

TI_GERICHTE 35.2001.75 vom 27. Juli 2001

TI Tribunale d'appello, 2001-07-27, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2001.75

FR: TI_GERICHTE 35.2001.75 du 27 juillet 2001

IT: TI_GERICHTE 35.2001.75 del 27 luglio 2001

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 28

febbraio 2001, ad assumere i costi generati dall'ulteriore cura medica, questa conclusione si rivela irricevibile. In effetti, per costante giurisprudenza, la decisione impugnata costituisce il presupposto ed il contenuto della contestazione sottoposta all'esame giudiziale (cfr. DTF 110 V 51 consid. 3b e giurisprudenza ivi citata; DTF 122 V 36 consid. 2a; SVR 1997 UV 81, p. 294; STFA 12.10.1998 in re G.; STCA 24.10.1991 in re N.G., 4.5.1992 in re G.V., 3.9.1998 in re C. e 9.4.1999 in re G.V.). Ora, né con la decisione formale del 29 maggio 2001 (doc. _), né con quella su opposizione del 27 luglio 2001 (doc. _), l'assicuratore LAINF convenuto si è pronunciato in merito all'eventuale diritto ad ulteriori prestazioni di cura medica. Nel merito 2.2. Presupposto essenziale per l'erogazione di prestazioni da parte dell'assicurazione contro gli infortuni è l'esistenza di un nesso di causalità naturale fra l'evento e le sue conseguenze (danno alla salute, invalidità, morte). Questo presupposto è da considerarsi adempiuto qualora si possa ammettere che, senza l'evento infortunistico, il danno alla salute non si sarebbe potuto verificare o non si sarebbe verificato nello stesso modo. Non occorre, invece, che l'infortunio sia stato la sola o immediata causa del danno alla salute; è sufficiente che l'evento, se del caso unitamente ad altri fattori, abbia comunque provocato un danno all'integrità corporale o psichica dell'assicurato, vale a dire che l'evento appaia come una condizione sine qua non del danno. È questione di fatto lo stabilire se tra evento infortunistico e danno alla salute esista un nesso di causalità naturale; su detta questione amministrazione e giudice si determinano secondo il principio della probabilità preponderante - insufficiente essendo l'esistenza di pura possibilità - applicabile generalmente nell'ambito dell'apprezzamento delle prove in materia di assicurazioni sociali. Al riguardo essi si attengono, di regola, alle attestazioni mediche, quando non ricorrano elementi idonei a giustificare la disattenzione (cfr. DTF 119 V 31; DTF 118 V 110; DTF 118 V 53; DTF 115 V 134; DTF 114 V 156; DTF 114 V 164; DTF 113 V 46). Ne discende che ove l'esistenza di un nesso causalità tra infortunio e danno sia possibile ma non possa essere reputata probabile, il diritto a prestazioni derivato dall'infortunio assicurato dev'essere negato (DTF 117 V 360 consid. 4a e sentenze ivi citate). 2.3. Occorre inoltre rilevare che il diritto a prestazioni assicurative presuppone pure l'esistenza di un nesso di causalità adeguata tra gli elementi summenzionati. Un evento è da ritenere causa adeguata di un determinato effetto quando secondo il corso ordinario delle cose e l'esperienza della vita il fatto assicurato è idoneo a provocare un effetto come quello che si è prodotto, sicché il suo verificarsi appaia in linea generale propiziato dall'evento in questione (DTF 117 V 361 consid. 5a e 382 consid. 4a e sentenze ivi citate). Comunque, qualora sia carente il

nesso di causalità naturale, l'assicuratore può rifiutare di erogare le prestazioni senza dover esaminare il requisito della causalità adeguata (cfr. DTF 117 V 361 consid. 5a e 382 consid. 4a; su queste questioni vedi pure: Ghélew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), Losanna 1992, p. 51-53). La giurisprudenza ha inoltre stabilito che la causalità adeguata, quale fattore restrittivo della responsabilità dell'assicurazione contro gli infortuni allorché esiste un rapporto di causalità naturale, non gioca un ruolo in presenza di disturbi fisici consecutivi ad un infortunio, dal momento che l'assicurazione risponde anche per le complicazioni più singolari e gravi che solitamente non si presentano secondo l'esperienza medica (cfr. DTF 127 V 102 consid. 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).

