

TI_GERICHTE 35.2000.10 vom 19. Oktober 1999

TI Tribunale d'appello, 1999-10-19, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2000.10

FR: TI_GERICHTE 35.2000.10 du 19 octobre 1999

IT: TI_GERICHTE 35.2000.10 del 19 ottobre 1999

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 22

ottobre 1997, con aumento al 100% dal 30 ottobre 1997 (cfr. doc. _). In data 16 settembre 1998, all'Istituto assicuratore convenuto è stata annunciata una prima ricaduta (cfr. doc. _). Il dottor _____, medico curante dell'assicurato, ha attestato "... un quadro di tendinite complessa al gomito dx, stato dopo rottura e sutura del tendine distale omerale dx, ..." con una conseguente completa incapacità lavorativa a contare dal 4 settembre 1998 (doc. _). Visitato, il 23 settembre 1998, dal dottor _____, _____ è stato giudicato abile al lavoro al 50% dal 28 settembre 1998 e completamente a decorrere 5 ottobre 1998 (cfr. doc. _). In data 1° ottobre 1998, all'assicurato è stato asportato un piccolo granuloma dovuto ai resti del filo di sutura, intervento effettuato ambulatorialmente presso l'_____ (doc. _). _____ è stato dichiarato completamente abile al lavoro dal dottor _____, a far tempo dal 12 ottobre 1998 (doc. _). Una seconda ricaduta dell'evento traumatico assicurato è stata annunciata all'_____ in data 9 marzo 1999 (cfr. doc. _). Il medico curante dell'insorgente ha certificato un'inabilità lavorativa del 50% dal 6 marzo 1999, causata da un'epicondilite a destra (doc. _). Il 21 aprile 1999 ha avuto luogo una visita medica di controllo presso il dottor _____. Questa la sua valutazione, contenuta nel rapporto 22 aprile 1999: " Siamo dunque a distanza di presto 2 anni da una rottura del tendine distale del muscolo bicipitale del braccio dominante a destra, lesione trattata cruentemente con reinserzione transossea (mediante delle ancore di Mitek). Per qualche tempo l'assicurato ha accusato una sensazione di bruciore in zona paratendinea, riprendendo il lavoro parzialmente in settembre 1997, rispettivamente al 100% in ottobre 1997. In ottobre 1998 viene asportato un piccolo granuloma sotto-cutaneo, mentre il lavoro viene nuovamente interrotto (nella misura del 50% in marzo 1999) per l'insorgenza di un'epicondilite radiale, trattata finora con un ciclo fisioterapico e delle infiltrazioni di cortisone. All'esame odierno oggettivamente documentiamo un trofismo muscolare simmetrico, forza bruta ripristinata a livello del bicipite brachiale destro, diminuita nell'ordine del 20% alla mano destra (ottenendo sempre un valore assoluto di circa 45 kp!). Localmente a riposo la zona dell'epicondilo radiale è asintomatica, mentre i test epicondilici sono nettamente positivi, come pure gli indicatori per un'epicondilite neuroirritativa. In questo contesto è da segnalare anche una positività del segno di Tinel a livello del nervo mediano a destra (Phalen negativo). Visto il buon risultato operatorio, il tempo trascorso (quasi un anno e mezzo) senza epicondilite e l'interessamento esclusivo degli estensori, non può essere stabilito un nesso causale diretto fra l'epicondilite radiale attuale dell'omero destro e l'infortunio, rispettivamente l'intervento del maggio 1997. Parimenti l'affezione non è assumibile sotto

