

GR_GERICHTE S 2017 48 vom 26. Juni 2018

GR Gerichte, 2018-06-26, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2017_48

FR: GR_GERICHTE S 2017 48 du 26 juin 2018

IT: GR_GERICHTE S 2017 48 del 26 giugno 2018

Regeste

prestazioni assicurative LAINF | Unfallversicherung

Erwägungen

E. 1

Ai sensi dell'art. 56 della legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA; RS 830.1), le decisioni su opposizione e quelle contro cui un'opposizione è esclusa possono essere impugnate mediante ricorso. Se l'assicurata è domiciliata all'estero, è competente il tribunale delle assicurazioni del Cantone dell'ultimo domicilio o in cui il suo ultimo datore di lavoro aveva domicilio; se non è possibile determinare alcuna di queste località, la competenza spetta al tribunale delle assicurazioni del Cantone in cui ha sede l'organo d'esecuzione (art. 58 cpv. 2 LPGA). Per il resto, ogni Cantone istituisce un tribunale delle assicurazioni per giudicare come istanza unica i ricorsi in materia di assicurazioni sociali (art. 57 LPGA) e nei Grigioni tale istanza di ricorso è il Tribunale amministrativo, in virtù di quanto previsto all'art. 49 cpv. 2 lett. a della legge sulla giustizia amministrativa (LGA; CSC 370.100). Nell'evenienza, la ricorrente ha domicilio all'estero e il suo ultimo datore di lavoro ha sede a X._____ (GR), per cui è data la competenza territoriale del tribunale delle assicurazioni del Cantone dei Grigioni. La legittimazione (cfr. art. 59 LPGA) della ricorrente è certa essendo direttamente toccata dal rifiuto delle prestazioni a titolo di infortunio

- 5 - deciso. Rispondendo alle condizioni di forma ed essendo tempestivo (cfr. art. 60 LPGA) il ricorso è dunque ricevibile. 2.1. Formalmente, l'assicurata lamenta una violazione del diritto di audizione, non essendole stata trasmessa tutta la documentazione medica richiesta e avendo gli esperti risposto solo alle domande formulate dall'assicuratore infortuni e non anche a quelle dell'istante. Per costante giurisprudenza, dal diritto di essere sentito - esplicitamente disciplinato all'art. 29 cpv. 2 della Costituzione federale (Cost.; RS 101) - deve in particolare essere dedotto il diritto dell'interessata di esprimersi su tutti i punti essenziali di un procedimento prima della resa di una decisione sfavorevole nei suoi confronti (DTF 133 I 277 cons. 3. 1, 126 I 16 cons. 2a/aa, 124 I 51 cons. 3a), di fornire prove riguardanti i fatti suscettibili di influire sul provvedimento, di poter prendere visione dell'incarto, di partecipare all'assunzione delle prove, di prenderne conoscenza e di determinarsi in proposito (DTF 132 V 370 cons. 3. 1 e riferimenti). In sostanza, il diritto di essere sentito, quale diritto di partecipazione al procedimento, comprende tutte quelle facoltà che devono essere riconosciute a una parte affinché possa efficacemente far valere la propria posizione nella procedura (DTF 135 II 286 cons. 5. 1). In quanto garanzia costituzionale di natura formale, la violazione del diritto di audizione implica l'annullamento della decisione impugnata, indipendentemente dalle possibilità di successo di fondo del ricorso (DTF 137 I 195 cons. 2.2, 135 I 187 cons. 2.2 e rinvii nonché 121 I 330

cons. 2a). Anche però in caso di violazione del diritto di audizione un sanamento del vizio è possibile. Conformemente alla consolidata prassi sviluppata dal Tribunale amministrativo a questo riguardo (PTA 1996 no. 107 e 1997 no. 7), se la ricorrente ha avuto la possibilità di proporre i propri argomenti davanti ad un'istanza che gode di piena cognizione, se la lesione in questione è da qualificarsi come non grave e se dal ritorno degli atti all'autorità inferiore non è dato attendersi altro che un semplice dispendio procedurale fine a se stesso, il vizio va considerato sanabile in

- 6 - questa sede (DTF 137 I 195 cons. 2.3.2, 136 V 117 cons. 4.2.2.2 nonché 133 I 201 cons. 2.2 e sentenze del Tribunale amministrativo S 16 122, R 14 113 e 158). 2.2.

Nell'aprile 2013, l'assicurata era stata peritata dal PD dott. med. D._____, specialista in chirurgia viscerale (perizia chirurgo-viscerale del 27 gennaio 2014) e dagli specialisti in ortopedia e traumatologia Prof. dott. med. E._____ e dott. med. univ. F._____ (perizia ortopedica del 31 gennaio 2014). Il coordinamento dell'accertamento spettava al Prof. dott. med. G._____ e al dott. med. H._____, specialisti in neurologia, che accanto alla loro indagine neurologica stilavano pure in un unico documento anche l'esito interdisciplinare dell'indagine (qui di seguito perizia neurologica/interdisciplinare del 22 maggio 2014). Nell'ottica del diritto di audizione e della trasmissione degli atti, va rilevato che l'invio della documentazione medica era avvenuta nel giugno 2014 all'attenzione dell'allora patrocinatore dell'assicurata, anche se la perizia neurologica sembrava essere stata trasmessa in un secondo tempo (vedi e-mail dell'11 giugno 2014). In realtà, essendo la perizia neurologica parte integrante della relazione interdisciplinare, è probabile che l'assenza di una perizia separata abbia dato adito a dei malintesi. Dalla presa di posizione del 22 luglio 2014 di questo patrocinatore all'attenzione della convenuta in ricorso, emerge però in modo inconfutabile che tutte e tre le perizie erano state trasmesse al legale, il quale le contestava singolarmente nei dettagli, iniziando dalla "valutazione da parte del Prof. Dr. med. D._____ per poi passare a quella ortopedico-traumatologica e infine a quella neurologica (vedi comunicazione del 22 luglio 2014). Altri atti o reperti medici oltre a quelli trasmessi non ne venivano richiesti. Al più tardi pertanto nel luglio 2014, il rappresentante dell'istante era in possesso, oltre alle due altre perizie, anche della contestata perizia neurologica (recte: neurologica/interdisciplinare). Non è allora dato parlare di una violazione del diritto di audizione quanto alla trasmissione delle perizie all'incarto.

- 7 - 2.3. Nel novembre 2014, la nuova patrocinatrice subentrava al precedente rappresentante legale e doveva pertanto lasciarsi opporre quanto avvenuto in precedenza. In realtà con la richiesta di trasmissione dell'intero incarto, la nuova patrocinatrice sembra supporre che alcune delle risultanze delle indagini mediche condotte non fossero state debitamente portate a conoscenza di controparte. Con l'edizione in data 30 agosto 2017 dei rapporti del 22 maggio e del 31 gennaio 2014 messi a disposizione dalla Clinica Universitaria di Zurigo, all'istante è stata inviata nuovamente copia dell'eventuale ulteriore documentazione riguardante le indagini eseguite a Zurigo su incarico dell'assicuratore infortuni. Il fatto che la perizia chirurgo-viscerale del 27 gennaio 2014 non fosse tra tali documenti (probabilmente perché redatta presso un altro nosocomio) è ai fini del giudizio irrilevante avendo il precedente legale già espressamente preso posizione al riguardo e non avendo l'istante neppure richiesta l'edizione di tale documento davanti al Tribunale amministrativo. Basti comunque ricordare che dall'argomentazione medica fornita già nell'ambito del ricorso stesso, traspare come il contenuto di detta valutazione fosse debitamente noto all'istante. Anche gli esami eseguiti in sede d'indagine pluridisciplinare

trovano riscontro nelle rispettive relazioni parziali per cui anche a questo riguardo non è dato parlare di violazione del diritto di audizione, anche se il coordinamento degli esami non si è magari svolto in modo del tutto ottimale e la richiesta della documentazione medica presso l'ospedale universitario di Zurigo si è rivelata più complicata del previsto. 2.4. Formalmente, per quanto ha tratto al diritto di audizione, viene poi censurata la mancata presa di posizione degli esperti sulle 12 domande sottoposte loro dell'istante, accanto alle domande peritali formulate dall'assicuratore infortuni. La pretesa è attualmente infondata. Nella decisiva perizia neurologica/interdisciplinare datata 22 maggio 2014,