2.4. In concreto, l'_____ ha negato all'insorgente il diritto alla rendita di invalidità, sostenendo che egli - nonostante i postumi dipendenti dall'evento traumatico assicurato - potrebbe esercitare, senza alcuno scapito di rendimento, l'attività di bigliettario-motorista presso la _____, ossia l'attività svolta sino al raggiungimento dell'età pensionabile. Va precisato che l'Istituto assicuratore convenuto ha valutato la residua capacità lavorativa di _____, facendo astrazione dai disturbi dorsali che egli presenta (cfr. doc. _: "Sulla scorta della documentazione in nostro possesso e degli ulteriori accertamenti disposti, il nostro medico di circondario è del parere che, per le sole conseguenze infortunistiche, il signor _____ sarebbe in grado di svolgere la propria attività presso la rispettabile _____, in misura completa. Le affezioni degenerative a livello L2/L3 e L3/L4 non sono da mettere in relazione con l'infortunio in oggetto" - la sottolineatura è del redattore). L'_____ si è fondato sul parere del proprio medico di circondario, il dottor _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica, espresso, la prima volta, in occasione della visita medica di chiusura del 22 gennaio 2001. Questo, in particolare, il contenuto del relativo rapporto: " DIAGNOSI - Lombaggine acuta recidivante in sindrome lombo-vertebrale con una fortemente avanzata su praticamente tutti i livelli con segni d'instabilità a livello L2/L3, L3/L4 e L5/S1. - Stato dopo frattura L1 poco spostata in settembre 1981. - Periartropatia omero-scapolare spalla sinistra di lieve entità. - Stato dopo cardiopatia ischemica con ostruzione RPLS, lesioni parziali della RIVA già note. - Stato dopo possibile infarto. VALUTAZIONE Attualmente l'assicurato asserisce dolori alla parte bassa della colonna lombare, soprattutto con il tempo freddo. Alla spalla sinistra è disturbato per certi movimenti, soprattutto sopra l'orizzontale. Oggettivamente, l'abduzione e la rotazione esterna della spalla sinistra sono modicamente limitate. Lo sviluppo della forza sotto l'orizzontale è normale al braccio e alla mano, tutti i tests come Jobe, Neer, ecc. sono negativi. Alla spalla sinistra si tratta di una lieve limitazione funzionale che non influisce molto sulla capacità lavorativa. Lo stato clinico della colonna lombare è discreto, i movimenti sono esigibili secondo l'età, però radiologicamente si trova una forte degenerazione soprattutto in basso come pure a livello L2/L3, L3/L4 con grandi osteofiti che sono sempre un sospetto per un'instabilità. A livello del corpo lombare L1 c'è poca reazione, la frattura è guarita senza deformazione. Causalità: In data odierna alla colonna lombare si trova soprattutto uno stato degenerativo a diversi livelli però non a livello della vecchia frattura. Tutti i referti come pure le lombaggini acute parlano per un processo degenerativo e non più infortunistico." (doc. _, p. 3s. - la sottolineatura è del redattore). Il medico fiduciario dell'_____, seppure di transenna, ha ancora avuto modo di pronunciarsi in merito alla natura dei disturbi presenti in sede lombare, con l'apprezzamento

