativi. 3.2. In caso negativo, da quale data la sintomatologia non è più influenzata con probabilità preponderante dalle conseguenze dell'infortunio? 6 mesi.» (Doc. 23) Sulla base di tali considerazioni, l'amministrazione, in data 9 ottobre 2024, ha comunicato all'assicurato l'interruzione delle prestazioni a decorrere dal 14 ottobre 2024 (doc. 38). L'assicurato ha contestato tale decisione dell'assicurazione, trasmettendo un referto del 14 ottobre 2024 con il quale il dr. _____, spec. FMH in chirurgia della mano, dopo averlo visitato, si è

così rivolto al medico fiduciario dell'CO 1: "(...) Valutazione e proposta Ho esaminato in dettaglio l'esame clinico, radiografico ed ecografico portato in visione dal paziente. Attualmente non sono evidenti lesioni ossee attribuibili a una frattura. Ecograficamente e clinicamente è però presente una lesione completa del tendine estensore lungo del pollice. Dalle radiografie portate in visione dal paziente, inoltre, sembrerebbe esservi un quadro di DISI per cui sospetto la presenza di una lesione del legamento scafo-lunato. Il paziente mi informa che il caso di infortunio è stato chiuso dalla CO 1. Chiedo gentilmente alla CO 1 di voler riaprire il caso, sia per quanto riguarda la lesione del tendine estensore del pollice, sia per eseguire in prima istanza una radiografia in proiezione anteroposteriore del polso al fine di valutare un'eventuale diastasi dello scafo-lunato. Qualora ciò fosse chiederemo di eseguire una RMN per valutare un'eventuale rottura di questo legamento. Ho consigliato al paziente di assumere terapia antiinfiammatoria al bisogno. Ricontatterò il paziente una volta che la CO 1 si sarà espressa in merito. Il paziente è soddisfatto delle spiegazioni e d'accordo sul procedere." (Doc. 39) Con apprezzamento sintetico del 24 ottobre 2024, il dr. _____ ha approvato il modo di procedere suggerito dal dr. _____, per le seguenti ragioni: " a) il dr. _____ pone un nuovo sospetto diagnostico di DISI con lesione legamento scafo lunato che andrebbe chiarito dal lato diagnostico. In dossier è presente una rx polso nella sola proiezione laterale opportuno richiedere, se eseguite come da referto, anche le immagini della proiezione anteroposteriore. Inoltre opportuno procedere a scopo delucidativo agli esami richiesti dal dr. _____. b) per quanto riguarda la lesione tendinea vi è una discrepanza tra il rapporto de dr. _____ (deficit funzionale preesistente) ed il rapporto del dr. _____ ("il paziente riferisce che prima dell'infortunio il pollice aveva un'estensione comparabile con il controlaterale"). Inoltre il dr. _____ riferisce di un precedente intervento del 1996 per un deficit di estensione del primo dito mentre il dr. _____ cita un precedente intervento al polso senza altra indicazione. Occorre quindi chiarire se il deficit di estensione della falange distale del primo dito era già presente. Inoltre, dato che esiste un antecedente, chiarire il tipo di intervento eseguito in passato ottenendo documentazione relativa." (Doc. 41) Eseguiti gli approfondimenti del caso, in particolare un'artro-RM polso destro in data 6 novembre 2024 (cfr. doc. 50), il dr. _____, con referto del 3 dicembre 2024, ha osservato: " Diagnosi Trauma distorsivo contusivo polso destro del 01.03.2024 con - Lesione completa inserzione distale in zona 1 tendine estensore lungo del pollice destro - Lesione transmurale legamento luno-triquetrale polso destro - e/d intervento chirurgico al polso destro (anamnestico) Esame radiologico Artro-RMN polso destro del 06.11.2024: lesione transmurale del legamento luno-triquetrale. Distacco dell'attacco stiloideo del TFCC e lesione parziale del legamento collaterale ulnare con residuo fascicolo superficiale Procedere Contatto oggi telefonicamente il paziente per comunicargli l'esito dell'artro-RMN. Da questa è evidente