- 8 - nell'ambito della quale vengono discusse e analizzate tutte le risultanze delle precedenti indagini neurologiche, ortopedico-traumatologiche e chirurgo-viscerali, alle pagine 22-24, gli esperti rispondevano alle 12 domande formulate dall'istante dopo aver preso posizione sulle domande poste dall'assicuratore infortuni. Del resto anche nella valutazione neurologica del 27 gennaio 2014, le risposte dell'esperto alle 12 domande dell'istante si leggono alle pagine 5-6. È invece vero che dall'esame ortopedico-traumatologico non risultano trattate le domande poste da parte della paziente. Poiché però le domande dell'istante hanno trovato risposta nella relazione interdisciplinare del 22 maggio 2014 - che giusta quanto precisato al punto 18 a pag. 24 era stata letta e le cui conclusioni erano condivise da tutti coloro che avevano steso le specifiche perizie parziali - prima dell'emanazione della decisione di rifiuto di prestazioni, non è ravvisabile a questo proposito alcuna violazione del diritto di audizione. 3.1. Come già nell'ambito del precedente giudizio, la controversia verte sulla questione di sapere se all'assicurata sia stata giustamente rifiutata la copertura assicurativa a titolo d'infortunio per l'intervento operatorio eseguito nel febbraio 2005 e le eventuali conseguenze dello stesso. 3.2. Nell'ambito del precedente giudizio sono già state richiamate le basi legali e giurisprudenziali per ammettere l'esistenza di un infortunio giusta la normativa in materia d'infortuni. Basti allora precisare che ai sensi dell'art.

E. 6

cpv. 1 della legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF; RS 832.20), per quanto non previsto altrimenti dalla legge, le prestazioni assicurative sono effettuate in caso d'infortuni professionali, d'infortuni non professionali e di malattie professionali. L'assicurazione effettua inol- tre prestazioni per lesioni causate all'infortunata durante la cura medica (cpv. 3). In ottemperanza a quanto stabilito all'art. 10 dell'ordinanza sull'assicurazione contro gli infortuni (OAINF; RS 832.202), l'assicurata ha

- 9 - in particolare diritto alle prestazioni anche per lesioni corporali occorse durante un esame medico ordinato dall'assicuratore o reso necessario da altre circostanze. Ai sensi dell'art. 4 LPGA, è considerato infortunio qualsiasi influsso dannoso, improvviso e involontario, apportato al corpo umano da un fattore esterno straordinario che comprometta la salute fisica, mentale o psichica o provochi la morte (DTF 129 V 404 cons. 2.1 e 122 V 232 cons. 1 con riferimenti). Per essere qualificato quale conseguenza di un infortunio, il danno alla salute deve, tra l'altro, scaturire dall'azione di un fattore esterno straordinario. Dalla definizione di infortunio emerge che il carattere straordinario del fattore esterno concerne soltanto il fattore medesimo e non gli effetti dello stesso. Irrilevante, ai fini dell'esame del requisito dell'esistenza di un fattore esterno straordinario, è, quindi, la circostanza che il fattore abbia determinato conseguenze gravi o inaspettate. L'evento è straordinario quando eccede l'ambito degli eventi e delle situazioni che, oggettivamente, devono essere ritenuti come quotidiani o usuali (DTF 129 V 404 cons. 2.1 e 122 V 233

cons. 1, 121 V 38 cons. 1a con riferimenti) sulla base di circostanze oggettive (RAMI 1999 no. U 333 pag. 198 cons. 3a; DTF 122 V 233 cons. 1 e 121 V 38 cons. 1a con riferimenti).
3.4. La questione del carattere di fattore esterno straordinario di un atto medico deve essere risolta in base a criteri medici oggettivi (sentenza del Tribunale federale 8C_947/2012 del 13 febbraio 2013 cons. 3.2 e riferimenti). Secondo la giurisprudenza il carattere straordinario di una tale misura dev'essere ammesso dando prova di una certa severità di giudizio. È infatti necessario che, tenuto conto delle circostanze del caso concreto, l'atto medico si scosti considerevolmente dalla pratica medica corrente e che implichi, per questo motivo, oggettivamente dei grossi rischi (DTF 121 V 35 cons. 1b, 118 V 61 cons. 2b e 284 cons. 2b). Il trattamento di una malattia non dà diritto al versamento di prestazioni dell'assicurazione infortuni, ma un errore nella cura può, a titolo eccezionale, essere

- 10 - costitutivo di un infortunio, se si tratta di confusione oppure di imperizia grossolana e straordinaria, oppure di un pregiudizio intenzionale, con cui nessuno conta né deve contare (RAMI 2000 no. U 407 pag. 404-405 cons. 2; DTF 121 V 38 cons. 1b e riferimenti). In tale contesto va precisato che l'indicazione di un intervento chirurgico, non è un criterio giuridicamente pertinente per stabilire se un atto medico corrisponde alla definizione legale di infortunio (DTF 121 V 38 cons. 1b e 118 V 282 cons. 2b e sentenza del Tribunale federale 8C_283/2014 del 2 settembre 2014). La nozione di errore medico accidentale non va quindi estesa a ogni errore medico, in quanto si correrebbe il rischio di far assumere all'assicurazione contro gli infortuni non professionali il ruolo di un'assicurazione responsabilità civile a favore di fornitori di prestazioni mediche (RAMI 2000 no. U 407 pag. 404). Infine l'esistenza di un infortunio ai sensi della relativa legge federale sarà stabilita indipendentemente dalla questione di sapere se l'infrazione alle regole dell'arte di cui risponde il medico implichi una responsabilità civile o di diritto pubblico. Le stesse considerazioni valgono in caso di pronuncia di un giudizio penale che condanna il comportamento del medico (DTF 121 V 39 cons. 1b e riferimenti). Per la casistica può in questa sede essere fatto riferimento al precedente giudizio S 10 149 cons. 2c. 4.1. In materia di prove, l'esistenza di un rapporto di causa-effetto tra l'infortunio e il danno alla salute deve essere comprovato con il necessario grado della probabilità preponderante. La sola possibilità di una relazione causale non basta per giustificare un diritto a prestazioni. Se l'esistenza di una relazione causale con l'infortunio non può essere definita probabile nel caso particolare, il diritto a prestazioni deve essere rifiutato (DTF 129 V 181 cons. 3.1 e riferimenti). In caso di assenza di prove, la decisione è sfavorevole a quella parte che cerca di derivare un diritto da una circostanza rimasta indimostrata (DTF 119 V 337 cons. 1, 118 V 286 cons. 1b).

- 11 - 4.2. Quanto alla valenza probatoria di un rapporto medico, determinante, secondo la giurisprudenza, è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate (DTF 134 V 231 cons. 5.1 e 125 V 351 cons. 3a). Decisivo quindi per stabilire se un rapporto medico abbia valore di prova non è tanto la sua origine o la sua denominazione, ad esempio, quale perizia o rapporto (DTF 143 V 124 cons. 2.2.2, 125 V 351 cons. 3a, 122 V 157 cons. 1c). La giurisprudenza ha comunque reputato conciliarsi con il principio del libero apprezzamento delle prove lo sviluppo di alcune direttive in relazione a ben determinate forme di attestazioni mediche (DTF 125 V 351 cons. 3b e 118 V 286 cons. 1b).