del 4 aprile 2001: " I problemi principali riscontrati dal signor _____ sono quelli alla colonna lombare e alla spalla sinistra. Nella regione della colonna lombare si trova soprattutto una forte degenerazione in basso e pure a livello L2/L3 e L3/L4 con grandi osteofiti e una certa instabilità. A livello L1 non si può constatare una reazione. Questo livello è molto calmo senza reazioni. La frattura è guarita senza deformazione in posizione perfetta. Alla spalla sinistra la mobilità sotto l'orizzontale è perfetta, per contro lo svolgimento di lavori sopra l'orizzontale talvolta non è molto fattibile. Preso conoscenza del rapporto ispettivo del 2.4.2001 in relazione alla sua attività di bigliettaio-motorista confermo l'esigibilità espressa nel mio rapporto del 22.1.2001 (non concerne i problemi degenerativi della colonna lombare L2-L4). Riteniamo che tutte le mansioni possano essere svolte senza impedimenti, anche l'attività maggiormente pesante relativa allo spostamento delle passerelle è fattibile sull'arco dell'intera giornata. L'attività stessa permette delle pause naturali per riposarsi tra le varie corse. Tutti i lavori devono essere svolti al massimo per mezz'ora. Nessun tipo di lavoro dev'essere fatto di continuo, per un attimo dev'essere usata maggiormente la schiena e per un altro momento di più la spalla. " (doc. _) Unitamente al ricorso, _____ ha prodotto un rapporto, datato 24 settembre 2001, del proprio medico curante, il dott. _____, spec. FMH in medicina generale, il quale ha sostanzialmente sottolineato la difficoltà a distinguere i disturbi di origine traumatica da quelli invece provocati dalle alterazioni degenerative plurisegmentali: " (...) Il paziente - penso a giusta ragione - non è d'accordo con questa decisione. Egli continua a lamentarsi di dolori alla colonna lombare, anche a riposo, tanto da accusare disturbi anche se sta a lungo in piedi o in posizione seduta. Sarebbe pure limitato anche per piccole attività, per esempio lavori di giardino. Sulla radiografia della colonna lombare da voi organizzata (del 22.01.2001) viene descritto uno stato degenerativo soprattutto della parte bassa della colonna lombare, quindi non a livello della vecchia frattura. D'altra parte però lei stesso descrive sotto diagnosi una sindrome lombovertebrale con una degenerazione fortemente avanzata su praticamente tutti i livelli . Non credo che, solo sulla base di una radiografia, si possa distinguere con così grande precisione la causalità tra infortunio e malattia . I processi degenerativi sui livelli L3, L4 e L5, potrebbero essere stati causati indirettamente dalla vecchia frattura (per esempio ad un aumento compensatorio del sovraccarico). Il paziente stesso non dice di aver male solo nella regione L3-L5, non sa infatti distinguere tra la regione lombare alta implicata nell'infortunio e la regione lombare bassa i cui disturbi potrebbero essere anche attribuibili a processi degenerativi d'origine non infortunistica. Si lamenta di dolori lombari, senza riuscire a determinare se si tratta di dolori nella regione di L1 e L2 oppure nella zona della colonna lombare bassa. Per lui il mal di schiena è cronico e continuo dal giorno della frattura. Credo che degli ulteriori accertamenti, penso per esempio ad una TAC lombare, eventualmente con esami funzionali, od addirittura ad una risonanza magnetica, dovrebbero poter confermare anche dei disturbi degenerativi a livello delle vertebre L1 e L2, confermando così almeno parzialmente una concausa a tutti i dolori lamentati dal paziente rapportabili al vecchio infortunio. Le chiedo quindi di riaprire il caso, di rivedere le prestazioni che dovranno essere corrisposte all'assicurato, e di provvedere - se lo riterrà indicato - agli esami indicati che potrebbero chiarire in misura maggiore le responsabilità e le concause dell'infortunio e della malattia. Credo che non si potrà fare una separazione netta e chiara tra quanti disturbi siano da attribuire al solo infortunio e quanti siano di natura secondaria e degenerativa.(...) " (doc. _ - la sottolineatura è del redattore). Il dott. _____ ha così replicato alle considerazioni del medico curante dell'insorgente: " Apprezzamento in merito allo scritto del dott. _____ del 24.9.2001. Siamo confrontati