una lesione transmurale del legamento luno-triquetrale. Il paziente riferisce che i dolori sono andati a migliorare in maniera sostanziale a livello del polso. A questo livello, dato il buon decorso, non sono quindi attualmente previste proposte terapeutiche da parte nostra. I dolori sono però ancora presenti a livello dell'articolazione interfalangea del pollice. Data la problematica, ho proposto al paziente un intervento di artrodesi dell'articolazione interfalangea. Il paziente attualmente è dubbioso e preferisce pensarci. Gli viene fornito comunque un appuntamento nei prossimi mesi per discutere – in presenza del dr. _____ – un eventuale intervento di artrodesi." (Doc. 54) Con apprezzamento medico dell'8 gennaio 2025, il dr. _____ si è così espresso: " Valutazione Siamo in presenza di un assicurato che ha subito un trauma distorsivo dell'arto superiore destro. In anamnesi vi

è una frattura scomposta del polso di destra con una lesione tendinea dell'estensore lungo del pollice risalente al 1996 trattata in Italia. Risulta un intervento a livello tendineo di cui manca una chiara documentazione ed una valutazione del decorso immediato. Per quanto riguarda la situazione a livello del polso di destra, vi sono degli elementi degenerativi, con estrema probabilità legati alle sequele a lungo termine della frattura di polso, consistenti in una lesione della fibro-cartilagine triangolare ed elementi di artrosi post-traumatica. Non è stato confermato il sospetto di una lesione del legamento scafo-lunato ipotizzata dapprima dal dott. med. _____ ed esclusa dalla RM. Non sono previsti trattamenti a questo livello. Il quadro al polso è comunque da ritenersi dovuto ad una riacutizzazione delle alterazioni riferibili alla pregressa frattura e alle sequele artrosiche post-traumatiche a lungo termine della stessa. Non vi sono chiari elementi traumatici riferibili al nuovo evento di cui si discute. Per quanto riguarda la lesione del tendine estensore del I dito vi è una certa discrepanza fra la posizione espressa dal dott. med. _____ che riferiva di un deficit di estensione preesistente e quanto riportato successivamente nel referto del dott. med. _____ che riferisce esservi un deficit di estensione che secondo l'assicurato è peggiorato dopo l'evento. Pur tuttavia dalla documentazione piuttosto scarna fornita dall'assicurato del vecchio trauma, emerge già allora un deficit di estensione della falange distale del I dito. Dobbiamo pertanto ritenere che un certo deficit di articolarietà fosse preesistente e comunque la situazione sia influenzata in maniera determinante dalla pregressa lesione tendinea nota in anamnesi e riferibile nel 1996. Dalla valutazione globale dei documenti dobbiamo quindi ritenere che con probabilità prevalente questo evento non abbia modificato in modo importante la situazione né a livello del polso né a livello del I dito e che il quadro sia influenzato in maniera preponderante dagli antecedenti del 1996 e dalle sequenze a lungo termine degli stessi. Per quanto riguarda il rapporto del dott. med. _____ esso non modifica la posizione a suo tempo presa. L'eventuale intervento di artrodesi interfalangea I dito mano destra, seppur teoricamente indicato dal lato medico, non è stato al momento accettato dall'assicurato ed è comunque da intendersi come cura di una situazione preesistente o comunque influenzata in modo determinante dagli antecedenti noti.” (Doc. 58) L'assicurato ha contestato la chiusura del caso decisa dall'amministrazione, chiedendo che i propri disturbi siano oggetto di ulteriori approfondimenti, così come pure indicato nel referto del 21 gennaio 2025 dal dr. _____: " Diagnosi Trauma distorsivo contusivo polso destro del 01.03.2024 con - lesione completa inserzione distale in zona 1 tendine estensore lungo del pollice destro - lesione transmurale