Così alle perizie specialistiche esterne - affidate da un assicuratore privato in sede di istruttoria amministrativa a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini accurate e improntate su di una approfondita indagine e analisi della situazione clinica, stese dopo aver preso visione di tutta la documentazione medica e che giungono a risultati concludenti - va riconosciuto pieno valore probatorio se non vi sono indizi concreti che depongano avverso l'attendibilità della valutazione operata (DTF 137 V 210 cons. 1.3.4 e 125 V 351 cons. 3b/bb). A proposito delle attestazioni del medico curante, la Corte federale ha già ripetutamente stabilito che il giudice può ritenere, secondo la generale esperienza della vita, che, nel dubbio, alla luce del rapporto di fiducia esistente con la paziente, egli tenda ad esprimersi a favore del suo cliente (DTF 135 V 465 cons. 4.5, 125 V 351 cons. 3b/cc, 124 I 170 cons. 4 e VSI 2001 pag. 109 cons. 3b/cc [I 128/98]). Nella 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

- 12 - 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 (DTF 135 V 465 cons. 4.4, 125 V 351 cons. 3b/bb e 122 V 157 cons. 1c). Se infine 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 (sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 673/00 dell'8 ottobre 2002 cons. 3.3). 4.3. L'istante qualifica la perizia richiesta dell'assicuratore infortuni come una perizia di parte, già per il fatto che non sarebbero state fornite le risposte alle domande poste da ambo le parti, bensì solo a quella dell'assicuratore infortuni. Per quanto esposto in precedenza, quest'ultima censura non è però fondata. Prima che venissero nuovamente negate alla ricorrente le prestazioni a titolo di infortunio, nella perizia neurologica/interdisciplinare del 22 maggio 2014 gli esperti prendevano posizione su tutte le domande formulate da ambo le parti. Per il resto l'indagine interdisciplinare si fonda sulla integrale anamnesi dell'assicurata, su di una pluralità di visite in presenza di un traduttore e sugli esami ritenuti utili dagli esperti. Non vi sono allora motivi formali per considerare che gli accertamenti ordinati dall'assicuratore infortuni presso dei medici specializzati riconosciuti non abbiano piena forza probatoria (DTF 123 V 176, 122 V 161 e 104 V 212). Come giustamente rilevato dall'assicuratore infortuni, con la trasmissione degli atti alla convenuta in ricorso da parte del Tribunale amministrativo nell'agosto 2011, il precedente procedimento S 10 149 si è concluso. Per questo gli accertamenti in seguito ordinati dall'assicuratore infortuni non possono essere qualificati come di parte nell'ambito di un procedimento giudiziario. La questione di sapere se la perizia interdisciplinare del 22 maggio 2014 soddisfi anche i presupposti materiali (conclusioni logiche e improntate su accertamenti approfonditi ecc.) sarà oggetto delle

- 13 - considerazioni che seguono. Non vi sono però motivi per ritenerla, nell'accezione dell'istante, come una perizia di parte priva dei necessari canoni di oggettività o di imparzialità. 5.1. Non è contestato che l'istante fosse stata operata per una sospetta ernia femorale che in seguito non si è rivelata tale. In base agli accertamenti supplementari condotti nell'aprile 2013, gli esperti giungevano alla conclusione che l'assicurata soffriva di due distinte patologie, l'una a livello dell'anca e, l'altra, in sede inguinale superficiale. I dolori più profondi e molto probabilmente anche all'origine dei disturbi che avevano portato la ricorrente al pronto soccorso nel febbraio 2005, venivano dagli ortopedici attribuiti ad

una sindrome da impigment (mixed type) a livello dell'anca (perizia interdisciplinare/neurologica pag. 15). Mentre a livello dell'inguine i disturbi erano imputabili ad una sindrome da dolore neuropatico. 5.2. L'istante contesta le conclusioni diagnostiche a livello dell'anca sulla base della relazione del 5 luglio 2016 e dell'aggiunta del 20 settembre 2017 del dott. med. I._____, specialista in medicina delle Assicurazioni. Questo medico interpretando le immagini della MRI eseguita il 10 aprile 2013 non riteneva "di poter escludere la persistenza di esiti di pregressa frattura", come confermerebbero pure gli esami radiologico e radiografico del 1. e 3 agosto 2017. Va in primo luogo precisato che in termini di prove, il fatto di non poter escludere la persistenza di esiti di pregressa frattura non è proprio a comprovare alcunché. Come si è detto in precedenza, affinché un fatto possa essere ritenuto comprovato il suo verificarsi deve essere non solo supposto o considerato possibile, bensì altamente probabile. In questo senso il sospetto avanzato dal dott. med. I._____ non è atto a comprovare quanto preteso dall'istante. Relativamente a questa problematica, dagli esami radiologici eseguiti, gli esperti zurighesi ritenevano semplicemente di non trovare segni di recenti fratture

- 14 - traumatiche ossee (vedi perizia ortopedica pag. 39) a livello del coccige e sinfisi mediana. Per contro, dalla valutazione fatta a livello dell'anca destra gli esperti in ortopedia escludevano la presenza di lesioni ossee, (vedi perizia ortopedica pag. 40), anche se la diagnosi posta dai periti era propriamente riferita ad un conflitto femoro-acetabolare (impigment) nell'ambito del quale rilevavano un danno al labrum nel quadrante anterosuperiore (vedi discussione della MRI dell'anca del 10 aprile 2013 nella perizia interdisciplinare/neurologica a pag. 12 e 13). Non è allora dato concludere, come pretende l'istante, che i dolori lamentati a suo tempo dall'istante fossero da imputare ad una frattura dell'acetabolo. Ad una simile conclusione non giunge neppure il dott. med. I._____, che non esclude semplicemente la persistenza di esiti di una pregressa frattura, senza specificare oltre tale supposizione. Anche dagli esiti della radiografia eseguita il 1. agosto 2017 e nell'ambito della quale veniva evidenziata una "pregressa frattura del fondo acetabolare (nessuna documentazione clinica e/o radiografica condotta per inquadramento/ confronto)" non è dato trarre le conclusioni che pretende l'istante, in quanto tale accertamento non comprova che sia stata tale frattura (non confermata in ambito pluridisciplinare) all'origine dei disturbi lamentati dall'assicurata nel febbraio 2005. Per i motivi che verranno esposti in seguito comunque, anche nella denegata ipotesi che la tesi proposta dall'istante fosse difendibile, il risultato del caso concreto non cambierebbe. 5.3. Per questo Giudice, la teoria sostenuta dagli esperti zurighesi quanto alle due patologie che affliggono la paziente è convincente. Nella misura in cui l'istante ritiene che i dolori lamentati dopo l'intervento siano interamente da ascrivere all'operazione, essa sembra però fare propriamente astrazione del fatto che erano state delle terribili fitte in sede inguinale e irradianti al basso ventre ad averla condotta al pronto soccorso nel febbraio 2005. Essendo stata operata per un'ernia che non si è rivelata

- 15 - tale, sembrerebbe logico che a seguito dell'operazione i dolori per i quali era avvento il ricovero non potessero essere semplicemente regrediti o scomparsi completamente. In questo senso occorre partire dal presupposto che la sintomatologia patita dall'istante dopo l'intervento del febbraio 2005 non fosse riconducibile solo e unicamente al trattamento subito, come da sempre preteso dall'assicurata, ma che parte dei dolori siano la conseguenza della sindrome da impigment a livello dell'anca. Che all'epoca l'istante si fosse recata al pronto soccorso per una frattura acetabolare appare possibile, ma non probabile. Se gli

improvvisi dolori lamentati dall'assicurata il giorno del suo ricovero (che l'avrebbero addirittura fatta cadere) fossero effettivamente da ricondurre alla frattura acetabolare, è difficilmente spiegabile il decorso postoperatorio, che permetteva una dimissione dal nosocomio in data 12 febbraio 2005 in buono stato generale (letteralmente giusta la cartella clinica: Pat. geht nach Hause hat's gut). Anche il persistere dei disturbi a livello dell'anca ad anni di distanza dalla pretesa frattura sembra più propriamente supportare la diagnosi posta dagli esperti zurighesi quanto al sussistere di una sindrome da impigment a livello dell'anca.

