

TI_GERICHTE 35.2000.85 vom 4. September 2000

TI Tribunale d'appello, 2000-09-04, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2000.85

FR: TI_GERICHTE 35.2000.85 du 4 septembre 2000

IT: TI_GERICHTE 35.2000.85 del 4 settembre 2000

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 5

b/bb, 118 V 286 e 117 V 365 in fine; cfr., pure, U. Meyer-Blaser, Kausalitätsfragen aus dem Gebiet des Sozialversicherungsrechts, in SZS 2/1994, p. 104s. e M. Frésard, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], n. 39). 2.6. Con decisione formale 6 maggio 1998 - successivamente confermata (cfr. doc. _) - la _____ ha dunque dichiarato estinto il proprio obbligo contributivo a far tempo dal 13 luglio 1997, difettando un nesso di causalità naturale fra i disturbi ancora lamentati e l'evento traumatico assicurato (cfr. doc. _: "In mancanza delle premesse fondamentali per la giustificazione del nesso causale tra i disturbi attualmente evocati e l'infortunio, la _____, nella sua qualità d'assicuratore LAINF, è costretta a declinare ogni richiesta di prestazioni assicurative con effetto retroattivo dal 13.12.1997 " - la sottolineatura è del redattore), salvo poi avere assegnato a _____ un'IMI del 17%. Dalle tavole processuali emerge che, dopo essere stato sottoposto all'intervento chirurgico d'osteotomia intertrocanterica di valgizzazione dell'anca sinistra (cfr. doc. _), l'assicurato è entrato in cura dal medico fiduciario stesso della _____, il dottor _____, spec. FMH in ortopedia e chirurgia ortopedica (cfr. doc. _). Con rapporto 7 ottobre 1997, il dottor _____ ha espresso le seguenti considerazioni in merito alla capacità lavorativa di _____: " (...). Tenuto conto delle attività non particolarmente pesanti esercitate al momento dell'infortunio del 04.10.93, si può ragionevolmente pretendere dall'assicurato una ripresa lavorativa al 50% dal momento in cui ho potuto constatare la scomparsa degli edemi alle gambe, più esattamente dal 30.07.97. In modo da poter definire meglio il caso senza perdere ulteriore tempo, propongo di procedere all'asportazione del materiale d'osteosintesi dell'anca sinistra il più presto possibile. Si potrebbe fissare un appuntamento presso il chirurgo ortopedico Dr. _____ di _____ e convocare direttamente l'assicurato. Conosco bene il modo di lavorare del collega e sono convinto che non mancherà di chiudere la pratica e di attestare la ripresa lavorativa nei termini più brevi possibili " (doc. _). In data 27 ottobre 1997, l'insorgente è stato effettivamente visitato dal dottor _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica. Questo il contenuto del suo referto 3 novembre 1997: " (...). STATO CLINICO : All'esame clinico trovo la solita sofferenza soggettiva. Deambulazione con minima zoppia durante i primi passi a livello del arto inferiore destro. Dismetria conosciuta degli arti inferiori in seguito all'osteotomia di circa 1 cm, compensata con un rialzo a destra. Localmente noto ancora segni di vascolite in via di cicatrizzazione a livello di entrambi gli arti inferiori con edema diffuso particolarmente crurale a destra. Dolori alla palpazione della fascia plantare a questo livello. La palpazione