legamento luno-triquetrale polso destro - e/d intervento di ricostruzione dell'estensore lungo del pollice diversi anni fa in Italia (anamnestico) Procedere Il paziente chiede di nuovo una visita di controllo. Lavora ma ha dei disturbi altalenanti, sia al pollice che al polso destro. L'assicuratore CO 1 ha chiuso il caso. Chiedo gentilmente al medico di fiducia della CO 1 di valutare eventualmente direttamente con il paziente di riaprire il caso e richiedere una valutazione a livello universitario, per definire quanto i disturbi ancora presenti al polso e al pollice destri siano legati al trauma dell'1.03.2024 o a precedenti traumi (riferisce un intervento di tenorrafia del tendine estensore lungo del pollice) oppure a dei processi degenerativi, viste le attività professionali del paziente. Il signor RI 1 è soddisfatto delle spiegazioni e d'accordo sul procedere.” (Doc. 66) Egli ha pure prodotto il seguente referto del 20 gennaio 2025 della propria curante, dr.ssa _____, medico chirurgo e medico di medicina generale, del seguente tenore: " Il signor RI 1 ha avuto un infortunio il 01/03/2024. Ha riportato un danno alla mano dimostrato dalla risonanza magnetica (06.11.2024): lesione transmurale del legamento luno-triquetrale e distacco dell'attacco stiloideo del FCC e

lesione parziale del legamento collaterale ulnare e un danno all'arto superiore destro dimostrato da un'ecografia muscolotendinea (15/05/2021) che dimostra una lesione parziale a tutto spessore delle fibre anteriori del muscolo sovraspinato dx. il paziente non ha raggiunto lo stato di salute di prima dell'infortunio e lo stato attuale non sarebbe occorso per naturale progressione del quadro patologico oresistente. Per tali ragioni il paziente si oppone alla decisione dell'assicurazione che nega l'esistenza dei fatti. È intenzione del paziente rivolgersi ad uno specialista per cercare di risolvere il danno invalidante." (Doc. 67) L'assicurato ha pure trasmesso il seguente referto, datato 7 febbraio 2025, redatto dal dr. _____, medico chirurgo, specialista in ortopedia e traumatologia: " visita ortopedica (prima visita) pregressa sutura dell'ELP mano destra un anno fa (marzo) trauma durante l'attività lavorativa da allora impossibilità ad estendere la falange ungueale del pollice, dolore al polso ed ipostenia e dolore alla spalla destra eo: non recluta ELP alla falange ungueale, possibile disinserzione. Dolorabilità diffusa a tutta la radio carpica e alla TM Spalla: clinica compatibile con lesione postero-superiore della CR e possibile SLAP Consiglio Infiltrazione con cortisone alla radiocarpica e alla TM RMN spalla destra Valutazione chirurgo della spalla." (Doc. 70) Con apprezzamento medico dell'8 aprile 2025, il dr. _____ ha espresso le seguenti considerazioni: " Motivo della sottoposizione Risposta alla sottoposizione del 31.03.2025. Fattispecie rilevante sulla base degli atti 04.03.2024 Rapporto Pronto Soccorso Ospedale _____: per quanto riguarda la spalla si cita: "dolore alla palpazione della spalla a livello dell'inserzione del muscolo sottospinato prove delle cuffie dei rotatori negative, test di Jobe: neg.non deficit di elevazione del braccio o della spalla". 15.05.2024 Referto ecografia muscolo tendinea spalla destra, Dott. _____, Centro Studi Diagnostici, _____: «Lesione parziale a tutto spessore delle fibre più anteriori del tendine del sovraspinato, estesa longitudinalmente per circa 11 mm, interessante circa il 50% delle fibre tendinee. Continui ed inseriti i tendini di sottospinato e sottoscapolare, con ecostruttura conservata. Continuo ed inserito il tendine del capo lungo del bicipite, con minima falda fluida nella sua guaina [...]» 