con un paziente 66enne e tutti sanno che a quest'età quasi tutti presentano una reazione degenerativa alla colonna lombare. Nel presente caso si nota una certa reazione a tutti i livelli, ma questo è, come già detto, normale. A livello L2/L3 e L3/L4 riscontriamo una reazione maggiore alla normalità. Non è molto probabile che una frattura provochi una maggiore degenerazione ad un altro livello, senza nessuna reazione a livello danneggiato, In ogni caso si scatena inizialmente una degenerazione al livello malato ed eventualmente, soltanto secondariamente, ad un altro livello. L'esecuzione di una TAC confermerebbe soltanto quanto detto sopra. " (doc. _) In corso di causa, per la precisione l'8 marzo 2002, questa Corte ha interpellato il medico di circondario dell'_____, il quale è stato invitato - nell'ottica di una possibile applicazione del disposto di cui all'art. 36 cpv. 2 LAINF e della relativa giurisprudenza federale - ad "... illustrare i motivi medico-scientifici che consentirebbero, a suo avviso, di distinguere chiaramente i disturbi derivanti dai postumi residuali della frattura L1 da quelli che invece sono provocati dalle alterazioni degenerative presenti ad altri livelli della colonna vertebrale" (XV). Questa la risposta fornita dal dott. _____: " Alla consultazione del referto radiologico della colonna lombare del 22.1.2001 paragonando il corpo vertebrale XII lombare 1 lombare 2, si notano noduli di Schmorl abbastanza grandi. L'altezza del corpo vertebrale Th12 è anteriormente 25 mm, posteriormente 28 mm, a livello lombare 1 anteriormente 25 mm posteriormente 29 mm, al corpo vertebrale-lombare 2 anteriormente 28 mm posteriormente 30 mm. Normalmente l'altezza di un corpo vertebrale aumenta lievemente dall'alto in basso come summenzionato sopra. Si tratta quindi di un'altezza completamente normale, la frattura non ha abbassato l'altezza. Si può dire anche che la frattura è completamente guarita senza lasciare un danno nel senso di una deformazione a cuneo o un abbassamento. Un'instabilità a livello L1 è pure esclusa perché mancano i tipici referti come ad esempio, un abbassamento del disco e i cosiddetti "insertions-spurs". I noduli di Schmorl sono un tipico segno di uno stato dopo morbo di Scheurmann, una malattia attiva nell'adolescenza e non oltre, però il rimanente danno influisce sicuramente anche in futuro. Più in basso, a livello L2/L3, L3/L4 si trovano osteofiti enormi quali segni di un'instabilità. Le piccole articolazioni intervertebrali sono ingrossate con irregolarità e calcificazioni soprattutto a livello L2/L3, L3/L4 e L5/S1. Il disco L5/S1 è pure calcificato con delle osteofiti però meno grandi rispetto in alto. In conclusione si può dire che il corpo vertebrale lombare 1 è completamente normale e corrisponde all'età. L'unico danno è il vecchio nodulo di Schmorl. Una frattura della colonna lombare normalmente fa un abbassamento nel corpo anteriormente e/o posteriormente con una deformazione a cuneo a un abbassamento globale. In questo caso però la frattura non ha per niente deformato le strutture. La frattura è perfettamente guarita. I dolori attualmente accusati dall'assicurato sono dovuti ad un'instabilità a diversi livelli, da un'artrosi abbastanza avanzata a diversi livelli, ma sempre localizzata in basso alla frattura " (XVI 1 - la sottolineatura è del redattore). In data 24 aprile 2002 (XXI), lo scrivente TCA ha ritenuto indicato prendere nuovamente contatto con il dott. _____, affinché si pronunciasse a proposito delle conclusioni a cui era pervenuto un altro medico fiduciario dell'_____, il dott. _____, in occasione della visita di chiusura del 1° ottobre 1991 (cfr. doc. _). Questo il contenuto del referto datato 7 maggio 2002, mediante il quale ha essenzialmente ribadito la propria tesi: " Secondo la definizione, una spondilosi è una malattia degenerativa di un corpo vertebrale. L'affezione principale è spesso un morbo di Scheurmann, spondilolisi e spondilolistesi, una frattura o una scoliosi. Quindi anche una frattura può formare una spondilosi, ma a condizione che sia sullo stesso livello. Attualmente sulle radiografie del 22.1.2001 della

colonna lombare non posso evidenziare a livello L1 una deformazione a cuneo come fu descritta a suo tempo dal dr. _____. A livello Th12/L1 e L1/L2 non si trova una spondilosi, in quanto la situazione è molto stabile e senza insufficienza dei legamenti un abbassamento del disco. All'inizio dell'anno 1991 il dr. _____ ed il dr. _____ avevano già riscontrato un morbo di Scheuermann soprattutto alla placca superiore di L2/L3, con parziale incavatura della placca superiore delle stesse vertebre, spondiloartrosi L3/S1, un canale spinale stretto a livello L5 e una protusione dorsale del disco intervertebrale L4/L5 con estensione laterale. Non posso immaginarmi come una frattura stabile a livello L1 possa scatenare così in fretta una degenerazione tanto grave in basso alla colonna lombare, e non aver causato però dei danni a livello della frattura stessa. A mio avviso, l'assicurato ha subito questa frattura a livello L1 e parallelamente ha sviluppato già in precedenza danni degenerativi più in basso a causa di un grave morbo di Scheuermann (il morbo di Scheuermann è una malattia che si sviluppa nell'adolescenza e in casi gravi, molti anni dopo, può scatenare i danni summenzionati)." (XXIII - la sottolineatura è del redattore).