dell'anca sinistra rivela discreti dolori in sede gluteale rispettivamente posteriore del cotile allorché a mio avviso la palpazione del materiale di osteosintesi a livello del grande trocantere risulta completamente asintomatica. Noto inoltre un'ottima funzionalità dell'articolazione operata in flessione e adduzione addirittura superiore a destra, invece discreta diminuzione della rotazione interna di circa 1/3, mobilitazione che risulta leggermente dolente. VALUTAZIONE E PROPOSTE : Sulla base della mia valutazione non ritengo indicata un'asportazione del materiale d'osteosintesi che a mio modo di vedere di nuovo inutilmente una ripresa lavorativa. Questa ripresa finora non è stata realizzata malgrado le indicazioni del Dr. _____ che ritiene indicata una ripresa del 50% dal 30.07.97. Personalmente condivido questa valutazione e credo che una capacità lavorativa del 50% per lavori leggeri-medio pesanti sia realizzabile da subito mentre una ripresa completa entro brevi termini fra 4-6 settimane. Siccome non vedo più un'indicazione per ulteriori provvedimenti diagnostici o terapeutici propongo di convocare il paziente per la definizione definitiva del caso. Non sono previsti ulteriori controlli da parte mia, la documentazione radiologica è in possesso del paziente " (doc. _ - la sottolineatura è del redattore). Nel corso del mese di novembre 1997, la _____ ha predisposto l'esecuzione di una visita medica di chiusura, affidandone l'incarico al dottor _____, spec. FMH in chirurgia (cfr. doc. _). In realtà, non se ne fece nulla, per ragioni a proposito delle quali le parti appaiono discordi. In data 28 aprile 1998, il dottor _____ ha quindi proceduto a valutare la menomazione dell'integrità di cui _____ è portatore: " (...). Riferendomi alle mie numerose precedenti valutazioni fiduciarie mi consta che i soli disturbi anatomico-funzionali residui indennizzabili ai sensi della LAINF sono limitati a 2 regioni: la parte inferiore della gamba e la caviglia destra da una parte e l'anca sinistra dall'altra. Tutti gli altri disturbi sono stati accertati a dovere e ritenuti di origine morbosa. Gamba e caviglia destra A - Si tratta di disturbi stabilizzati da molto tempo. All'occasione del controllo dell'11.12.95 (rapporto del 22.12.95) non ho constatato un'atrofia muscolare significativa alla gamba e la mobilità della caviglia era completa senza segni d'instabilità e neppure dolori funzionali. Persistevano dei disturbi della sensibilità alla parte dorsomediale del piede in rapporto con una lesione da stiramento del nervo muscolocutaneo al momento dell'asportazione del materiale d'osteosintesi (dopo osteotomia correttiva). Nel frattempo, il paziente si è anche abituato a questi disturbi. La menomazione d'integrità è inferiore al 5%, dell'ordine dell'1-2.5% al massimo . B - Nonostante il buon risultato dell'osteotomia correttiva e la buona mobilità della caviglia, la congruenza articolare rimane alterata in seguito alla soppressione dei movimenti fisiologici della forca fibulotibiale. Essa non si adatta più alle variazioni della larghezza del corpo astragalico a seconda delle posizioni del piede. Infatti, la membrana interossea si è completamente ossificata nella regione inferiore della gamba con formazione di un ponte osseo tra le due ossa. Tale situazione rappresenta un rischio assai importante di artrosi tibiotarsica secondaria di cui si deve tenere conto anche se il risultato attuale pare buono. La menomazione d'integrità può essere quantificata nella misura del 5%. La menomazione d'integrità per la parte inferiore della gamba e la caviglia destra può quindi essere valutata nella misura del 6-7.5% al massimo . Anca sinistra Come già confermato da me e più recentemente dal Dr. _____ nel suo rapporto del 03.11.97, la mobilità dell'anca è tornata pressoché normale (riduzione solo della rotazione interna di circa 1/3) con leggeri dolori nelle posizioni estreme e senza disturbi direttamente riferibili alla presenza del materiale di osteosintesi e neppure segni di periartropatia. L'atrofia muscolare persistente dell'ordine di 1 cm alla coscia non è certo significativa e l'allungamento di circa 1 cm del membro inferiore sinistro dopo osteotomia