forma dell'articolo 9/2 OAINF, in quanto l'attività professionale è molto variegata ed esercitata dal signora _____ sin dal 1990. L'assicurato viene quindi invitato ad annunciare l'episodio alla Cassa malati competente, al cui carico andrebbero pure delle eventuali indagini circa la presenza o meno di una neuropatia compressiva a livello del tunnel carpale" (doc. _). Nel corso della procedura non contenziosa, _____ ha privatamente consultato il dottor _____, spec. FMH in neurologia, il quale ha espresso l'apprezzamento seguente: " La sintomatologia dolorosa e disestesante accusata all'arto superiore destro è quindi da ricondurre a segni di tendoinserzionite all'epicondilo radiale ed ulnare del gomito destro, ad una tendinite a predominanza prossimale degli estensori della mano destra, alla presenza di una neuropatia sensitivo-motoria con componente assonale e demielizzante d'entità moderata del nervo mediano destro localizzata d'un lato nel suo decorso tra la parte prossimale dell'avambraccio e polso, dall'altro al polso stesso: l'origine della neuropatia prossimale è verosimilmente e molto probabilmente post-traumatica dove però a titolo precauzionale è opportuno ricordare la possibilità di un eventuale sviluppo di neuroma posttraumatico, per cui un esame di risonanza magnetica a livello prossimale dell'avambraccio sarebbe indicato. La neuropatia a livello prossimale è moderata per cui non è stata effettuata per il momento un'indagine elettromiografica estesa. È inoltre presente una neuropatia più distale, pure sensitivo-motoria e con componente assonale e demielizzante a livello del polso che rappresenta invece una sindrome di tunnel carpale, probabilmente non in relazione col trauma subito (non sarebbe avvenuta un'iperestensione o flessione del polso) ma che può sicuramente aggravare la brachialgia accusata. È opportuno quindi un'immobilizzazione notturna con porto di polsiera con stecca. Inoltre una terapia anti-infiammatoria non steroidale a presa regolare è pure indicata. Di fronte a queste conclusioni è quindi richiesta in primo luogo una presa di posizione al medico di fiducia della _____ a cui mando copia e ringrazio per la disponibilità" (doc. _). Così sollecitato dal dottor _____, in data 30 agosto 1999, il dottor _____ si è nuovamente chinato sulla fattispecie riguardante _____: " È stato per la prima volta il servizio medico della _____, a diagnosticare clinicamente una netta sindrome del tunnel carpale, quando erano presenti pure dei chiari sintomi di un'epicondilita radiale. Con il nostro rapporto del 21.4.1999 abbiamo esposto i nostri motivi medici, per una mancata causalità fra queste due affezioni e l'infortunio del 15.5.1997. Un esame neurologico, dopo la visita medica in Agenzia in aprile 1999, ha avuto luogo, dietro disposizione da parte del curante. In base ad un esame elettro-neurografico del 24.6.1999, anche elettro-fisiologicamente viene confermata una sindrome del tunnel carpale a destra con deficit sensitivo-motorio di media entità. Da parte del dr. _____ viene pure diagnosticata una neuropatia sensitivo-motoria di moderata entità fra il polso e la zona prossimale dell'avambraccio, comunque con parametri meno patologici rispetto alla localizzazione distale. Viene ventilata la possibilità di "un eventuale sviluppo di neuroma post-traumatico", benché clinicamente (quasi 2 anni dopo l'infortunio), non sussiste a tale livello alcun fattore invalidante. Comunque da parte del dr. _____ in questo contesto non è stata effettuata nessuna analisi del nervo radiale. Per quanto riguarda le conseguenze dell'infortunio del 15.5.1997, la realizzazione di un esame di risonanza magnetica a livello prossimale dell'avambraccio, non è indicato in quanto i sintomi, ritenuti invalidanti da parte del signor _____, sono localizzati a livello dell'epicondilo radiale dell'omero e a livello del polso destri, affezioni non in diretta relazione con l'infortunio di nostra competenza. A questo punto non va dimenticato che la sindrome del tunnel carpale, in base alla letteratura scientifica medica, è più frequentemente