E. 6.1

Nell'ambito del precedente giudizio S 10 149, la questione di sapere se l'indicazione per procedere all'intervento fosse data o meno era controversa in quanto vi erano agli atti due pareri opposti. Per il dott. med. K._____ (vedi relazione del 18 settembre 2009), in considerazione dei persistenti dolori della paziente che l'avevano spinto al pronto soccorso, dopo la valutazione clinica e gli ulteriori esami strumentali (sonografia) che lasciavano presumere la presenza di un'ernia femorale e considerato che tale patologia avrebbe potuto trasformarsi in un'ernia incarcerata letale per la paziente, l'intervento era considerato sorretto da motivi oggettivi. Nel complemento 4 marzo 2010, detto chirurgo riteneva che vi fossero addirittura elementi per considerare che la presunta ernia femorale fosse già incarcerata a seguito della sintomatologia presentata

- 16 - dalla paziente. Per il chirurgo dott. med. L._____ (relazione del 17 febbraio 2010) sulla scorta della documentazione prodotta e delle dichiarazioni della paziente, che non era stata visitata e senza il compimento di alcuna manovra a livello del canale inguinale destro, i chirurghi avrebbero inopinatamente deciso di intervenire d'urgenza, sulla base di un semplice esame ecografico, mentre notoriamente la diagnosi di ernia inguinale si baserebbe fondamentalmente sull'esame clinico, mentre gli accertamenti strumentali sarebbero solo un corollario all'esame obiettivo.

E. 6.2

Su questa precisa questione, il parere espresso dagli esperti che hanno visitata la paziente su incarico dell'assicuratore infortuni è unanime: in base alla sintomatologia lamentata e agli esami eseguiti l'indicazione per procedere ad un intervento d'urgenza era da ritenersi data. I dolori lamentati dall'istante erano iniziati alcuni giorni prima e avevano acquisito una forza tale da non permetterle più di camminare, motivo per cui l'assicurata aveva deciso di recarsi al pronto soccorso. I fortissimi dolori fatti valere dalla paziente alla sua entrata in ospedale, la forte dolenzia alla palpazione nella zona inguinale con radiazione dei dolori nella coscia e basso ventre e l'esito dell'ecografia (vedi rapporto di dimissione del 14 febbraio 2005) erano dagli esperti considerati degli indicatori per una eventuale ernia femorale. In particolare l'ecografica dell'8 febbraio 2005 mostrava una zona di tessuto anomalo, posta ventralmente rispetto al femore, dal diametro medio di 3.5 cm x 2.5 cm e di lunghezza di 6 cm, che da un punto di vista sono-morfologico era per il radiologo qualificabile come un'ernia femorale (vedi rapporto del 9 febbraio 2005 sottoscritto dal dott. med. M._____), del resto la sonografia era stata eseguita per una sospetta ernia femorale. Considerato che questa diagnosi era stata posta dal dott. med. M._____, primario in radiologia dell'ospedale in questione, gli esperti reputano di grande rilevanza l'esito dell'esame sonografico e concludevano che sintomatica e reperti fossero propri a giustificare le

- 17 - conclusioni tratte dal chirurgo quanto alla presenza di un'ernia incarcerata, diagnosi che avrebbe potuto essere letale per la paziente senza un intervento d'urgenza. A mente

degli esperti chiamati a determinarsi sull'indicazione oggettiva per procedere all'intervento: dal punto di vista chirurgico l'indicazione per un'operazione d'urgenza era in tali condizioni difendibile. Dal punto di vista ortopedico sarebbero però entrate in considerazione anche altre patologie, giacché i sintomi lamentati dalla paziente avrebbero potuto avere la loro origine anche da patologie dell'anca (vedi perizia neurologica/interdisciplinare pag. 19 s.). Come poi precisato dagli esperti, un'ernia in sede inguinale viene diagnosticata *lege artis* tramite un esame clinico ovvero una indagine manuale, come la palpazione, esame che nell'evenienza (contrariamente a quanto preteso dal dott. med. L. _____ il 17 febbraio 2010) è stato eseguito dato che dalla cartella clinica risulta che la palpazione era fortemente dolente. Se però clinicamente la diagnosi non è confermabile il successivo esame è propriamente quello sonografico (vedi perizia neurologica/interdisciplinare pag. 23). Va poi rilevato che soprattutto nei soggetti femminili, i tipici sintomi dell'ernia femorale quali il gonfiore e i dolori in sede inguinale possono essere completamente assenti (neurologica/interdisciplinare pag. 23). La pretesa sostenuta dalla ricorrente e stando alla quale gli esami condotti non avrebbero potuto portare all'intervento effettuato non meritano pertanto protezione.

E. 6.3

Per l'istante sarebbero in ogni caso stati necessari ulteriori accertamenti prima di intervenire. Per gli esperti la risposta è negativa, in quanto l'indicazione per un intervento d'urgenza - in base ai sintomi e alle risultanze dell'ecografia - era data, senza che fosse necessariamente indicato procedere ad ulteriori accertamenti (vedi perizia neurologica/interdisciplinare pag. 20). Visto il parere espresso dagli esperti a questo proposito, anche nella denegata ipotesi che l'origine dei disturbi della paziente fosse da ricondurre a una frattura acetabolare, è

- 18 - puramente teorico pretendere che un eventuale esame radiologico avrebbe permesso di evidenziare la pretesa rottura e quindi di ovviare all'intervento. È però vero che gli esperti avevano ritenuto che l'esame radiologico non avrebbe comunque permesso di chiarire la situazione, partendo dalla diagnosi da essi posta e non prendendo in considerazione, come lo fa l'istante, la rottura dell'acetabolo. La qui determinate questione è però quella di sapere se a seguito dei sintomi lamentati e dell'esame sonografico andassero o meno eseguiti secondo la prassi medica necessariamente altre indagini e a tale questione gli esperti rispondevano negativamente (vedi perizia neurologica/interdisciplinare pag. 20). Come è stato esposto in precedenza, il solo fatto di intervenire su di una paziente per una patologia che in seguito non si rivela tale non costituisce un errore medico in difetto del fattore esterno straordinario, a meno che si possa parlare di grossolana imperizia, grave negligenza e quindi di un'intervenzione del tutto inusuale o estranea alla prassi medica. Nel caso in oggetto forza è di constatare che tali condizioni non sono date. Il diverso parere espresso dal dott. med. I. _____ non apporta alcun elemento oggettivo ai fini della controversia. L'esperto sembra infatti criticare l'operato del chirurgo più in funzione dell'esito dell'intervento che sulla base di criteri medici oggettivi. In termini infortunistici e non di responsabilità del medico però, la critica generalizzata e priva di concretezza pratica formulata nella relazione del dott. med. I. _____ non è atta né a mettere in dubbio le conclusioni peritali né a comprovare una grave violazione della prassi medica. A seguito della sintomatica lamentata e della diagnosi posta dall'esame ecografico vi erano per gli esperti sufficienti elementi per porre la diagnosi di ernia (vedi perizia neurologica/interdisciplinare pag. 22), e quindi era del tutto difendibile che il chirurgo in una simile situazione di dolori acutissimi concludesse

alla presenza di un ernia incarcerata e optasse per un intervento d'urgenza senza compiere ulteriori indagini. In caso di sospetta ernia incarcerata la tempestività e precisione dell'intervento sono fondamentali per ovviare a

- 19 - conseguenze che per la paziente potrebbero essere letali (occlusioni intestinali o necrosi). Partendo dal presupposto che potesse trattarsi di un'ernia incarcerata, occorre quindi in questa sede condividere il parere degli esperti e negare chiaramente il prodursi di un errore medico (vedi perizia neurologica/interdisciplinare pag. 19 s.).