di valgizzazione può essere compensato senza inconvenienti con il rialzo della scarpa destra. Nonostante il buon risultato clinico e l'evoluzione apparentemente favorevole dell'osteonecrosi della testa femorale, non si può sottovalutare il rischio di coxartrosi secondaria. Tenuto conto della prognosi piuttosto riservata a lunga scadenza nonostante lo stato attuale buono dell'anca, si può riconoscere un grado di menomazione d'integrità del 10%. Nell'insieme, la menomazione d'integrità può essere valutata attorno al 17% tra il 16% ed il 17.5%, attorno al 17% " (doc. _). Nel giugno 1998, _____ ha privatamente consultato il dottor _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica, attivo presso l'Ospedale di _____. Il succitato specialista si è opposto alla chiusura del caso, siccome, in futuro, l'assicurato dovrebbe verosimilmente essere risottoposto ad intervento chirurgico. Egli ha inoltre giudicato il ricorrente abile in misura del 50% nella sua originaria professione, e ciò a fronte dei postumi residui che interessano l'anca sinistra e l'arto inferiore destro (cfr. doc. _). Dall'incarto _____ richiamato da questo TCA si evince che _____, nell'agosto 2000, è stato periziato dal dottor _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica (cfr. XVIII). Dopo aver ricostruito l'anamnesi dell'assicurato ed averne descritto lo status clinico e radiologico, il dottor _____ ha posto le seguenti diagnosi: " Esiti dopo politrauma con frattura della gamba destra (stato dopo osteosintesi e reosteosintesi). Stato dopo trauma cranico e fratture costali multiple. Stato dopo lussazione dell'anca sinistra, stato dopo frattura diafisaria esposta dell'ulna sinistra " (XVIII, p. 4). In seguito, lo specialista incaricato dall'_____ ha così discusso la questione dell'esigibilità lavorativa: " Tenuto conto dei disturbi residui che il paziente localizza principalmente nell'anca sinistra (vedi nota del medico _____ del 5.1.2000), la capacità lavorativa per lavori di scarso impegno fisico è da valutare al 50%. Questo grado di capacità lavorativa va fatto risalire già a partire dal decorso post-infortunistico. In seguito non vi è stato presumibilmente un miglioramento della capacità di lavoro anche se la mia valutazione si riferisce a una visita del 21.8.2000 e del 25.8.2000. In futuro prevedibilmente la capacità lavorativa resterà limitata al 50% (per quello che riguarda le cause di natura ortopedica e in particolare per la coxartrosi) " nonché quella riguardante le possibilità per migliorare la capacità lavorativa dell'assicurato: " Al momento attuale si può affermare che i provvedimenti sanitari sono stati tutti messi in opera, e le cure possono essere ritenute al momento concluse. Non vedo quindi una possibilità di migliorare la capacità di lavoro tramite provvedimenti sanitari. È invece possibile migliorare la capacità di lavoro tramite provvedimenti di ordine professionale: tenuto conto dei fattori invalidanti di ordine ortopedico (esiti dopo frattura complicata della gamba destra, esiti dopo lussazione dell'anca sinistra con coxartrosi post-traumatica, esiti dopo frattura esposta dell'ulna sinistra) è possibile migliorare la capacità di lavoro unicamente tramite provvedimenti di ordine professionale: il paziente dovrebbe trovare un lavoro che non comporti lunghi spostamenti a piedi o su terreni irregolari, e che non comporti sforzi di sollevamento di pesi. Data la giovane età del paziente mi sembra ragionevole procedere a provvedimenti di integrazione professionale, visto che il lavoro di cameriere, tenuto conto dei fattori invalidanti sopra elencati, non potrà più essere ragionevolmente esercitato. In un lavoro sedentario, e che non comporti sforzi di sollevamento di pesi, i tempi di lavoro esigibili potrebbero valutarsi tra le 6-8 ore giornaliere. (...) " (XVIII, p. 4-5). In corso di causa, questa Corte ha ritenuto necessario interpellare il dottor _____, al quale sono stati sottoposti alcuni quesiti attinenti alle diagnosticate affezioni di natura ortopedica (cfr. XXXI). Queste le risposte fornite dal succitato specialista: " 1. I disturbi lamentati dall'assicurato a livello dell'anca sinistra e della gamba destra risultano sufficientemente