2.5. Allo scopo di chiarire la fattispecie da un profilo eziologico, questa Corte ha ordinato una perizia giudiziaria, affidandone l'esecuzione al dottor _____, spec. FMH in neurochirurgia, già _____ del reparto di neurochirurgia dell'Ospedale cantonale di _____. Si dirà immediatamente che il perito giudiziario - dopo aver ricostruito, in maniera minuziosa, l'anamnesi dell'assicurato (cfr. XIII, 2-7) ed averne altrettanto puntualmente descritto lo status, clinico e radiologico, a livello della colonna vertebrale (cfr. XIII, p. 7-10) - si è parzialmente (ma comunque in modo rilevante) scostato dalla tesi difesa dall'Istituto assicuratore convenuto, sostenendo che l'infortunio assicurato deve essere ritenuto parzialmente responsabile dei disturbi accusati da _____, nel senso che esso ha causato un aggravamento direzionale di preesistenti alterazioni di natura degenerativa, residui di un Morbo di Scheuermann: " 3. Teilt der Experte die Schlussfolgerungen 28.08.2001 von Dr. _____ (vgl. insbesondere die ärztlichen Bewertungen vom 04.04. und 07.11.2001 und 07.05.2002) im Sinne, dass die Instabilität und die plurisegmentale Arthrose nicht dem Unfall zuzuschreiben sind, und dass der Bruch vollständig ausgeheilt ist? Wenn nein, aus welchen Gründen? Ich stimme mir der ärztlichen Bewertung von Dr. _____ teilweise überein, indem die Instabilität und die plurisegmentale Arthrose nicht eine Reaktion auf die Wirbelfrakturen sind, sondern krankheitsbedingt. Diese wurden jedoch durch den Unfallrichtunggebend verschlechtert. Die Wirbelbrüche sind radiologisch vollständig ausgeheilt. Dies bedeutet nicht dass ein Teil der Beschwerden trotzdem bestehen bleibt. " (XXXVII, risposta al quesito n. 3 di parte convenuta). Per quel che concerne specificatamente la frattura di L1, il dott. _____ ha indicato, da un canto, che essa non può avere prodotto le alterazioni degenerative localizzate a livello del segmento L3-S1. D'altro canto, sempre secondo il neurochirurgo, da un profilo radiologico, la suddetta frattura è da ritenere guarita, nondimeno, da un punto di vista clinico, è possibile che essa provochi ancora dei disturbi residuali, anche se meno significativi rispetto a quelli causati dalle alterazioni presenti più in basso: " 1. Ist die Fraktur des LWK1 vom 04.09.1988 abgeheilt? Radiologisch ja, klinisch sind Restbeschwerden von dieser Seite jedoch immer noch wahrscheinlich. 2. Besteht ein Kausalzusammenhang zwischen den gegenwärtig von Herrn _____ beklagten Beschwerden und dem Unfall vom 04.09.1988 mit Fraktur von L1? Es besteht ein Kausalzusammenhang im Sinne einer richtunggebenden Verschlechterung der degenerativen Veränderungen der unteren LWS und wahrscheinlich auch noch Auswirkungen von der Fraktur von L1, wobei letzteres weniger sicher und weniger

bedeutungsvoll ist. 3. Kann die Fraktur von L1 die Degeneration vom L2/L3, L3/L4 und L5-S1 verursacht oder beschleunigt haben? Nein. " (XXXVII, risposta al quesito n. 1, 2 e 3 di parte ricorrente). Rispondendo ai quesiti n. 6 e 7 di parte ricorrente, il perito giudiziario ha quindi giudicato errate le conclusioni a cui era pervenuto, a suo tempo, il dott.