E. 6.4

Relativamente all'intervento, la ricorrente ritiene comunque che lo stesso sia stato di tipo troppo invasivo rispetto ai metodi d'intervento usuali. Queste critiche esulano però in gran parte da quella che è la nozione di infortunio in ambito medico, giacché il tema principale riguarda grossolana imperizia o grave negligenza e non metodi di intervento diversi da altri. Per la ricorrente, il chirurgo sarebbe partito da un ernia inguinale e avrebbe poi cercato un'ernia femorale, staccando l'obliquo interno del legamento inguinale. In realtà, la diagnosi che aveva giustificato il pronto intervento chirurgico era una sospetta ernia femorale (vedi il sospetto prima dell'esame sonografico dell'8 febbraio 2005 e la relazione operatoria dell'8 febbraio 2005) e la sua incarcerazione. In ogni caso poi, la localizzazione dell'ernia inguinale o femorale riguarda in ambedue i casi zone vicine per cui il fatto che il chirurgo durante l'intervento evocasse l'assenza di un'ernia inguinale per poi passare alla verifica di quella femorale, non può essere criticato come una ingiustificata estensione dell'intervento, essendo lo stesso stato eseguito per ernia femorale e non inguinale come pretende l'istante. Per gli incaricati dell'esame pluridisciplinare dalla relazione operatoria risulta che l'agire del chirurgo sia stato adeguato e che non fosse indicata alcuna estensione dell'intervento, dilazione che non sarebbe del resto neppure avvenuta (perizia neurologica/interdisciplinare pag. 23). Anche la critica rivolta al tipo di ricostruzione secondo McVay, che l'istante riterrebbe non solito, non appare giustificata, trattandosi incontestabilmente di una procedura di ricostruzione a punti staccati impiegata per simili interventi.

- 20 - A questo proposito il parere espresso dai medici è convincente e non vi sono motivi per ritenere giustificata la critica di parte ricorrente. 7.1. Anche se l'intervento di ernia femorale non configura un errore medico nel senso della giurisprudenza LAINF, resta da stabilire se durante tale intervento sia intervenuta una lesione causata da infortunio giusta quanto sancito all'art. 6 cpv. 3 LAINF. Contrariamente a quanto sembra pretendere l'assicurata, non tutte le lesioni causate durante la cura medica vanno a carico dell'assicurazione infortuni, bensì solo quelle causate da infortunio, ovvero quelle che per il loro carattere straordinario esulano del contesto del normale trattamento della patologia, comprese le sue ordinarie complicazioni. Nell'ambito del precedente giudizio, questo Tribunale aveva ritenuto doveroso stabilire di quale affezione soffrisse la paziente a seguito dell'infortunio, onde poter eventualmente stabilire se le conseguenze riportate dall'istante durante l'operazione per sospetta ernia femorale fossero o meno frutto di un errore medico (vedi sentenza S 10 149). Per l'istante, durante l'intervento sarebbe stato leso il nervo ileoinguinale o quello genito-femorale e quindi si sarebbe verificato un infortunio di cui l'assicuratore convenuto sarebbe tenuto a rispondere. Già nel precedente giudizio era emersa la grande difficoltà a poter stabilire di quale patologia soffrisse la paziente a seguito dell'intervento subito in quanto le diagnosi poste erano alquanto differenziate: sieroma postoperatorio, ematoma o ganglioma, compressione di un nervo, infiammazione della borsa ileopettinea, lesione della parte anteriore dell'anca, neuroma cicatriziale o lesione di

un nervo nel senso di una neurite del nervo ileoinguinale o genito-femorale. Contrariamente al parere dell'istante, dall'insieme della documentazione medica prodotta nell'ambito del precedente giudizio S 10 149 una conclusione sull'origine dei disturbi non era possibile con il necessario grado della probabilità preponderante, per cui non giova chinarsi oltre su tali reperti medici o pretendere di voler attribuire a dette valutazioni in questa sede un valore

- 21 - che non era stato riconosciuto loro nel precedente giudizio. Se dalla documentazione medica prodotta nell'ambito del giudizio precedente fosse stato possibile trarre una conclusione, il ricorso sarebbe stato accolto e l'incarto non sarebbe stato rinviato per nuovi accertamenti. Non giova pertanto soffermarsi e rivalutare oltre tali precedenti reperti. 7.2. Gli ulteriori esami eseguiti a Zurigo non hanno permesso di supportare la tesi di ricorso quanto ad una lesione del nervo ileoinguinale o genito-femorale o comunque al verificarsi di un grave pregiudizio all'integrità fisica dell'istante a seguito di errore medico durante l'operazione. Per l'assicurata, gli accertamenti andrebbero già disattesi, non essendo stata operata la necessaria elettromiografia. Anche questa censura si rivela infondata. Vada in primo luogo rilevato che l'assicurata, prima di essere visitata dai neurologi Prof. dott. med. G._____ e dott. med. H._____ era già stata esaminata dal dott. med. N._____ il 29 aprile 2005 e dal dott. med. O._____ nel 2007, senza che fosse possibile comprovare con il necessario grado della probabilità preponderante la presenza di una lesione del nervo ileoinguinale. Anche la tesi del dott. med. L._____ (relazione del 17 febbraio 2010), stando alla quale la caratteristica del dolore in relazione alla topografia locale della regione inguinale destra sarebbe bastata per concludere alle lesione del nervo genito-femorale, non poteva essere ritenuta convincente. Pretendere come fa l'istante che i neurologi abbiano ommesso l'esame determinante è in queste condizioni pretestuoso. In ogni caso, contrariamente a quanto ritiene l'istante, non è scontato che l'esame elettromiografico sia quello meglio atto a dimostrare una simile patologia. Le teorie al riguardo non sono unanimi. In generale, è però ammesso che la diagnosi di tale tipo di lesione possa essere fatta sulla base di infiltrazione di anestetico locale con o senza steroidi, che dovrebbe dare sollievo entro dieci minuti, mentre nessuna tecnica elettromiografica ad oggi è utile per la diagnosi di lesione di questo nervo (vedi sulla questione i differenti pareri espressi sui

- 22 - <http://www.dietaesaluteonline.it/post/sindrome-da-compressione-o-lesione-del-nervo-ileo-inguinale.aspx>; <https://www.gp-notebook.co.uk/simplepage.cfm?ID=x20120114174153202976> <http://dr-wilderman.com/pain-conditions/ilioinguinal-neuropathy/>; <http://www.pijn.com/en/health-care-providers/pain-diagnoses/diagnoses-per-body-region/hip-groin-leg/ilioinguinal-neuralgia/>) Anche nella loro relazione peritale, i neurologi ribadivano come a tutt'oggi non esista un esame elettrodiagnostico in grado di confermare la diagnosi di lesione del nervo genito-femorale (vedi perizia neurologica/interdisciplinare pag. 24). 7.3. Nel caso in esame, sulla base degli esami condotti, i due neurologi non ritenevano di poter concludere ad una lesione né del nervo ileoinguinale né a quella del nervo genito-femorale. L'espansione dei dolori non corrispondeva a nessuna zona periferica, centrale o radicolare rifornita dai nervi in questione e non potevano essere evidenziati deficit sensomotorici. Per una sindrome da compressione del nervo cutaneo femorale laterale (Meralgia paraesthetica) in particolare faceva difetto la tipica mancanza di sensibilità nella zona di detto nervo. La sensibilità superficiale era onnipresente e il trofismo della coscia era senza alcuna particolarità, per cui anche se il preteso dolore era di carattere "neuropatico", non poteva essere evidenziata una neuropatia. I medici sottolineavano però

una certa contraddizione tra movimenti riferiti come dolorosi all'esame manuale passivo e invece svolti senza alcuna difficoltà nella pratica (perizia neurologica/interdisciplinare pag. 15 e 16). I pretesi "esiti da lesione iatrogena del nervo genito-femorale destro con reliquata sindrome algodistrofica" diagnosticati dal dott. med. I. _____ nella propria relazione del 20 settembre 2017 non trovano conferma all'esame oggettivo svolto a Zurigo e neppure nell'ambito della RMN del 3 agosto 2017 dove viene esplicitamente precisato "non segni di algodistrofia delle teste femorali". Nell'ambito dell'esame neurologico e poi in sede pluridisciplinare veniva poi sottolineato il buon trofismo e tono muscolare