oggettivabili? - I disturbi lamentati dall'assicurato (dolori all'anca sinistra, dolori alla deambulazione alla gamba destra) risultano sufficientemente oggettivabili. Per i dettagli rimando alla mia perizia per l'Assicurazione invalidità del Cantone Ticino datata 5 dicembre 2000. 2. Le affezioni di natura ortopedica da lei diagnosticate si trovano o meno, perlomeno secondo il criterio della verosimiglianza preponderante, in una relazione di causalità naturale con l'evento traumatico del 4 ottobre 1993? - le affezioni di natura ortopedica da me diagnosticate si trovano in una relazione di causalità naturale con l'evento traumatico del 4 ottobre 1993. 3. Tenuto esclusivamente conto dei postumi oggettivabili dell'infortunio del 4 ottobre 1993, come giudica (%) la capacità lavorativa di _____ nella sua originaria professione di cameriere? Quali impedimenti funzionali (descrizione) limitano, eventualmente, l'assicurato nell'esercizio della succitata attività? - Nella professione di cameriere, che comporta continui e frequenti sforzi di marcia e esige di stare quasi sempre in piedi, la capacità lavorativa, tenuto conto esclusivamente dei postumi oggettivabili dell'infortunio del 4 ottobre 1993, è ridotta: teoricamente il paziente potrebbe lavorare per 4-5 ore al giorno suddivise tra mattino e pomeriggio. Questo significa in teoria che la capacità lavorativa è valutabile tra il 45-50% (percentuale variabile a seconda delle condizioni obiettive di lavoro). Gli impedimenti funzionali che limitano l'assicurato nell'esercizio dell'attività di cameriere risiedono principalmente nella artrosi dell'anca sinistra derivante dal trauma e negli esiti da frattura complicata della gamba destra, che limitano la capacità di marcia. Le limitazioni funzionali sono obiettivabili dalla riduzione della massa muscolare alla coscia sinistra e alla gamba destra, riscontrata in occasione della visita del 21.08.2000. 4. Alla luce dei dati anamnestici e di quanto da lei accertato in sede peritale, le consta che le condizioni di salute dell'assicurato (limitatamente alle sequele infortunistiche) si siano sostanzialmente modificate a contare dal momento in cui la _____ ha dichiarato chiuso il caso (dicembre 1997)? - Alla luce dei dati anamnestici ritengo che non vi siano sostanziali modifiche dal dicembre 1997. Per quello che riguarda invece gli accertamenti radiologici (vedi anche punto 3) della mia perizia per l'assicurazione invalidità) è stato constatato un miglioramento del reperto di coxartrosi a sinistra confrontando una radiografia del giugno 1997 con una del 21.8.2000 (prima radiografia eseguita pochi mesi dopo l'intervento di osteotomia all'anca sinistra). Questo miglioramento del reperto radiologico non significa necessariamente un miglioramento dei disturbi soggettivi, può però significare che per il futuro non vi è da attendersi un peggioramento della artrosi " (XXXIII). Sempre dall'incarto _____ emerge che il ricorrente è pure affetto da un'insufficienza renale cronica dialisi-richiedente con anemia renale, osteopatia renale, iperparatiroidismo secondario e ipertensione arteriosa renale. _____, dal dicembre 1997 e nell'attesa d'essere sottoposto a trapianto renale, necessita di una costante emodialisi (cfr. XVII2). In data 28 agosto 2001, il TCA ha preso contatto con il Servizio di nefrologia dell'Ospedale regionale di _____, allo scopo di chiarire la questione concernente l'eziologia della summenzionata patologia renale (cfr. XXXII). A mente del dottor _____, _____, l'esistenza di nesso di causalità naturale con l'evento traumatico dell'ottobre 1993, è da considerare semplicemente possibile: " (...). La biopsia renale effettuata nel 1997 ha mostrato una glomerulosclerosi focale segmentale con pure grave arteriolosclerosi ed incipiente arteriolonecrosi. Una glomerulosclerosi focale segmentale può da una parte essere un'affezione primaria e dall'altra può essere un processo secondario sulla base di un'altra affezione sistemica. Il quadro compatibile con una nefrosclerosi maligna potrebbe essere visto nell'ambito di una ipertensione maligna. È però da menzionare che la biopsia renale è stata effettuata in uno stadio molto avanzato della