_____, conclusioni che, del resto, avevano indotto il TCA ad interpellare l'attuale medico di circondario dell'_____, nel corso del mese di aprile 2002 (cfr. XXI): " 6. Wie kann erklärt werden, dass der _____ -Arzt Dr. _____ am 01.10.1991, gestützt auf das CT vom 23.05.1991, den natürlichen Kausalzusammenhang grösstenteils als gegeben beurteilte und die Mitwirkung der vorbestehenden Pathologie am Gesamtbild im Ausmass von 1/5 erachtete? Der _____ -Arzt Dr. _____ erachtete die degenerativen Veränderungen teilweise als Reaktion auf die Wirbelfrakturen, was eindeutig falsch ist. 7. Wie kann man erklären, dass der _____ -Arzt Dr. _____ die Spondylosis deformans von L2/L3 als eine natürliche Folge des Unfalls vom 04.09.1988 bezeichnete? Da durch die Frakturen keine Instabilität entstanden ist, kann keine Spondylosis deformans in den angrenzenden Segmenten entstanden sein. Eine Erklärung für diese falsche Beurteilung habe ich nicht. " (XXXVII, p. 18s.). Il dottor _____ ha pure saputo illustrare - con dovizia di argomenti - le ragioni che lo hanno condotto a formulare le sue conclusioni: " (...) Bezüglich der Unfallkausalität bestehen zwei Problemkreise. Erstens : Sind die degenerativen Veränderungen im unteren Lumbalbereich eine Folge (Reaktion) auf die Frakturen der LWK 1 und 2, oder handelt es sich um eine rein krankhafte Erscheinung? Zweitens : Sind die Frakturen der LWK 1 und 2 als ausgeheilt zu betrachten? An dieser Stelle möchte ich darauf hinweisen, dass die in den Akten häufig vorkommende Bezeichnung "Fraktur L1/L2" nicht korrekt ist. Es gibt keinen Wirbelkörper L1/L2, sondern nur einen Wirbelkörper LWK1 und/oder LWK2. Mit der Zeit wurde die Fraktur des LWK2 in den Berichten ganz weggelassen. Die Frakturen der LWK 1 und LWK2 mit einer nur fraglichen Kyphosebildung haben mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit keine Auswirkungen auf die untere LWS. Eine reaktive Spondylosebildung kommt nicht in Frage. Die diesbezügliche Beurteilung durch Dr. _____ ist eindeutig falsch. Ich stimme mit der Beurteilung von Dr. _____ überein, dass es sich bei diesen degenerativen Veränderungen um eine selbständige, krankheitsbedingte Störung handelt, wobei der M. Scheuermann eine Rolle spielt. Hingegen muss dieser Umstand insofern berücksichtigt werden, als das Trauma eine kongenital und degenerativ vorgeschädigte Wirbelsäule traf (siehe unten, Besprechung einer allfälligen richtunggebenden Verschlechterung). Zur zweiten Frage, ob die Frakturen abgeheilt sind, ist folgendes zu bemerken: Die Frakturen blieben über all die Jahre konstant. Es kann somit ausgesagt werden, dass die Frakturen radiologisch stabil und ausgeheilt sind. Dies bedeutet jedoch nicht, dass sie dies auch klinisch sind und nicht doch weiterhin zu Schmerzen führen können. Es ist zu bedenken, dass bei einem solchen Trauma nicht nur die Wirbelkörper, sondern auch die angrenzenden Strukturen (wie die kleinen Wirbelgelenke) betroffen sind, ferner fand auch eine Traumatisierung der angrenzenden Wirbelkörper, insbesondere auch der tiefer lumbal gelegenen statt. Meines Erachtens stellt sich hier ganz wesentlich die Frage, ob das Trauma zu einer richtunggebenden Verschlechterung führte oder führen konnte. Diesbezüglich ist nicht nur der radiologische, sondern auch der klinische Verlauf von Bedeutung. Der Unfall führte unmittelbar zu massivsten Kreuzschmerzen, vorübergehend auch mit Ausstrahlungen in ein Bein, und es erfolgte eine notfallmässige Hospitalisation von zehn Tagen. Radiologisch kam es zu einer ossären Läsion an der Wirbelsäule. Alle diese Umstände bedeuten, dass eine ganz erhebliche Traumatisierung der

LWS stattgefunden hat. Solche Frakturen haben im Prinzip eine relativ gute Prognose. In einer Kontrollstudie der SUVA von 987 Fällen mit Keilwirbelbildung bis zu 10° betrug die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit 116 Tage, eine Invalidität trat in 8% der Fälle ein, und eine Integritätsentschädigung musste in 12,3 % der Fälle ausbezahlt werden. Bei diesem Patienten muss nun berücksichtigt werden, dass eine krankhaft vorgeschädigte Wirbelsäule vorlag. Der Verlauf war deutlich verzögert. Es wurde praktisch nie mehr der vorherige Grad der Arbeitsfähigkeit erreicht, die 100%ige Arbeitsfähigkeit bestand im Prinzip nur auf dem Papier. Es wurde dem Patienten auch von ärztlicher Seite angeraten, eine leichtere Stelle zu suchen. Die ärztlichen Bescheinigungen einer 50%igen Arbeitsfähigkeit und die Angaben des Patienten, dass er stets auf fremde Hilfe angewiesen war und seine beruflichen Aufgaben nicht voll erfüllen konnte, stimmen gut überein. Von den behandelnden und den begutachtenden Ärzten wurden dem Patienten stets Glaubwürdigkeit und ein guter Arbeitswille attestiert. Der Unfall hat eindeutig zu einem "Knick" in der Leistungskurve des Patienten geführt. Er gab konstant die gleichen Beschwerden einer verminderten Belastbarkeit der LWS sowie die Unfähigkeit des Einhaltens unveränderter Körperstellungen an. Es hat sich keine sekundäre Verschlechterung eingestellt, wie sie sich häufig - psychosomatisch bedingt - entwickelt. Die konstant gebliebenen Beschwerden können auch als Brückensymptome aufgefasst werden. Alle diese Umstände führen mich zur Schlussfolgerung, dass bei diesem Patienten durch den Unfall eine richtunggebende Verschlechterung eines krankhaften Vorzustandes im Sinne einer dauerhaften Teilkausalität des heutigen Beschwerdebildes eingetreten ist. Die aufgeführten Faktoren erklären wahrscheinlich auch den Umstand, dass die Rückfälle, bei welchen es sich allerdings eher um akute Verschlechterungen handelte, von der SUVA bis zur Pensionierung des Patienten als unfallkausal betrachtet wurden. Es war meines Erachtens auch richtig, dass die schliesslich auch praktisch eingetretenen 50%ige Erwerbseinbusse übernommen wurde. Die Beurteilung der Unfallkausalität wäre nach meiner Meinung sechs Monate oder ein Jahr nach dem Unfall in Anbetracht der degenerativen Veränderungen nicht ganz einfach gewesen. Sicher gibt es aber keine naturwissenschaftliche Erklärung für ein Erlöschen der Unfallkausalität nach 12 Jahren (!)" (XXXVII, p. 13-15).