- 23 - in particolare a livello della muscolatura della coscia destra (perizia neurologica/interdisciplinare pag. 11), reperto che per inciso non conferma alcun risparmio in termini d'impiego dell'arto inferiore. In conclusione, nell'ambito dell'esame pluridisciplinare non era possibile oggettivare alcun deficit neurologico o funzionale (perizia neurologica/interdisciplinare pag. 18). Per escludere la compromissione del nervo ileoinguinale o genito-femorale nella perizia vengono poi evocate le risultanze del test della Gebapentin/neurontin e l'assenza di bruciori in zona genitale. 7.4. L'istante contesta la conclusione di cui sopra in quanto gli argomenti addotti per contestare una lesione del nervo ileoinguinale o genito-femorale sarebbero incompleti e inesatti. Vi sarebbero in primo luogo delle manifeste contraddizioni tra quanto addotto dal PD dott. med. D. _____ nella relazione del 27 gennaio 2014 e le conclusioni peritali oggetto della perizia neurologica/interdisciplinare del 22 maggio 2014. Le censure di ricorso a questo proposito sono in parte comprensibili, ma non permettono di concludere ad un diverso giudizio. Nella propria relazione, il PD dott. med. D. _____ poneva la diagnosi di dolori invalidanti sorti nella regione inguinale destra dopo intervento di ernioplastica secondo McVay. Per detto specialista i disturbi si conciliavano con dolori neuralgici e riteneva che dolori cronici nella regione inguinale dopo operazioni in detta sede non fossero rari e che però anche raramente era possibile attribuirli ad uno stato somatico. In altri termini, lo specialista considera credibili i dolori dell'assicurata insorti a seguito dell'intervento in sede inguinale, ma non reputava possibile attribuirli ad una chiara patologia, anche se a suo modo di vedere tali sintomi lamentati dalla paziente fossero compatibili con un lesione del nervo genito-femorale (perizia chirurgo-viscerale pag. 2 e 6). Inoltre il PD dott. med. D. _____ riteneva data una relazione causale tra i disturbi neuralgici e l'intervento operatorio del febbraio 2005 (perizia chirurgo-viscerale pag. 2). Per questo Giudice, in base a queste

- 24 - osservazioni è però già praticamente escluso che si possa parlare di infortunio, nella misura in cui tale tipo di complicazione, inferiore all'1 %, non sembra del tutto inusuale in casi di interventi in sede inguinale. In ogni caso, nella determinante valutazione complessiva, anche in base alle risultanze dell'infiltrazione, i neurologi escludevano una compromissione del nervo genito-femorale (perizia neurologica/interdisciplinare pag. 17) e lo specialista in chirurgia viscerale riteneva di poter aderire a tale giudizio (perizia neurologica/interdisciplinare pag. 24 punto 18). In questo senso i dolori di tipo neuralgico lamentati dall'assicurata anche se collegabili all'intervento subito non testimoniano alcuna imperizia medica nel senso della LAINF, configurando eventualmente un tipo di patologia non inusuale in caso di interventi per ernie in detta sede. 7.5. Per l'assicurata le argomentazioni addotte per escludere la lesione di un nervo sarebbero poi censurabili anche sotto una serie di altri aspetti. Gli specialisti discuterebbero della lesione del nervo cutaneo femorale laterale (Meralgia paraesthetica) senza che nessuna parte abbia mai preteso in precedenza che potesse esserci una tale compromissione. La critica è però infondata.

Nell'ambito degli esami condotti, i neurologhi erano tenuti a verificare eventuali compromissioni nervose senza che entrassero esclusivamente in considerazione le supposizioni proposte dall'istante. In realtà poi veniva espressamente esclusa una compromissione sia del nervo ileoinguinale che di quello genito-femorale (perizia neurologica/interdisciplinare pag. 15 in fine). Più avanti l'istante ritiene che, contrariamente a quanto preteso dai neurologhi, essa risentirebbe dei dolori brucianti in zona genitale, mentre dalla risposta no. 12 della perizia neurologica/interdisciplinare risulterebbe il contrario. In effetti, non sfugge il fatto che la tipologia del dolore non sia rimasta del tutto costante dalla sua insorgenza. Inizialmente, il carattere dei disturbi veniva definito "come di una scossa elettrica" (elektrisiert) e l'area colpita era la sede inguinale superficiale, senza che venisse descritta

- 25 - alcuna irradiazione della sintomatologia alla zona genitale. Nella relazione del 29 aprile 2005 i dolori vengono riferiti solo nella zona inguinale con leggere irradiazioni verso l'ombelico, ma non lungo la gamba. Nella descrizione dei disturbi giusta la cartella clinica del ricovero del febbraio 2005 risulta che il giorno 11 febbraio 2005 la paziente lamentasse ancora disturbi inguinali irradianti verso l'ombelico (vedi descrizioni analoghe nei rapporti del 9 marzo e 27 aprile 2005 del dott. med. P. _____ e del 17 aprile 2007 del dott. med. Q. _____). Per la prima volta in occasione del consulto pluridisciplinare del settembre 2007, a oltre due anni dall'intervento, vengono riferiti dei dolori di carattere bruciante e irradianti anche in sede vulvare (vedi perizia pluridisciplinare del 5 ottobre 2007 a pag. 9). In seguito però, non venivano più riferiti dolori in sede genitale. Nella relazione del 5 luglio 2016, il dott. med. I. _____ cita il dott. med. R. _____ che riferiva di sintomatologia dolorosa in sede inguinale destra "di carattere trafittivo, urente ed irradiata alla superficie anteriore della coscia" (pag. 2). In occasione del proprio consulto, il dott. med. I. _____ segnala algie diffuse in sede inguinale e all'arto inferiore destro, senza fare alcun accenno a dolori in zona genitale (pag. 2). Contrariamente allora a quanto preteso nel ricorso, la comprova di una dolorabilità in sede genitale quale evidente compromissione del nervo genito-femorale non è del tutto scontata e il fatto che tale tipo di sofferenza sia stata innumerevoli volte sottaciuta lascia sussistere qualche perplessità sull'effettiva entità dei pretesi disturbi. Dalla perizia neurologica/interdisciplinare (pag. 11) non risulta che l'assicurata abbia riferito ai neurologhi disturbi in sede genitale, ma solo nella regione destra del basso ventre e a livello del terzo superiore della coscia. Considerato che i due specialisti in neurologia, Prof. dott. med. G. _____ e dott. med. H. _____, escludevano una lesione dei nervi ileoinguinale e genito-femorale in quanto la sintomatologia lamentata dall'istante non corrispondeva alle zone d'influenza di queste terminazioni nervose (mentre la zona genitale farebbe parte di tale zona d'influenza), occorre

- 26 - dedurre che la paziente non aveva segnalata l'esistenza di disturbi in detta sede. 7.6. Anche le critiche rivolte al test della Gebapentin/neurontin cadono a lato. L'infiltrazione di tali anestetici locali e la regressione entro poco tempo dalla loro somministrazione dei dolori rappresenta un valido metodo diagnostico per verificare il tipo di lesione qui in discussione (vedi quanto esposto al cons. 7 b). L'11 aprile 2013, all'assicurata era stata fatta un'infiltrazione con 5 ml di Mepivacain 1 %, un anestetico locale. Alle ore 7:50 era stata eseguita l'infiltrazione e al controllo delle ore 9.00 accusava ancora forti dolori (vedi protocollo del foglio della paziente, allegato 7 dell'Ospedale universitario di Zurigo). Tale persistenza dei dolori portava i neurologhi ad escludere una compromissione delle terminazioni nervose qui in discussione. Che alla paziente sia stato somministrato un altro

tipo di analgesico locale è ai fini del giudizio irrilevante. Il riferimento fatto al test della Gebapentin/neurontin va inteso in senso ampio, essendo così chiamato tale tipo di verifica neurologica, senza che con tale definizione i medici intendessero pretendere che alla paziente fosse stato somministrato esattamente tale tipo di anestetico. Ai fini del giudizio è però rilevante che tale infiltrazione non aveva apportato benefici immediati alla paziente a comprova quindi della mancanza di una lesione del nervo ileoinguinale o genito-femorale.

