

TI_GERICHTE 35.2000.52 vom 19. April 2000

TI Tribunale d'appello, 2000-04-19, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2000.52

FR: TI_GERICHTE 35.2000.52 du 19 avril 2000

IT: TI_GERICHTE 35.2000.52 del 19 aprile 2000

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 10

agosto 1999, _____ è stata sottoposta ad un intervento di decompressione del nervo mediano nel canale del carpo a destra e di tendosinovialektomia dei flessori al canale del carpo destro (doc. _), dopo che un'elettro-neurografia aveva permesso di mettere in luce una sindrome del tunnel carpale a destra (cfr. doc. _). Nel settembre 1999, il medico curante della ricorrente, il dottor _____, generalista, ha comunicato all'_____ che la sua paziente era sofferente, non soltanto di disturbi al polso destro, ma pure di una sindrome cervicocefalica d'origine post-traumatica (cfr. doc. _). Il 13 ottobre 1999, lo stesso dottor _____ ha precisato che i dolori al polso sono insorti immediatamente dopo l'infortunio dell'ottobre 1996 e che sono riconducibili a quest'ultimo evento (cfr. doc. _). Nel corso del mese di gennaio 2000, l'insorgente è stata sottoposta ad una visita di controllo da parte del dottor _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica. Il suddetto medico di circondario dell'_____ ha, fra l'altro, discusso l'aspetto eziologico dei disturbi accusati da _____: " Per quanto attiene al polso destro la paziente segnala la scomparsa delle disestesie presenti prima dell'intervento di decompressione. Clinicamente pure il referto locale si presenta calmo, in particolare con regressione del deficit funzionale delle dita a suo tempo ancora descritto dal dr. _____: questo fatta eccezione dell'articolazione interfalangeale prossimale del dito mignolo di natura osteoarticolare. Sulla base del reperto clinico odierno, per quanto attiene alla problematica di compressione del nervo mediano al canale carpale la paziente risulta essere guarita e non necessitare di ulteriori misure terapeutiche. Dal punto di vista medico-assicurativo, il nesso causale tra l'evento infortunistico del 2.10.1996 e la sintomatologia da compressione del nervo mediano al canale carpale destro che ha condotto all'intervento di decompressione del 10.8.1999 viene ritenuto solo possibile. Questo sulla base delle seguenti considerazioni: - Intensità dell'evento iniziale con riferimento al documento datato 18.10.1996 firmato dalla paziente stessa la cura medica e il periodo d'inabilità lavorativa dopo l'evento in parola vengono concluse il 21.10.1996. In occasione di un certificato medico redatto il 13.11.1996, il dr. _____ non fa riferimento alcuno a disturbi residui, rispettivamente a disturbi di natura neuropatica al polso destro. Anche in occasione dell'esame medico-circondariale di chiusura del 14.1.1997 vengono segnalati unicamente dei disturbi alla spalla ed all'anca sinistra senza riferimento alcuno al polso destro. - Reperto sebbene più sintomatico a destra, il dr. _____ ritrova chiaramente un referto patologico bilaterale. Anche in data odierna la paziente segnala in effetti un segno di Tinel positivo a sinistra con irradiazione risalente fino all'altezza del gomito. Durante l'intervento il dr. _____ descrive una chiara