08.01.2025 Apprezzamento medico CO 1 a firma Dr. med. _____: viene valutato il decorso secondo atti e, in particolare, la situazione relativo al polso e mano. Si rimanda all'apprezzamento per le particolarità. Immagini (visionate / refertazione propria) -- Diagnosi -- Valutazione Per quanto riguarda la situazione del polso e mano mi sono già espresso estesamente nell'apprezzamento precedente che confermo. Più in dettaglio per la spalla rilevo che nel rapporto di Pronto Soccorso del 04.03.2024 l'esame obiettivo della spalla, al di là di una modica dolenzia in corrispondenza del sottospinato, non mostra deficit di articolarietà attiva e passiva. In particolare il test di Jobe, indicativo di un coinvolgimento acuto del sovraspinato, è descritto come negativo. Non sono descritti deficit di forza, elemento generalmente ritenuto essenziale in medicina assicurativa per porre un nesso con un evento recente. Non vi sono quindi nell'immediatezza dell'evento elementi clinici indicativi di un coinvolgimento del sovraspinato. La successiva ecografia mostra una integrità dei tendini sottospinato e sottoscapolare e una lesione parziale del sovraspinato in porzione anteriore che, in considerazione della negatività dei test eseguiti nell'immediatezza dell'evento, è indicativa di una situazione pre-esistente ed a questo punto di verosimile genesi degenerativa da usura anche in considerazione dell'età dell'assicurato. Confermo pertanto che in questo assicurato, alla data del 13 gennaio 2025, l'evento in questione non gioca più un ruolo apprezzabile nel quadro clinico presentato dall'assicurato stesso sia per quanto riguarda la spalla che per quanto riguarda il polso e mano. Risposte alle domande La prego cortesemente di precisare per quanto riguarda la spalla, il polso e il dito se l'infortunio

non giocava più nessun ruolo causale al più tardi con il 13.01.2025 (data della decisione). Vedi sopra.” (Doc. III/1) 2.7. Per costante giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale mentre invece nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (cfr. RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STF U 259/02 dell'8 luglio 2003 consid. 2.1.1; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in BJM 1989, p. 30ss.). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10 p. 33 ss. e RAMI 1999 U 356 p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. In una sentenza 8C_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve, a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. Trattandosi invece di perizie affidate dagli assicuratori sociali, durante la procedura amministrativa, a medici esterni all'amministrazione o a servizi specializzati indipendenti, esse godono di piena forza probatoria, a condizione che non esistano indizi concreti che ne mettano in dubbio l'affidabilità (cfr. STF 8C_862/2014 del 2 aprile 2015 consid. 3.2 e riferimenti ivi citati). Per quel che concerne il valore probante di un rapporto medico, determinante è che esso sia completo sui temi sollevati, che sia fondato su esami approfonditi, che tenga conto delle censure sollevate dalla persona esaminata, che sia stato redatto in piena conoscenza dell'anamnesi, che sia chiaro nella presentazione del contesto medico e che le conclusioni dell'esperto siano motivate (cfr. SVR 2002 IV Nr. 21 p. 63; DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191ss.; DTF 122 V 160 ss., consid. 1c e riferimenti). L'elemento rilevante per decidere circa il valore probante, non è né l'origine del mezzo di prova né la sua designazione quale rapporto oppure quale perizia, ma semplicemente il suo contenuto (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti). È infine utile osservare che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va, tuttavia, precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (cfr. STF I 811/03 del 31 gennaio 2005, consid. 5 in fine; STF I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV Nr. 10 p. 35 consid. 4b). 2.8. Chiamato ora a pronunciarsi nel caso di specie, attentamente vagliato l'insieme della documentazione a sua disposizione, questo Tribunale non ritiene di poter concludere, con la necessaria tranquillità, che al momento in cui