7.7. Anche le critiche promosse dall'istante nei confronti dell'esperto in chirurgia viscerale per aver accennato alla posa di una rete inguinale o alla esclusione di una recidiva di ernia non permettono di mettere in discussione le conclusioni dell'esperto. Nel proprio giudizio, il medico riteneva che il dolore lamentato dall'assicurata fosse già stato evidenziato in casi d'interventi del tipo di quelli subiti dalla paziente e che tali complicazioni fossero superiori nei casi di posa di reti in materiale sintetico (perizia neurologica/interdisciplinare pag. 20). Dedurre da tale

- 27 - affermazione che il medico reputasse la paziente portatrice di una rete sintetica, mentre non lo è affatto, è un'inutile forzatura. In ogni caso per detto specialista la sintomatologia lamentata rientra in un quadro di disturbi non direttamente riconducibili a una patologia nota, ma già più volte riscontrati nei casi di interventi di ernia femorale. In percentuale simili complicazioni venivano stimate a meno dell'1 % (perizia neurologica/interdisciplinare pag. 20 e 21). Per il resto, l'affermazione fatta dal PD dott. med. D. _____ riguardo all'assenza di una recidiva di erniazione (perizia chirurgo-viscerale pag. 2 all'inizio) è certo infelice. Analizzando però la risposta alla domanda no. 6 formulata dalla ricorrente, non possono sussistere dubbi sul fatto che l'esperto sapesse che in sede d'intervento chirurgico non fosse in effetti stata trovata alcuna ernia (perizia chirurgo-viscerale pag. 5).

7.8. Nella relazione del dott. med. I. _____, l'esistenza di una lesione del nervo viene ritenuta scontata in esito a quanto già stabilito dal dott. med. R. _____ il 18 dicembre 2014 (vedi relazione del 5 luglio 2016 pag. 2). In realtà però il dott. med. R. _____ riferisce di un dolore neurologico e attribuisce lo stesso all'intervento operatorio del febbraio 2005 non essendosi verificato prima. Come il Tribunale federale ha già avuto modo di precisare più volte, nell'ambito dell'assicurazione infortuni non vale l'equazione "dopo di questo, quindi a causa di questo" (post hoc, ergo propter hoc). In generale, vale il principio stando al quale per il solo fatto di essere apparso in seguito all'infortunio, un disturbo alla salute non può già essere automaticamente considerato una sua conseguenza (cfr. DTF 119 V 341 cons. 2b/bb 3b e sentenza del Tribunale federale 8C_948/2011 del 28 febbraio 2012 cons. 3.2). In esito a quanto precede, gli argomenti forniti in sede di esame pluridisciplinare per negare una compromissione di un nervo quale quello ileoinguinale o genito-femorale sono convincenti, per cui non è ammesso concludere con il necessario grado della probabilità preponderante, che durante l'intervento di ernia femorale si sia

- 28 - verificata una lesione di una di queste terminazioni nervose e quindi si possa ritenere intervenuto un infortunio nel senso legale.

8.1. Il 1. gennaio 2017 sono entrati in vigore i nuovi articoli della legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF; RS 832.20). Giusta le disposizioni transitorie della modifica del 25 settembre 2015, le prestazioni assicurative per infortuni avvenuti prima dell'entrata in vigore della modifica del 25 settembre 2015 e per malattie professionali insorte prima di questa data sono effettuate secondo il diritto anteriore. Le disposizioni sulle lesioni corporali parificabili a infortunio hanno subito importanti modifiche. Nell'evenienza in oggetto però, essendosi il preteso

infortunio verificato nel 2005 trovano applicazione le previgenti disposizioni. La nozione di infortunio ai sensi dell'art. 4 LPGA presuppone un influsso dannoso, improvviso e involontario, apportato al corpo umano da un fattore esterno straordinario che comprometta la salute fisica, mentale o psichica o provochi la morte. Come già evocato in precedenza per essere qualificato quale conseguenza di un infortunio, il danno alla salute deve scaturire dall'azione di un fattore esterno straordinario e il carattere straordinario del fattore esterno concerne soltanto il fattore medesimo e non gli effetti dello stesso. In questo senso, la circostanza che il fattore abbia determinato conseguenze gravi o inaspettate è irrilevante. Contrariamente dunque a quanto pretende l'istante, il "fattore esterno straordinario" non può essere rappresentato dai forti dolori risentiti dall'assicurata l'8 febbraio 2005. Se però il motivo del ricovero nel febbraio 2005 fosse effettivamente imputabile a frattura, entrerebbe in questo contesto eventualmente in considerazione una lesione corporale parificabile a infortunio. Anche volendo aderire a tale argomentazione quale puro esercizio teorico, l'esito della controversia sarebbe lo stesso. 8.2. Ai sensi dell'art. 9 cpv. 2 lett. a OAINF, nella sua versione previgente al 2017, se non attribuibili indubbiamente a una malattia o a fenomeni

- 29 - degenerativi, le fratture sono equiparate all'infortunio, anche se non dovute a un fattore esterno straordinario. Indipendentemente da tutto quanto precede, la ricorrente ritiene comunque che nel febbraio 2005 essa fosse andata al pronto soccorso in seguito alla rottura dell'acetabolo e che quindi le complicazioni subite da allora siano in ogni caso una conseguenza dell'infortunio principale, ovvero di detta frattura. Sarebbe infatti stata la rottura dell'acetabolo a produrre la fuoriuscita di liquido gelatinoso erroneamente poi interpretata come un'ernia in sede inguinale. Come però ripetutamente ribadito dall'assicurata i dolori che l'avevano portata al pronto soccorso l'8 febbraio 2005 erano insorti alcuni giorni prima anche se di minore intensità. Ammettendo quindi che la frattura si fosse verificata anche senza un fattore esterno straordinario, la sua insorgenza non sarebbe stata in ogni caso improvvisa, motivo per cui uno degli elementi dell'infortunio farebbe in ogni caso difetto. Se poi un tempo si credeva che la rottura dell'acetabolo fosse riconducibile ad un singolo trauma, con i miglioramenti di imaging e con la comprensione derivata dall'artroscopia, diventava chiaro che la forma anomala dell'acetabolo e/o della testa del femore (il conflitto femoro-acetabolare) sono una delle cause più frequenti del problema, vale a dire che quasi sempre una lesione del labbro acetabolare avviene quando esistono delle cause predisponenti (<https://ortopediaborgotaro.it/otb-news-per-il-paziente-ortopedia-borgotaro/145-le-lesioni-del-labbro-acetabolare-dell-anca>). Nell'evenienza, sia la progressiva insorgenza dei dolori in sede inguinale che la diagnosi posta in sede di perizia pluridisciplinare - che era propriamente riferita ad un conflitto femoro-acetabolare - sembrano in ogni caso confermare più il carattere di malattia che di infortunio della patologia. Non è allora dato ritenere che tale tipo di patologia vada in ogni caso assunta dall'assicuratore infortuni quale lesione corporale parificabile ad infortunio. Non essendo dato un infortunio in senso legale o una lesione corporale parificabile ad infortunio, non entra neppure in considerazione l'applicazione dell'art. 10 OAINF, in quanto la pretesa