associata ad un'epicondilitis radiale dell'omero, rispetto ad un collettivo non sofferente di una TCS " (doc.). Dalle tavole processuali emerge, inoltre, che un altro medico ha avuto occasione d'esprimersi riguardo all'eziologia dei disturbi accusati dall'assicurato all'arto superiore destro. In effetti, nel corso del mese di agosto 1999, l'insorgente ha interpellato il dottor _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica, il quale ha espresso, al riguardo, le considerazioni seguenti: " (...). Il Dr. _____ mi ha confermato la sindrome del tunnel carpale a destra, il neurologo giudica "probabilmente il primo problema non in relazione di causalità con il trauma subito. Questa irritazione del nervo mediano sicuramente peggiora il dolore di tutto il braccio destro, nel senso di un aumento della brachialgia. Il secondo problema è a livello del gomito destro dove il paziente accusa un dolore in tutto il bicipite, dolente anche il tendine del bicipite distalmente, ma una pronazione/supinazione senza dolori, una muscolatura dolente un po' ovunque nell'avambraccio. Personalmente sono dell'avviso che questi disturbi siano da interpretare nell'ambito di una tendinite e di un certo sovraccarico del braccio destro, chiaramente (come anche il neurologo) non posso escludere un eventuale sviluppo di un neuroma post-traumatico." (doc._). 2.7. Proprio allo scopo di finalmente chiarire la fattispecie da un punto di vista medico, questa Corte - dando così seguito ad un'esplicita richiesta di parte ricorrente - ha ordinato, nel corso del mese di agosto 2000, una perizia giudiziaria, affidandone l'allestimento al Prof. dott. _____, spec. FMH in neurologia, già direttore della Clinica di neurologia dell'Ospedale cantonale di _____. Dopo aver ricostruito, in maniera minuziosa, l'anamnesi ed aver altrettanto puntualmente descritto lo status, in particolare, a livello delle estremità superiori, il perito giudiziario ha posto la diagnosi di: " Status nach operativ revidierter Ruptur der langen Bicepssehne rechts, Epicondylitis humeri radialis rechts, Karpaltunnelsyndrom rechts " (cfr. XI, risposta al quesito n. 1 di parte convenuta). Va immediatamente osservato che il Prof. _____ ha dichiarato condividere, per l'essenziale, il parere espresso, a suo tempo, dal medico di circondario dell'_____, ritenendo inverosimile (" unwahrscheinlich ") l'esistenza di un rapporto di causalità naturale fra, da un lato, l'evento traumatico del maggio 1997 e, dall'altro, le diagnosticate sindromi del tunnel carpale ed epicondilitis omero-radiale a destra (cfr. XI, risposta ai quesiti n. 2, 4 e 5 di parte convenuta). L'esperto designato dal TCA ha, altresì, affermato di non aver potuto mettere in luce una neuropatia nella regione dell'avambraccio destro, così come era stato invece ventilato dal dottor _____ in occasione della visita del 24 giugno 1999 (cfr. XI, risposta al quesito n. 7 di parte convenuta). Queste le ragioni che stanno alla base delle conclusioni a cui è pervenuto il Prof. dott. _____: " Am 15.5.1997 erhielt der Explorand bei der Arbeit einen Schlag gegen die linke Ellenbeuge, wobei es zur Ruptur der langen Bicepssehne kam. Wenige Tage nach dem Ereignis wurde die Bicepssehne chirurgisch reinsertiert. Der postoperative Verlauf war an sich komplikationslos. Der Patient klagte allerdings immer wieder über belastungsabhängige Schmerzen im Bereiche der rechten Ellenbeuge. Bedingt durch die Beschwerden kam es auch immer wieder zu Arbeitsunterbrüchen. Während zwei mehrmonatiger Episoden hat der Explorand aber voll gearbeitet. Herr _____ hält aber fest, dass er seit dem Unfall schwere Arbeiten nicht mehr ausführen könne. Bei einer schmerzbedingten Unterbrechung der Arbeit im Frühjahr 1999 fand der Kreisarzt der _____ keine Unfallfolgen mehr, aber eine Epicondylitis und Hinweise auf eine Medianusläsion, welche beide als unfallfremd taxiert wurden. Bei einer darauffolgenden neurologischen und elektrophysiologischen Untersuchung wurde der Verdacht auf ein Karpaltunnelsyndrom rechts bestätigt. Es wurde auch eine Verlangsamung der motorischen Leitgeschwindigkeit im Bereiche des rechten Vorderarms gefunden, was als eine