malattia renale (il paziente aveva già iniziato la terapia sostitutiva della funzione renale). Il quadro istologico in tale stadio della malattia è spesso poco specifico e non permette delle conclusioni esatte. Non sono riusciti a documentare se nel 1993 e nel 1994 fosse già presente una proteinuria. Nel 1995 vi era una proteinuria ma non ancora un'insufficienza renale. Il 16.1.1996 è documentata una positività dell'antigene dell'epatite B. Non è documentato che prima dell'intervento l'antigene fosse negativo. In sintesi si può concludere quanto segue: - è pressoché impossibile che un paziente sviluppi un'insufficienza renale cronica dialisi-richiedente quale reazione al materiale abituale di osteosintesi. - non è documentato che il paziente sia epatite B antigene positivo in seguito a trasfusioni ricevute in occasione dell'incidente del 1993. Negli ultimi quattro anni è comunque solo portatore dell'antigene. La PCR per l'epatite B virus è risultata negativa. Non è stato trattato perciò in questi ultimi anni di un'epatite B cronica attiva. Nell'ambito di un'epatite B si vede frequentemente una vascolite ed anche una glomerulonefrite che può portare all'insufficienza renale. La frequenza della glomerulonefrite nell'epatite B è però molto inferiore al 10%. Un eventuale nesso di causalità tra l'evento traumatico del 4.10.1993 e l'affezione nefrologica non è da escludere del tutto e quindi è da ritenersi possibile " (XXXV - la sottolineatura ed il grassetto sono del redattore). 2.7. Attentamente esaminata la documentazione presente all'inserto - segnatamente il referto 9 ottobre 2001 del dottor _____, _____ di nefrologia dell'Ospedale regionale di _____ (cfr. XXXV) - lo scrivente Tribunale ritiene che la _____ abbia correttamente negato il proprio obbligo contributivo in relazione all'affezione renale di cui soffre _____. In effetti, non è stato dimostrato, con un sufficiente grado di verosimiglianza, che l'insufficienza renale costituisca una naturale conseguenza dell'infortunio del 4 ottobre 1993 (cfr., al proposito, il consid. 2.4.). A mente del TCA, la suddetta conclusione non è però applicabile ai disturbi dell'apparato locomotore lamentati dall'insorgente. Grazie all'istruttoria di causa si è infatti dimostrato che, al momento in cui la _____ ha dichiarato chiuso il caso (dicembre 1997), _____ non aveva affatto raggiunto lo status quo ante, rispettivamente quo sine, a margine dell'evento infortunistico assicurato. In particolare, il dottor _____, specialista nella materia che qui interessa ed autore della perizia 5 dicembre 2000, allestita per conto dell'_____, ha affermato che gli invalidanti disturbi a livello dell'anca sinistra e dell'arto inferiore destro si trovano ancora in una relazione di causalità naturale con l'infortunio del 4 ottobre 1993 (cfr. doc. _). Del resto, non può neppure essere ignorata la circostanza che la _____ ha sì dichiarato ormai estinto il nesso di causalità naturale fra l'infortunio assicurato ed il danno alla salute lamentato da _____ ma, d'altro canto, gli ha comunque riconosciuto un'IMI del 17%, per tenere conto della memomazione dell'integrità risultante proprio dai postumi residuali all'anca sinistra nonché alla gamba e caviglia destra (cfr. doc. _). Posto come l'esistenza di un nesso di causalità naturale (ed adeguata) costituisca un presupposto necessario per fondare il diritto alle prestazioni - a prescindere dalla loro natura - l'assicuratore LAINF convenuto, dichiarato estinto il legame causale a decorrere dal 13 dicembre 1997, avrebbe logicamente dovuto negare all'assicurato anche il diritto all'indennità per memomazione. In realtà, giustamente non lo ha fatto. In esito ai considerandi che precedono, questa Corte ritiene ormai assodato che _____ abbia presentato, anche dopo il 12 dicembre 1997, dei disturbi in relazione di causalità naturale ed adeguata (cfr., a quest'ultimo riguardo, la dottrina e la giurisprudenza menzionate al consid. 2.5. in fine) con l'infortunio del 4 ottobre 1993. Quindi, nella misura in cui l'assicuratore LAINF convenuto, a far tempo dal 13 dicembre 1997, ha negato all'evento infortunistico assicurato ogni rilevanza causale in

relazione ai disturbi di localizzati all'anca sinistra ed all'arto inferiore destro, l'impugnata decisione su opposizione va senz'altro annullata. Per quanto qui d'interesse, il dottor _____ - chiamato dalla _____ a prendere posizione in merito al referto 25 settembre 2001 del dottor _____ - ha affermato, a proposito della risposta fornita al quesito n. 2, che essa "... risulta del tutto opinabile siccome non tiene affatto conto del criterio della verosimiglianza preponderante chiaramente indicato dall'Avv. _____ nella sua lettera del 28.08.01" (rapporto 18.10.2001 del dottor _____ accluso a XL). In realtà, questa Corte ha l'impressione che l'assicuratore infortuni convenuto cerchi di travisare l'opinione enunciata dal dottor _____. In effetti, non può essere seriamente contestato che quest'ultimo abbia inteso rispondere positivamente al chiaro quesito sottopostogli; se così non fosse, egli avrebbe optato per una diversa formulazione. Il solo fatto che il dottor _____ abbia omesso d'indicare che la relazione di causalità naturale è data secondo il criterio della verosimiglianza preponderante, non permette quindi di concludere che la medesima relazione sarebbe dimostrata in modo insufficiente. 2.8. Vincente in causa, il ricorrente, patrocinato da un avvocato, ha diritto ad un'indennità per ripetibili da mettere a carico dell'autorità amministrativa convenuta (cfr. art. 108 cpv. 1 lett. g LAINF). La sua domanda intesa ad essere posta al beneficio dell'assistenza giudiziaria gratuita diventa pertanto priva d'oggetto (cfr., fra le tante, STFA 18 agosto 1999 nella causa T., U 59/99).

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