compressione focale del nervo all'altezza del canale carpale in associazione per di più ad una sinoviectomia dei flessori d'intensità tale da rendere necessaria una tendosinoviectomia. Da notarsi infine che l'analisi istopatologica del materiale ricavato non ha messo in evidenza dei depositi di emosiderina rendendo di riflesso poco probabile un'origine traumatica puntuale. - Alle considerazioni sopraccitate che rendono di per se stesso già solo possibile il potenziale nesso causale, devono venire aggiunte delle considerazioni di natura epidemiologica quali l'età della paziente, il sesso, l'adiposità troncolare, ... I disturbi d'entità estremamente importante accusati dalla paziente all'emicapo destro lungo il rachide cervicale e al cinto scapolare, tali da generare l'espressione di lamenti mimici e fonetici già soltanto allo sfioramento della cute, non presentano nessun evidente substrato somatico risultando pure essere sicuramente senza relazione causale con l'evento del 2.10.1996 durante il quale, sbattendo contro un'inferriata, la paziente si procura una lesione superficiale della cute. L'importante discrepanza tra l'espressione soggettiva della paziente e il quadro clinico effettivamente oggettivabile traspare chiaramente nella mobilitazione spontanea del capo, del collo e delle braccia durante la discussione, nella mancanza di contratture muscolari all'esame clinico con una funzione normale della muscolatura mimica del viso e di quella del collo peraltro senza disturbi della sensibilità all'esame neurologico sommario. In conclusione: - Per quanto attiene alla spalla sinistra reperto clinico oggettivabile in grandi linee invariato, paziente abile al lavoro nella misura completa nell'ambito della rendita, benessere accordato per un soggiorno di terapia stazionaria alle Terme di _____. - Per quanto attiene al polso destro, intervento di decompressione del tunnel carpale in relazione causale solo possibile con l'evento infortunistico del 2.10.1996. Decorso post-operatorio favorevole dei disturbi ivi connessi, paziente guarita. - L'importante sintomatologia algica all'emicapo, emiviso, collo e spalla destra non presenta nessun evidente substrato somatico e non è ritenuto essere in nessun nesso causale con l'evento infortunistico del 2.10.1996 " (doc. __, p. 3-5). Fondandosi proprio sulla valutazione enunciata dal dottor _____, l'Istituto assicuratore convenuto si è rifiutato di riconoscere la propria responsabilità relativamente ai disturbi accusati al polso destro ed al capo, rispettivamente, al collo sino alla spalla destra (cfr. doc. __). L'insorgente, da parte sua, ha fermamente contestato la tesi difesa dall'Istituto assicuratore convenuto, o per meglio dire dal proprio medico di circondario, facendo riferimento alle certificazioni del dottor _____, suo medico curante. 2.4. Allo scopo di definitivamente chiarire la fattispecie da un profilo medico, questa Corte - dando così seguito ad una esplicita richiesta di parte ricorrente - ha ordinato una perizia medica giudiziaria, affidandone l'allestimento al Prof. dott. _____, responsabile del Servizio di neurologia presso il _____. Dopo aver ricostruito, in maniera minuziosa, l'anamnesi dell'assicurata ed averne altrettanto puntualmente descritto lo status neurologico, il perito giudiziario ha manifestato il seguente apprezzamento, che lo ha condotto, finalmente, ad escludere che i disturbi in discussione siano riconducibili all'evento traumatico del 2 ottobre 1996: " (...). Le 2.10.1996, la patiente est victime d'un troisième accident, qui rétrospectivement est décrit de la manière suivante: l'assurée, en train de traverser la rue, trébuche sur le trottoir et tombe vers une grille placée en face, en la traversant avec les bras et en percutant avec les paumes le pavé. Les documents de l'époque font état de contusions à la tête et a l'hémicorps gauche, avec une blessure au niveau du cuir chevelu. Relevons un CT-scan cérébral effectué en phase subaiguë est décrit comme normal. La première trace de troubles algiques du membre supérieur droit est retrouvée dans le document 8 du dossier 1, daté du 25.5.1999, où un ENMG et un examen clinique neurologique met en évidence un syndrome du tunnel carpien

à droite, une intervention de décompression est donc proposée. Celle-ci est effectuée quelques mois plus tard, on procède également à une tendosynovialectomie des fléchisseurs du canal carpien droit en raison d'une synovialite détectée durant l'opération. Alors que l'évolution est d'abord décrite comme favorable, la patiente développe par la suite une symptomatologie algique de l'hémicorps droit, caractérisée par des douleurs hémicrâniennes droites, parfois très intenses, localisées autour de l'oreille, accompagnées parfois des paresthésies du pavillon auriculaire et de la région cervicale droite, qui s'étendent à tout le bras droit et à toute la main, avec parfois une sensation subjective d'anesthésie. Relevons que l'assurée n'arrive pas à caractériser de façon précise les plaintes algiques, se limitant à dire que elles sont très intenses. Il y a aussi une sensation de baisse de la force surtout au niveau du membre supérieur droit. L'examen neurologique montre une patiente tendue, se plaignant constamment de douleurs hémicorporelles droites, et qui pendant tout l'examen a de la peine à collaborer au testing, surtout au niveau du membre supérieur droit. Nous retrouvons des signes de périarthropathie huméro-scapulaire bilatérale à prédominance gauche avec un status après rupture du long chef bicipital gauche. Nous ne retrouvons pas de troubles trophiques en défaveur de l'hémicorps droit, en particulier du membre supérieur, les réflexes ostéotendineux sont symétriques voire plus vifs à droite (au niveau bicipital notamment ou à gauche la rupture du long chef pourrait influencer ce réflexe); la force, compte tenu de nombreux lâchages, n'est pas affectée de façon objective à droite, au niveau de la sensibilité, la patiente rapporte une hypoesthésie multimodale hémicorporelle droite délimitée sur la ligne médiane. Au status local, relevons que les signes de Tinel sur le trajet du cubital et du médian sont négatifs, de même que le signe de Phalen; le signe de la bouteille est ébauché à droite. Il est important de noter la positivité des "tendel points" relatifs à la fibromyalgie. Les examens électrophysiologiques effectués ont montré les séquelles d'une neuropathie du nerf médian droit au poignet, d'entité discrète, sans signe d'une polyneuropathie; le scanner cervical (une IRM n'a pas pu être effectuée en raison de la claustrophobie de la patiente) a mis en évidence une dégénérescence en particulier au niveau C5-C6 plus marquée à droite. La patiente souffre donc d'une séquelle du syndrome du tunnel carpien à droite, après une opération de décompression dont la traduction clinique est modérée. Elle souffre également d'une périarthropathie huméro-scapulaire à prédominance gauche, avec un status après multiples traumatismes. Il nous est difficile d'entrevoir une corrélation organique pour les plaintes sensitivo-motrices hémicorporelles droites décrites par l'assurée: une hypoesthésie hémicorporelle délimitée sur la ligne médiane pourrait évoquer une atteinte thalamo-latérale gauche, au status nous ne trouvons pas d'autre signe pouvant corroborer cette hypothèse (aucune composante cérébelleuse, ni cortico-spinale associée, pas de net trouble proprioceptif objectivé, pas d'hypoesthésie endobuccale). Il est important de souligner à cet égard les composantes fonctionnelles détectées au status, telles qu'une douleur ressentie à l'épaule droite lors de l'épreuve de Phalen, l'hypoesthésie faciale qui s'arrête au début de la racine des cheveux, les lâchages systématiques hémicorporels droits. Même s'il est connu qu'un syndrome du tunnel carpien puisse s'associer à des douleurs de la partie proximale du membre supérieur (brachialgies, paresthésies nocturnes), il est fort inhabituel d'assister à une généralisation des douleurs à tout l'hémicorps. Le scanner cervical peut évoquer une atteinte radiculaire C6 droite, pour laquelle nous n'avons pas de corrélat à l'examen neurologique: pas d'hypoesthésie franche sur le dermatome correspondant, pas de parésie franche au niveau du myotome, le réflexe bicipital est aussi plus vif à droite qu'à gauche. On nous pose la question sur la relation causale entre les plaintes actuelles de madame _____ et l'accident du 2.10.1996.