zusätzliche, weiter proximale Nervenläsion gedeutet wurde. Bei der jetzigen Untersuchung findet sich eine Druckdolenz des Epicondylus humeri radialis rechts und der angrenzenden Extensorensehnen. Ausserdem ist der Faustschluss rechts etwas schwächer als links, was ich als Ausdruck einer Schmerzhemmung interpretiere. Bei Kraftanstrengungen gibt der Patient ausserdem eine Schmerzhaftigkeit im rechten Ellenbogengelenk an. Im Weiteren findet sich jetzt auch eine Druckdolenz des Epicondylus humeri radialis links. Aufgrund der Vorgeschichte und der jetzt vorliegenden Befunde kann bei diesem Patienten mit Status nach operativ revidierter Ruptur der langen Bicepssehne rechts eine Epicondylitis humeri radialis rechts mehr als links und ein leichtgradiges Karpaltunnelsyndrom rechts festgestellt werden. Die von Dr. _____ postulierte Läsion des Nervus medianus im Vorderarmbereich kann nicht bestätigt werden. Klinisch finden sich keine Hinweise für eine Medianusläsion proximal der Ellenbeuge. Die leicht verlangsamte motorische Nervenleitgeschwindigkeit im Vorderarmbereich bei normaler sensibler Nervenleitgeschwindigkeit in diesem Segment stellt einen typischen Befund, wie man ihn beim Karpaltunnelsyndrom immer wieder antrifft, dar. Diese Befundkonstellation ist an sich seit vielen Jahren bekannt und es ist auch bekannt, dass daraus auf keine proximale Nervenläsion geschlossen werden darf. Ich komme zum Schluss, dass keine Läsion des Nervus medianus, welche mit dem Unfall vom 15.5.1997 in einem kausalen Zusammenhang steht, vorliegt. Mit anderen Worten: Das vorliegende Karpaltunnelsyndrom muss als unfallfremd betrachtet werden. Herr _____ beteuert zwar jetzt, dass er seit dem Unfall immer wieder über Parästhesien in den Fingern der rechten Hand geklagt habe, dass dies von den Ärzten aber nie zur Kenntnis genommen worden sei. Es steht mir nicht zu, die Glaubwürdigkeit dieser Aussage zu bewerten. Immerhin ist festzuhalten, dass Herr _____ seit dem inkriminierten Unfall durch verschiedene Ärzte mehrmals eingehend untersucht worden ist und dass die Befunde detailliert dokumentiert sind. Es ist ausserdem schwer vorstellbar, wie es bei einem Trauma, das ausdrücklich die Ellenbeuge betroffen hat, zu einer Medianusläsion am Handgelenk hätte kommen sollen. Es darf auch erwähnt werden, dass in den meisten Fällen das Karpaltunnelsyndrom ohne Trauma auftritt. Bei der rechtsbetonten Epicondylitis humeri radialis halte ich einen Zusammenhang mit dem Unfall vom 15.5.1997 höchstens für möglich, aber nicht für wahrscheinlich. Hier könnte einzig über die Annahme einer Fehlbelastung ein Zusammenhang konstruiert werden." Rispondendo al quesito n. 1 di parte ricorrente, il perito giudiziario ha dichiarato di non disporre d'indizi che possano lasciar supporre che _____ avesse già presentato dei disturbi al braccio destro, prima di rimanere vittima dell'infortunio assicurato (cfr. XI, p. 12). Tale circostanza non può essere, beninteso, di nessun soccorso all'insorgente. In effetti, va qui rilevato che la giurisprudenza del TFA insegna che, per il solo fatto d'essere apparso dopo l'infortunio, un disturbo alla salute non può già essere ritenuto una sua conseguenza, secondo l'adagio "post hoc, ergo propter hoc" (DTF 119 V 341s. consid. 2b/bb con riferimenti; STFA 3.4.1997 in re V. inedita; STCA 2.9.1999 in re M., a conoscenza del patrocinatore dell'assicurato; cfr., pure, Th. Frei, Die Integritätsentschädigung nach Art.

E. 24

und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, Friburgo 1998, p. 30, nota 96). Alla luce delle risultanze della perizia giudiziaria - che risulta essere senz'altro completa sui punti litigiosi, chiara nell'esposizione degli elementi sanitari e nella valutazione della situazione (cfr. RJJ 1995 pag. 44; RAMI 1991 U133 pag. 312 consid. 1b), ragione per cui deve essergli riconosciuta piena forza probante - lo scrivente TCA ritiene ormai assodato