l'assicuratore resistente ha posto termine alle proprie prestazioni (gennaio 2025), i disturbi ancora presentati dall'assicurato al polso e al pollice della mano destra non fossero (più) da ricondurre all'infortunio assicurato. In questo senso, occorre innanzitutto precisare che, non essendo la decisione impugnata fondata su una perizia esterna ai sensi dell'art. 44 LPGA, 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. 2.7.). Ora, ai referti del medico interno all'amministrazione, su cui si fonda essenzialmente il provvedimento impugnato, non può essere riconosciuto un valore probatorio sufficiente per concludere, con la necessaria tranquillità, che l'evento traumatico assicurato abbia peggiorato solo transitoriamente uno stato morboso preesistente. Preliminarmente, per una maggiore comprensione, è utile precisare con l'ausilio della dottrina medica consultabile in internet alcuni termini (sull'utilizzo di internet e i suoi limiti, cfr. STF 9C_245/2024 del 5 maggio 2025 consid. 3.2; 8C_724/2021 dell'8 giugno 2022 consid. 4.1.2; I 425/06 del 6 giugno 2007 consid. 4.3). Il polso è un'articolazione complessa - in anatomia con il termine articolazione si fa riferimento ad un complesso di strutture che mantiene in contiguità due o più superfici ossee - che collega le ossa dell'avambraccio con le ossa della mano consentendone i movimenti di estensione e flessione. Esso è composto da ossa che sono tenute insieme da legamenti e che sono associate a muscoli e nervi che ne permettono la mobilità. Nello specifico, le ossa che contribuiscono a formare il polso sono le due dell'avambraccio, ulna e radio, e le otto carpali, disposte su due file e collegate fra loro da uno o più legamenti. Della fila prossimale, quella più vicina al polso, fanno parte 3 ossa: osso lunato, triquetro e osso pisiforme; della fila distale (meno vicina al polso) fanno parte quattro ossa: osso capitato, osso trapezio, trapezoide e osso amato. A queste si aggiunge l'osso scafoide, che incrocia entrambe le file. Queste ossa sono collegate grazie a numerosi legamenti che stabilizzano la posizione delle singole ossa l'una rispetto all'altra. I legamenti principali del polso sono: il legamento collaterale ulnare (o mediale), che collega l'ulna al triquetro e all'osso pisiforme e il legamento collaterale radiale (o laterale), che collega il radio allo scafoide (<https://www.gavazzeni.it/enciclopedia/anatomia-corpo-umano/polso>). I legamenti del polso possono essere classificati come estrinseci e intrinseci. I legamenti estrinseci stabilizzano il polso collegando il radio, l'ulna e le basi dei metacarpi con le ossa carpali. I legamenti estrinseci sono più spessi e più forti sul lato volare del polso. I legamenti intrinseci (interossei) collegano e stabilizzano le ossa carpali tra loro, mantenendo così le ossa carpali (e in particolare quelle della fila carpale prossimale) nella posizione corretta durante i complessi movimenti della mano. Da un punto di vista biomeccanico, i legamenti intrinseci più rilevanti del polso sono il legamento scafolunato e il legamento lunotriquetrale (<https://www.nysora.com/it/muscolo-scheletrico/polso/>). Il legamento scafo-lunato è il legamento del polso (nella parte dorsale) situato tra l'osso scafoide e l'osso semilunare, ovvero tra 2 delle 8 ossa carpali (che si trovano tra le estremità inferiori delle ossa dell'avambraccio - ovvero dell'ulna e del radio - e le 5 ossa metacarpi della mano) ed è considerato il principale stabilizzatore di queste due ossa. Questo legamento svolge una funzione fondamentale nella stabilità del carpo e una sua lesione può compromettere la biomeccanica delle ossa carpali oltre ad un'alterazione dei rapporti ossei (<https://www.clinicasanmartino.it/patologie/lesione-del-legamento-scafo-lunato>; <https://www.chimica-online.it/anatomia-umana/ossa-del-carpo.htm>; <https://radiologiaortopedica.it/node/97#:~:text=I%20legamenti%20estrinseci%20uniscono%20le,legamenti%20in%20terrossei%20della%20filiera%20distale> e