2.6. Unitamente alle proprie osservazioni (XL), l'assicuratore infortuni convenuto ha prodotto un referto, datato 18 novembre 2002, del dottor _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica presso l'Agenzia di _____. Egli si è espresso in termini critici a proposito del contenuto della perizia giudiziaria del 2 novembre 2002, dichiarando finalmente di non poterne condividere le conclusioni: " Dopo approfondito studio della perizia del dr. _____ devo confermare la mia opinione espressa nell'apprezzamento del 18.3.2002. Il dr. _____ conferma pure che la frattura del corpo vertebrale lombare I e II con soltanto una deformazione a cuneo dubbiosa, non ha con grande probabilità un influsso sulla colonna vertebrale inferiore. Si tratta quindi di una malattia e non di una causa dell'infortunio. Secondo lui al momento dell'infortunio la colonna lombare presentava già un danneggiamento congenitale e degenerativo. Però nel suo apprezzamento, 2-3 frasi più in basso, scrive invece, contrariamente a quanto sopra, che la frattura può avere un influsso sulle parti anche più inferiori e sulle strutture, come per esempio le piccole articolazioni vertebrali. Per me questo influsso non è possibile da immaginare senza una deformazione a cuneo, senza lesione del disco e senza frattura nella regione dell'arco vertebrale o proprio nell'articolazione. Pure alla colonna lombare si trovano forti legamenti che stabilizzano bene soprattutto le parti posteriori. È chiaro che un incidente che comporta una frattura può causare inizialmente forti dolori e problemi sul lavoro, questo non l'abbiamo mai negato.

Per quanto concerne lo studio di controllo della Suva citato dal perito, il quale ha rivelato che i casi con deformazione a cuneo fino a 10°, comportano un'inabilità di 116 giorni e un'invalidità dell'8%. In questo caso però si tratta di una frattura che è guarita senza deformazione, neanche a cuneo, e secondo l'esperienza della vita, una tale frattura guarisce entro mezz'anno o un anno. È anche strana la conclusione del dr. _____ che 6 mesi dopo l'infortunio, una valutazione della causalità non era molto semplice, però 12 anni dopo non esisterebbe più una spiegazione per rifiutare il caso secondo la scienza medica. Per questo infortunio la _____ è stata molto generosa e ha accettato pure un'inabilità abbastanza lunga. Però ad un certo punto, soprattutto 12 anni dopo l'infortunio senza reazione sul livello delle fratture, si deve negare un nesso causale tra i disturbi attuali e l'infortunio. Quando sarebbe esattamente subentrato lo stato quo sine è molto difficile da valutare a posteriori. " (XL bis) 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 (DTF 125 V 352 consid. 3b/aa e riferimenti ivi menzionati). Il giudice può disattendere le conclusioni del perito giudiziario nel caso in cui il rapporto peritale contenesse delle contraddizioni oppure sulla base di una controperizia richiesta dal medesimo tribunale, che porti 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. Deve tuttavia essere sottolineato che il perito giudiziario ha uno statuto speciale nel senso che egli esercita, in virtù del mandato giudiziario che lo sottopone alla comminatoria di cui all'art. 307 del Codice penale, una funzione qualificata al servizio della giustizia (cfr. STFA del 15 gennaio 2001 nella causa B., U 288/99, consid. 3a, nonché dottrina e giurisprudenza ivi citate). Al contrario, lo specialista consultato dall'assicuratore contro gli infortuni non è sottoposto alla comminatoria di cui all'art. 307 CPS, disposizione che concerne esclusivamente la procedura giudiziaria. Quindi, nell'ambito del libero apprezzamento delle prove, una perizia amministrativa riveste un valore probatorio limitato rispetto ad una perizia giudiziaria (cfr. STFA del 15 gennaio 2001 succitata, consid. 3a: " Ein Administrativgutachten lässt sich somit hinsichtlich seines Stellenwerts im Rahmen der Beweiswürdigung und Rechtsfindung nur sehr beschränkt mit einer gerichtlich angeordneten Expertise vergleichen "). In concreto, il rapporto peritale del 2 novembre 2002 non contiene contraddizioni. Il solo fatto che il dottor _____ - specialista nella materia che qui interessa, alla cui competenza anche l'Istituto assicuratore medesimo fa, di tanto in tanto, capo - abbia manifestato un apprezzamento divergente rispetto a quanto fatto dal medico di circondario non basta ovviamente per qualificare come contraddittoria la sua perizia. Se così fosse, il TCA si troverebbe - sistematicamente - a doversi scostare dalle conclusioni peritali, non appena il medico di fiducia dell'assicuratore interessato esprime una diversa valutazione della fattispecie (ciò che, naturalmente, accade con una certa frequenza, in presenza di referti peritali sfavorevoli all'assicuratore). D'altra parte, la perizia giudiziaria presenta tutti i requisiti posti dalla giurisprudenza affinché possa essere riconosciuto, ad un apprezzamento medico, piena forza probante (cfr. RJJ 1995 pag. 44; RAMI 1991 U 133, p. 311ss. consid. 1b): in particolare, l'esperto giudiziario ha espresso la sua valutazione in modo chiaro, motivato e convincente, dopo aver proceduto ad un esame approfondito del caso. Lo scrivente Tribunale non vede quindi ragioni che gli impediscano di fare proprie le conclusioni a cui è pervenuto il dott. _____. Tutto ben considerato, ricordato che, conformemente ad una costante giurisprudenza, per ammettere il nesso di