Comme déjà mentionné ci-dessus, les documents rédigés à l'époque font tous état d'une atteinte hémicorporelle gauche et du cuir chevelu, dans aucun document avant 1999 on retrouve une description de douleurs au poignet à droite. L'avis du Dr. _____ de mai 99 selon lequel il existerait une relation causale entre le traumatisme de 2.10.1996 et le syndrome du tunnel carpien droit, doit être relativisé au fait que le neurologue ne disposait pas à l'époque de toute la documentation, mais seulement de l'anamnèse auprès de la patiente. Nous sommes de l'avis que la latence d'au moins deux ans et demi entre le traumatisme et l'apparition dans les dossiers à notre disposition des plaintes relatives au poignet parlent contre une relation de causalité. On peut se poser la question sur le rôle joué par une possible souffrance radiculaire C6 à droite dans le contexte des troubles algiques de la patiente; à cet égard nous sommes de l'opinion que le tableau actuel dépasse nettement une symptomatologie irritative de cette racine et que le traumatisme d'octobre 96 aurait tout au plus possiblement pu aggraver les troubles dégénératifs des vertèbres correspondantes " (XV, p. 7-8). Rispondendo ai quesiti postigli dalle parti, il Prof. dott. _____ ha avuto modo di ribadire che la relazione di causalità naturale fra i disturbi lamentati dalla qui ricorrente e l'infortunio assicurato, è da ritenere come semplicemente possibile: " Comment évalue l'expert la relation de causalité entre l'événement accidentel du 2.10.1996 et la symptomatologie de compression du nerf médian au canal carpal qui a conduit à l'intervention de décompression le 10.8.1999: a) certaine b) très vraisemblable c) seulement possible d) exclue La causalité entre l'accident en question et le syndrome du tunnel carpien à droite est seulement possible. En effet, il existe une importante latence temporelle entre l'accident et le début de la symptomatologie, de plus les documents de l'époque ne mentionnent en aucun cas une atteinte du membre supérieur droit. Comment évalue l'expert la relation de causalité entre l'accident du 2.10.96 et l'ensemble des plaintes de la patiente à l'hémicrâne, à l'émivisage, au cou et à l'épaule droite? a) certaine b) très vraisemblable c) seulement possible d) exclue. Pour les mêmes raisons discutées à la réponse 2, cette relation est seulement possible du point de vue somatique. Il nous est par contre difficile de nous prononcer sur la surcharge psychique et sur les signes de fibromyalgie présentés par la patiente, il est en effet possible que ce tableau soit en relation avec les séquelles des trois accidents subis par la patiente entre 1994 et 1996 " (XV, risposta ai quesiti n. 2 e 5 - la sottolineatura è del redattore). L'esperto designato dal TCA ha infine dichiarato condividere, senza alcuna riserva, l'apprezzamento espresso dal medico di circondario dell'_____, in occasione della visita di controllo 28 gennaio 2000 (cfr. XV, risposta al quesito n. 4). In siffatte condizioni - non scorgendo questo TCA alcun motivo che gli impedisca di fare capo alla valutazione enunciata dal dottor _____, il cui referto peritale risulta essere senz'altro completo sui punti litigiosi, chiaro 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 - si deve concludere che non è stato dimostrato, perlomeno secondo il criterio della verosimiglianza preponderante, un nesso di causalità naturale fra l'evento infortunistico 2 ottobre 1996 ed i disturbi di cui _____ ha sofferto (e soffre) a livello del polso, dell'emicapo, dell'emiviso, del collo e della spalla a destra. 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). 2.5. Discende da quanto precede che nel caso di _____ l'esistenza di un nesso di causalità naturale tra l'infortunio assicurato e le lamentate turbe dev'essere negata. Ne consegue che il ricorso da essa presentato si appalesa come infondato, mentre l'impugnata decisione dell'_____ è meritevole di tutela.

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