<https://www.fisioscience.it/patologie/instabilita-medio-carpale/>). È detta DISI (Dorsal Intercalated Segment Instability, ossia instabilità del segmento dorsale intercalato) la condizione in cui il legamento scafo-lunato risulta danneggiato o rotto, portando al collasso carpale, con rotazione dello scafoide e dissociazione scafo-lunata (ossia tra scafoide e semilunare) (<https://www.emcortopedia.it/articolo/1807>). Il legamento lunotriquetrale costituisce il collegamento tra l'osso semilunare (o lunato) e l'osso piramidale (o triquetro) del polso. Queste due ossa sono tra le otto che formano il carpo, la regione del polso tra l'avambraccio e la mano. Anche questo legamento rappresenta una componente chiave dell'articolazione del polso che collega due ossa del carpo, contribuendo alla sua stabilità e corretta funzionalità. Passando poi alle dita della mano, il legamento collaterale ulnare del pollice (LCU) è una struttura fibrosa che collega tra loro sul lato ulnare il primo metacarpo e la falange prossimale del pollice, stabilizzando la articolazione metacarpo-falangea di questo dito. Questo legamento è localizzato al di sotto dell'aponeurosi del muscolo adduttore del pollice e, grazie alla sua azione, consente al pollice di eseguire una presa stabile. Traumi che agiscono sul lato ulnare del primo dito deviandolo con forza nel senso opposto possono causare una lesione parziale o completa di questa struttura. Questo tipo di lesioni è frequente negli atleti, soprattutto negli sciatori in caso di cadute sulla mano aperta che tiene il bastoncino, da cui il nome "pollice dello sciatore". Essa si osserva tuttavia anche in altri sport, in caso di collisioni con una palla o con gli avversari. Più raramente la lesione del LCU è legata a ferite aperte sul lato ulnare del pollice (<https://www.clinicasanmartino.it/patologie/lesione-del-legamento-collaterale-ulnare-lcu-del-pollice>). Infine, i tendini estensori delle dita sono le strutture che connettono alle dita della mano i rispettivi muscoli, localizzati nell'avambraccio, consentendo l'esecuzione dei movimenti di estensione delle falangi. Tali tendini si trovano sul dorso della mano, subito sotto il piano cutaneo, e sono in totale 8 (un estensore per ciascun dito, più estensore breve del pollice, estensore proprio dell'indice ed estensore proprio del mignolo). La loro posizione superficiale e a diretto contatto con l'osso, li espone a lesioni anche in caso di ferite non troppo profonde. Questi tendini sono inoltre soggetti a rotture o distacchi dalla loro inserzione ossea, situata a livello della base della falange distale delle dita, per vari tipi di trauma. Ciò premesso, se da una parte è vero, come indicato dal dr. _____, che l'assicurato aveva già subito nel 1996 un infortunio che aveva coinvolto il polso e il pollice destro, dall'altra il TCA rileva che - come pure riconosciuto dal medico fiduciario - la documentazione al riguardo è tutt'altro che chiara ed esaustiva (cfr. doc. 58: "risulta un intervento a livello tendineo di cui manca una chiara documentazione ed una valutazione del decorso immediato"). Il dr. _____ stesso ha poi messo in evidenza l'esistenza di una "discrepanza fra la posizione espressa dal dott. med. _____ che riferiva di un deficit di estensione preesistente e quanto riportato successivamente nel referto del dott. med. _____ che riferisce esservi un deficit di estensione che secondo l'assicurato è peggiorato