che i disturbi all'arto superiore destro annunciati all'_____ nel corso del marzo 1999, non costituiscono una naturale conseguenza dell'evento infortunistico assicurato. Ora, non essendo provato, perlomeno secondo il criterio della verosimiglianza preponderante, un nesso di causalità naturale fra l'infortunio 15 maggio 1997 ed i disturbi di cui _____ è portatore, questi ultimi non possono essere posti a carico dell'assicuratore LAINF convenuto. Visto ciò, lo scrivente TCA può senz'altro esimersi dall'esaminare la questione dell'adeguatezza del nesso causale (cfr. DTF 117 V 361 consid. 5a e 382 consid. 4a). 2.8. Con le proprie osservazioni 4 gennaio 2001, l'assicurato fa valere, in primo luogo, che il dottor _____ ha sì negato il carattere traumatico dei disturbi lamentati, ma non ne avrebbe, d'altro canto, chiaramente individuato l'origine. In secondo luogo, _____ ipotizza che gli attuali disturbi possano essere insorti "... per superare i problemi di cui al sinistro del 15.5.1997" (cfr. XIII, p. 2). Egli postula quindi la presenza di un legame causale indiretto. Infine, l'insorgente evidenzia una divergenza fra lui ed il perito giudiziario, riguardo all'identificazione delle parti del braccio toccate dai problemi del 1997 e da quelli del 1999. Su questo preciso aspetto, _____ chiede una delucidazione orale del referto peritale da parte del Prof. _____. In caso di perizia giudiziaria, il giudice - di regola - non si scosta, senza motivi imperativi dalle conclusioni del perito medico, il cui ruolo consiste, appunto, nella messa a disposizione della giustizia della propria scienza medica per fornire un'interpretazione scientifica dei fatti considerati (RCC 1986, pag. 200 consid. 2a; DTF 107 V 174 consid. 3, 112 V 32ss.; STFA 6 luglio 1993 in re M. D.). Il giudice può disattendere le conclusioni del perito giudiziario nel caso in cui il rapporto peritale contenesse delle contraddizioni o se una controperizia richiesta dal medesimo tribunale portasse ad un diverso risultato (DTF 101 IV 130). Il giudice può scostarsene anche nel caso in cui, fondandosi sulla diversa opinione di altri esperti, ritiene di avere sufficienti motivi per mettere in dubbio l'esattezza della perizia giudiziaria. Merita tuttavia di essere sottolineato che il perito giudiziario - contrariamente al perito di parte o allo specialista che si esprime sotto un'altra veste - ha uno statuto speciale nel senso ch'egli esercita, in virtù del mandato giudiziario che lo sottopone alla comminatoria secondo l'art. 307 del Codice penale, una funzione qualificata al servizio della giurisprudenza (RCC 1986, pag. 201 consid. 2a). Per ciò che concerne il valore probante di un rapporto medico é determinante il fatto che lo stesso per i punti litigiosi sia completo, si basi su uno studio esteso, prenda in considerazione anche le lamentele espresse, sia stato consegnato in piena conoscenza dell'incarto, sia chiaro nell'esposizione delle relazioni mediche e nella valutazione della situazione medica e le conclusioni dell'esperto siano motivate (RAMI 1991 U133, pag. 311ss. consid. 1b). In casu , il rapporto peritale non contiene contraddizioni. D'altra parte, il referto consegnato presenta tutti i requisiti posti dalla giurisprudenza affinché possa essere dato, ad un apprezzamento medico, piena forza probante (RAMI 1991 succitata): in particolare, il dottor _____ - docente universitario nonché autorevole specialista nella materia che qui interessa - ha espresso le sue valutazioni in modo chiaro, motivato e convincente dopo aver proceduto ad un esame approfondito del caso. Le obiezioni sollevate da _____, in realtà, non sono altro che delle considerazioni sprovviste di fondamento scientifico e, come tali, non possono infirmare le conclusioni, scientifiche, a cui é giunto l'esperto designato dal TCA. In questo ordine d'idee, appare del tutto inutile dare seguito al provvedimento probatorio preteso dall'insorgente. In particolare, va osservato che, nel caso di specie, determinante era stabilire se fra i disturbi di cui all'annuncio di ricaduta 9 marzo 1999 e l'evento traumatico assicurato, esistesse o meno una relazione di causalità naturale, e ciò allo scopo di ammettere, rispettivamente escludere, la responsabilità dell'_____.

A questo riguardo, il Prof. _____ ha fornito una chiara risposta. Il fatto che il neurologo - così come preteso dal ricorrente - si sarebbe limitato ad escludere un'origine infortunistica, senza indagare oltre i disturbi presentati, è, pertanto, del tutto irrilevante.

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