causalità naturale non è necessario che l'infortunio rappresenti la sola causa oppure la causa diretta del danno alla salute (cfr. DTF 112 V 376s. consid. 3a; cfr., pure, U. Meyer-Blaser, op. cit., p. 101), può senz'altro essere riconosciuta l'esistenza di un nesso di causalità naturale (ed adeguata - cfr., a quest'ultimo proposito, DTF 118 V 286 e 117 V 365 in fine) fra i disturbi dorsali di cui ancora soffre _____ e l'evento traumatico del settembre 1988. Con le proprie osservazioni datate 26 novembre 2002, il patrocinatore dell'_____ ha osservato, fra le altre cose, che "... il ricorrente prima di sospendere il lavoro per problemi cardiaci ed eccezion fatta per cinque brevi ricadute, ha svolto regolarmente e in modo normale il proprio lavoro per oltre 10 anni", motivo per cui "l'elemento scatenante nella vita dell'assicurato non è stato l'infortunio ma sono stati i suoi problemi cardiaci: è dall'apparizione di questi ultimi che il signor _____ non ha più ripreso in maniera completa il proprio lavoro" (XL). Al riguardo, il TCA osserva che, dalla chiusura del caso principale (1992) in poi, _____ si è visto costretto ad annunciare ben sette ricadute - giustificate dalla problematica lombare - relativamente alle quali l'_____ ha sempre riconosciuto la propria responsabilità (cfr. consid. 1.2. e 1.3.). L'ottava ricaduta è stata annunciata nel corso del mese di aprile 2000 e, in ragione dei disturbi dorsali ivi segnalati, l'Istituto assicuratore convenuto ha corrisposto all'insorgente indennità giornaliera corrispondenti ad un'incapacità lavorativa del 50% sino al 28 febbraio 2001 (cfr. consid. 1.4.). Vero è che, in occasione dell'audizione del 24 gennaio 1992, il datore di lavoro dell'assicurato si era dichiarato soddisfatto del suo rendimento. Non può tuttavia essere ignorato che già allora _____ aveva segnalato di soffrire di persistenti disturbi residuali alla schiena, ma comunque di volere "tenere duro", poiché non intenzionato a cambiare professione (cfr. doc. _). Infine, è certamente errato sostenere che fu la problematica cardiaca ad impedire una totale ripresa dell'attività lavorativa. Dal certificato 17 aprile 2000 del dott. _____ emerge infatti che, da un profilo cardiologico, il ricorrente era stato dichiarato completamente abile al lavoro già a decorrere dal 10 aprile 2000. La successiva incapacità lavorativa era stata provocata da una "lombaggine acuta con colpo della strega il 17.04.2000" (cfr. doc. _). L'incarto va quindi retrocesso all'Istituto assicuratore convenuto, affinché proceda a riesaminare la questione concernente il diritto ad una rendita di invalidità, tenuto conto, questa volta, sia dei disturbi alla spalla sinistra che di quelli alla schiena. 2.7. 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.