- 30 - lesione occorsa durante un esame medico non è stata né ordinata dall'assicuratore infortuni e non si è resa necessaria a seguito di un infortunio. 9.1. L'istante pretende poi di poter dedurre diritti dalle conferme orali che i medici le avrebbero fatto durante le visite specialistiche, in particolare relativamente ad una compromissione del nervo genito-femorale durante l'infiltrazione. Per questo Giudice, le conclusioni degli esperti sono quelle riportate nelle rispettive perizie ed in particolare nelle conclusioni condivise da tutti e

oggetto della perizia neurologica/interdisciplinare del 22 maggio 2014. Non vi sono motivi oggettivamente comprensibili per ammettere che le conclusioni scritte degli specialisti non corrispondano anche alle loro personali convinzioni. Dagli atti emerge comunque che durante le visite specialistiche l'assicurata era accompagnata da un traduttore, in quanto era difficile comunicare in lingua tedesca. Da quanto affermato dall'interessata stessa, al momento dell'infiltrazione era però presente il marito, per cui sarebbe teoricamente possibile che quanto affermato dai medici durante detto trattamento fosse stato eventualmente oggetto di malintesi. 9.2. Infine, l'istante adduce di non essere stata informata opportunamente prima dell'intervento e di aver sottoscritto l'autorizzazione all'operazione senza essere stata resa attenta a tutti gli aspetti e ai rischi ai quali si esponeva. Avrebbe poi anche inutilmente chiesto che le venisse previamente somministrato un analgesico. A posteriori e a distanza di tanti anni, non è facile prestare fede a queste pretese. Dal punto di vista infortunistico, visto che non vi è stato errore iatrogeno, la questione non ha rilevanza particolare. Con la sottoscrizione del protocollo d'informazione dell'8 febbraio 2005, la ricorrente è presunta aver dato il suo consenso all'intervento ed essere stata informata dei rischi di tale operazione. La pretesa stando alla quale sul protocollo verrebbero

- 31 - segnalate anche complicazioni che l'istante in quanto donna non avrebbe neppure potuto subire sono fuori luogo. È chiaro che simili protocolli siano prestampati e che riguardino le complicazioni legate all'intervento per tutti i potenziali pazienti. Spetta quindi all'accortezza della dottoressa che spiega l'intervento evitare di elencare ad una donna le complicazioni nelle quali non può evidentemente anatomicamente incorrere. Che l'assicurata di lingua italiana non abbia debitamente capito quanto le veniva spiegato e che quindi abbia sottoscritto il formulario senza comprendere quali rischi l'intervento effettivamente comportasse è una supposizione adottata a posteriori e che potrebbe anche apparire possibile, ma non altamente probabile. Dal profilo reperibile su internet della dott. med. S._____, medico che avrebbe spiegato l'intervento all'istante, risulta che la stessa abbia conoscenza della lingua italiana, accanto al tedesco, inglese e francese. Se poi l'assicurata avesse ritenuto doveroso tentare prima di tutto di sedare i dolori con un calmante, non è dato sapere per quale motivo abbia dato il suo consenso all'intervento.

E. 10

Dall'intera e copiosa documentazione medica all'incarto emerge una certa innegabile difficoltà a definire quale tipo di patologia abbia costretto l'assicurata a recarsi al pronto soccorso nel febbraio 2005 e quali siano le ripercussioni sull'attuale stato di salute della patologia iniziale, sicuramente non sanata durante l'intervento di ernia femorale, e di quella che è seguita l'intervento. La tesi ventilata dall'istante a giustificazione dell'accaduto è per certi versi comprensibile e anche magari possibile. L'esame pluridisciplinare condotto non supporta però le argomentazioni di ricorso nel senso che non è stato possibile dimostrare con il necessario grado della probabilità preponderante il verificarsi di un infortunio sia per quanto riguarda la diagnosi posta e il conseguente intervento né per l'esecuzione di quest'ultimo. La complessità della problematica non permette neppure di ritenere che l'eventuale esplicitazione di nuovi accertamenti possa apportare, nell'ottica della ricorrente, maggiore

- 32 - chiarezza sulla questione. Per costante giurisprudenza quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che altri provvedimenti probatori non potrebbero

modificare il risultato (valutazione anticipata delle prove), si rinuncerà ad assumere altre prove (DTF 131 I 157 cons. 3 e 124 V 94 cons. 4b nonché sentenze del Tribunale amministrativo S 09 123 e S 10 13). Nell'evenienza concreta, la diversità di diagnosi poste non fa che confermare come i disturbi lamentati dall'assicurata non potessero essere chiaramente attribuiti all'una o all'altra patologia e che quindi l'agire adottato, anche se retrospettivamente non indicato, non fosse manifestamente errato. In queste condizioni forza è di constatare che la decisione è sfavorevole alla parte che cerca di dedurre dei diritti da circostanze che non sono dimostrate. 11.1. In conclusione il ricorso è respinto. La procedura giudiziaria è gratuita (art. 61 cpv. 1 lett. a LPGA). La ricorrente chiede di essere posta al beneficio dell'assistenza giudiziaria gratuita. L'art. 61 cpv. 1 lett. f LPGA garantisce all'assicurata il diritto di farsi patrocinare e di poter beneficiare, a determinate condizioni, del gratuito patrocinio. A livello cantonale l'art. 76 della legge sulla giustizia amministrativa (LGA; CS 370.100) sancisce che tramite decisione determinante il corso della procedura o decisione nella causa principale, l'autorità può, su richiesta, concedere l'assistenza giudiziaria gratuita ad una parte che non dispone dei mezzi necessari, se la sua causa non è evidentemente temeraria o a priori senza speranza (cpv. 1). La concessione esenta da tutte le spese e tasse di un'autorità. Sono fatte salve le disposizioni sul rimborso (cpv. 2). Laddove le circostanze lo giustificano, l'autorità designa a proprie spese un avvocato. L'indennità si conforma alla legislazione sugli avvocati (cpv. 3).

- 33 - 11.2. Nel caso in esame, sulla base degli atti inoltrati le condizioni per il riconoscimento dell'assistenza giudiziaria gratuita sono adempiute per quanto ha tratto alla complessità della causa, alla lingua nella quale sono redatte le relazioni mediche peritali ed al non scontato esito della vertenza. Riguardo alla situazione di reddito, la ricorrente dal 2015 non è più posta al beneficio della mezza rendita d'invalidità. La famiglia con tre figli piccoli e un figlio a ulteriore carico del marito può contare su entrate complessive mensili di circa €. 750.--, per cui lo stato di indigenza è sufficientemente dimostrato, anche se il possesso di due autovetture senza che i coniugi esplicino un'attività lucrativa lascia sussistere qualche perplessità. Il valore dei veicoli è comunque tale da escludere che con il provento della loro alienazione sia possibile far fronte in modo sostanziale alle spese di patrocinio. Conseguentemente la richiesta viene accolta e la ricorrente ha il diritto di avvalersi di una patrocinatrice legale a spese dello Stato. 11.3. Giusta l'art. 5 cpv. 1 dell'ordinanza sulla determinazione dell'onorario degli avvocati (OOA; CSC 310.250) per la difesa d'ufficio all'avvocato viene versato un onorario di soli fr. 200.-- rispetto alla regolare tariffa che si situa tra i fr. 210.-- e i fr. 270.--. In base alla nota d'onorario del 15 gennaio 2018, la legale fattura 32 ore a fr. 240.--. Riducendo la tariffa oraria ai canoni vigenti in regime di patrocinio gratuito si sensi dell'art. 5 OOA, ne risulta un onorario di fr. 6'400.--. Le spese forfettarie sono da ridurre dal 4 al 3 % giusta la prassi di questa sede (decisioni del Tribunale amministrativo U 17 11, R 16 15 e S 15 127A). Complessivamente pertanto le ripetibili ammontano a fr. 6'592.--. Il Tribunale decide: 1. Il ricorso è respinto.

- 34 - 2. La procedura è gratuita. 3.1. Ad 'A. _____ è concessa l'assistenza giudiziaria gratuita (art. 76 LGA). 3.2. Ad 'A. _____ è assegnato un avvocato d'ufficio nella persona della lic. iur. Stefania Vecellio. La rappresentate legale verrà indennizzata con fr. 6'592.-- che andranno a carico dello Stato. 3.3. A. _____ dovrà rimborsare le spese di patrocinio legale che le sono state condonate, qualora le sue condizioni di reddito e di sostanza dovessero migliorare ed essa sarà in grado di farlo (art. 77 cpv. 1 LGA). 4. [Vie di diritto] 5. [Comunicazioni]

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