dopo l'evento". Ora, in assenza di maggiori precisazioni riguardo a quanto avvenuto in passato e alle conseguenze dell'intervento a suo tempo subito a livello del tendine estensore del I dito, a mente del TCA risulta prematuro concludere, come esposto dal dr. _____, "che un certo deficit di articolarietà fosse preesistente e comunque la situazione sia influenzata in maniera determinante dalla pregressa lesione tendinea nota in anamnesi e riferibile nel 1996" (cfr. doc. 58). Altrettanto non chiara risulta la situazione a livello del polso destro: se effettivamente, come indicato dal dr. _____, dagli ulteriori accertamenti strumentali effettuati "non è stato confermato il sospetto di una lesione del legamento scafo-lunato ipotizzata dapprima dal dott. med. _____ ed esclusa dalla RM", questo Tribunale

rileva, tuttavia, che dalla stessa RMN è stata comunque messa in luce una lesione transmurale del legamento luno-triquetrale del polso destro. Alla luce di questa lesione e in assenza di ulteriori precisazioni, non è dato capire in che misura l'assicurato presenterebbe unicamente, come ritenuto dal medico fiduciario dell'assicuratore infortuni, "degli elementi degenerativi, con estrema probabilità legati alle sequele a lungo termine della frattura di polso, consistenti in una lesione della fibro-cartilagine triangolare ed elementi di artrosi post-traumatica", mentre non vi sarebbero "chiari elementi traumatici riferibili al nuovo evento di cui si discute" (cfr. doc. 58). Questi aspetti medici poco chiari, ma fondamentali ai fini di causa, sollevano perlomeno dei lievi dubbi riguardo all'affidabilità della valutazione del medico fiduciario dell'assicuratore infortuni, e devono quindi necessariamente essere chiariti prima di potersi esprimere. Il TCA condivide, al riguardo, quanto rilevato dal dr. _____ nel referto del 21 gennaio 2025 (sul quale il dr. _____ non si è espresso, limitandosi, nell'apprezzamento medico dell'8 aprile 2025 allegato alla risposta di causa, ad indicare che "sulla situazione del polso e mano mi sono già espresso estesamente nell'apprezzamento precedente che confermo", cfr. doc. III/1), ritenendo che nel caso di specie appaia indispensabile disporre una valutazione peritale in grado di "definire quanto i disturbi ancora presenti al polso e al pollice destri siano legati al trauma dell'1.03.2024 o a precedenti traumi (riferisce un intervento di tenorrafia del tendine estensore lungo del pollice) oppure a dei processi degenerativi, viste le attività professionali del paziente" (doc. 66). Trattandosi di tematiche che necessitano di conoscenze mediche specialistiche, questo Tribunale non può (ancora) determinarsi in maniera definitiva, ma necessita di una valutazione peritale in grado di stabilire la natura traumatica o meno dei disturbi ancora risentiti dall'assicurato e, qualora non si tratti di sequele di ordine esclusivamente degenerativo, in che misura e per quanto tempo l'evento infortunistico abbia giocato un ruolo causale. In simili casi, la giurisprudenza federale prevede che va ordinata una perizia ad opera di un medico indipendente secondo la procedura di cui all'art. 44 LPGa oppure una perizia giudiziaria (cfr. STF 8C_418/2022 del 1° marzo 2023 consid. 3.1.2 e riferimento ivi citato). 2.9. In una sentenza di principio 9C_243/2010 del 28 giugno 2011, pubblicata in DTF 137 V 210, il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche rivolte alla giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; art. 72bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione. In quella pronuncia, l'Alta Corte ha pure precisato in quali casi il Tribunale cantonale deve allestire direttamente una perizia giudiziaria e in quali altri può rinviare gli atti all'assicuratore per un complemento istruttorio. Il TF ha, al riguardo, sviluppato le seguenti considerazioni: " (...). 4.4.1.1 Ist das Gutachten einer versicherungsinternen oder -externen Stelle nicht schlüssig und kann die offene Tatfrage nicht anhand anderer Beweismittel geklärt werden, so stellt sich das Problem, inwieweit die mit der Streitsache befasste Beschwerdeinstanz noch die Wahl haben soll zwischen einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung, damit diese eine neue oder ergänzende Expertise veranlasse, und der Einholung eines Gerichtsgutachtens. Das Bundesgericht hat dazu jüngst festgehalten, die den kantonalen Gerichten zufallende Kompetenz zur vollen Tatsachenprüfung (Art. 61 lit. c ATSG) sei nötigenfalls durch Einholung gerichtlicher Expertisen auszuschöpfen (BGE 136 V 376 E. 4.2.3 S. 381). Dies schliesst ein, dass die erstinstanzlichen Gerichte diese Befugnis nicht ohne Not durch Rückweisung an die Verwaltung delegieren dürfen. 4.4.1.2 Die Vorteile von Gerichtsgutachten (anstelle einer Rückweisung an die IV-Stelle) liegen in der Straffung des Gesamtverfahrens und in einer beschleunigten Rechtsgewährung. Die direkte Durchführung der 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 LPG: " Um solche Zweifel auszuräumen, wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG

eine Begutachtung veranlasst (BGE 135 V 465 E. 4.6 S. 471).” In una sentenza 8C_412/2019 del 9 luglio 2020 consid. 5.4, la Corte federale ha rinviato la causa all’assicuratore LAINF (e non al tribunale cantonale che aveva respinto il ricorso della persona assicurata) affinché disponesse l’esecuzione di una perizia ai sensi dell’art. 44 LPGA, precisando che laddove esistano dubbi circa l’attendibilità e la pertinenza della valutazione del medico fiduciario, spetta in primo luogo all’assicuratore contro gli infortuni procedere a ulteriori atti istruttori per determinare d’ufficio i fatti determinanti e, se del caso, assumere le prove necessarie prima di emanare la decisione (art. 43 LPGA): " Lorsqu’il existe des doutes sur la fiabilité et la pertinence de l’appréciation du médecin-conseil, il appartient en premier lieu à l’assureur-accidents de procéder à des instructions complémentaires pour établir d’office l’ensemble des faits déterminants et, le cas échéant, d’administrer les preuves nécessaires avant de rendre sa décision (art. 43 al. 1 LPGA; ATF 132 V 368 consid. 5 p. 374; arrêt 8C_401/209 du 9 juin 2020 consid. 5.3.3. et ses références).” (si veda pure la STF 8C_697/2019, 8C_698/2019 del 9 novembre 2020 consid. 4.1). Infine, con la pronunzia 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 STF 8C_274/2021 del 31 marzo 2023 consid. 9.3.3; STF 8C_523/2022 del 23 febbraio 2023 consid. 5.4 e riferimenti; STF 8C_731/2021 succitata consid. 4.6). Nella presente fattispecie, il TCA ritiene che siano adempiuti 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 la decisione impugnata si fonda sul parere del proprio medico interno. Per le ragioni già diffusamente esposte al considerando 2.8. , 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 LPGA) volto a stabilire se, al momento in cui l’CO 1 ha posto termine alle prestazioni (gennaio 2025) , i disturbi ancora presentati dall’assicurato fossero esclusivamente dovuti a fattori extra-infortunistici, oppure no. In seguito, facendo capo alle risultanze dell’accertamento esperito, l’amministrazione si pronuncerà di nuovo in merito al diritto alle prestazioni dal profilo materiale e temporale. 2.10. Considerato l’esito del ricorso (il rinvio con esito aperto equivale a piena vittoria, cfr., da ultimo, STF 8C_859/2018 del 26 novembre 2018 consid. 5 con rinvio a DTF 137 V 210 consid. 7.1 p. 271 e riferimento), l’assicuratore verserà all’insorgente, rappresentato da un avvocato, l’importo fr. 2’500 (IVA inclusa) a titolo d’indennità per ripetibili . 2.11. 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.