

TI_GERICHTE 35.2001.84 vom 21. September 2001

TI Tribunale d'appello, 2001-09-21, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2001.84

FR: TI_GERICHTE 35.2001.84 du 21 septembre 2001

IT: TI_GERICHTE 35.2001.84 del 21 settembre 2001

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 10

LAINF, l'assicurato ha diritto alla cura appropriata dei postumi d'infortunio (cfr. DTF 109 V 43 consid. 2a; art. 54 LAINF) e, in applicazione dell'art. 16 LAINF, l'assicurato totalmente o parzialmente incapace di lavorare a seguito d'infortunio, ha diritto all'indennità giornaliera. Il diritto all'indennità giornaliera nasce il terzo giorno successivo a quello dell'infortunio. Esso si estingue con il ripristino della piena capacità lavorativa, con l'assegnazione di una rendita o con la morte dell'assicurato. Parimenti, il diritto alle cure cessa qualora dalla loro continuazione non sia da attendersi un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato: nemmeno persistenti dolori bastano a conferire il diritto alla continuazione del trattamento se da questo non si può sperare un miglioramento sensibile dello stato di salute (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), Losanna 1992, p. 41ss.). Se, al momento dell'estinzione del diritto alle cure mediche, sussiste un'incapacità lucrativa, viene corrisposta una rendita d'invalidità o un'indennità unica in capitale: l'erogazione di indennità giornaliera cessa con il diritto alle prestazioni sanitarie. D'altro canto, nella misura in cui l'assicurato è portatore di una menomazione importante e durevole all'integrità fisica o mentale, egli ha diritto ad un'indennità per menomazione all'integrità giusta gli artt. 24s. LAINF. 2.3. Nondimeno, è utile ricordare che 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 giustificarne 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; cfr. pure sentenza inedita 17 ottobre 1989 in re F.). 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). 2.4. 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, op. cit., 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). 2.5. In virtù dell'art.

E. 11

OAINF, l'assicuratore LAINF é tenuto a riprendere l'erogazione delle prestazioni assicurative in caso di ricadute o conseguenze tardive (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 71 e A. Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Berna 1985, p. 277). Né la LAINF né l'OAINF prevedono, al riguardo, un limite temporale. Pertanto, la pretesa potrà essere fatta valere anche qualora la ricaduta o le conseguenze tardive appaiono, per la prima volta, dieci o vent'anni dopo l'infortunio assicurato, e ciò indipendentemente dal fatto che, a quel momento, l'interessato sia o meno ancora assicurato. Rilevante é soltanto l'esistenza di un nesso di causalità (cfr. STFA del 31 luglio 2001 nella causa H., U 122/00). Nella sentenza pubblicata in RAMI 1994 U 206, p. 326ss., il TFA ha precisato che, trattandosi di una ricaduta, la responsabilità dell'assicuratore infortuni non può essere ammessa soltanto sulla base del nesso di causalità naturale riconosciuto in occasione del caso iniziale. Spetta piuttosto a colui che rivendica le prestazioni dimostrare l'esistenza di una relazione di causalità naturale fra i "nuovi disturbi" e l'infortunio assicurato. Soltanto qualora il nesso di causalità é provato secondo il criterio della verosimiglianza preponderante, può essere riconosciuto un ulteriore obbligo prestativo a carico dell'assicuratore-infortuni. In assenza di prove, la decisione sarà sfavorevole all'assicurato, il quale intendeva derivare diritti da un nesso di causalità naturale rimasto indimostrato. 2.6. In concreto, l'_____ ha negato all'insorgente il diritto ad una rendita di invalidità e ad un'IMI, sostenendo - tenuto conto dello status oggettivamente a livello dell'arto superiore destro, di per sé non suscettibile di spiegare i disturbi soggettivamente risentiti - che egli potrebbe esercitare, senza alcuno scapito di rendimento, la sua abituale attività di ferraiolo, rispettivamente, che non sussistono i presupposti per il riconoscimento di una menomazione all'integrità fisica (cfr. doc. _). Da notare che, in precedenza, l'assicuratore LAINF aveva deciso di porre termine alle prestazioni di corta durata a contare dal 18 ottobre 1999 (cfr. doc. _). Il ricorso interposto da _____ contro la decisione su opposizione del 22 settembre 2000, è stato da lui ritirato (e, quindi, stralciato dai ruoli dal TCA) per il motivo che - a prescindere

dall'esistenza o meno di una incapacità lavorativa posteriormente al 17 ottobre 1999 - in ogni caso, da quella data, le sue condizioni di salute apparivano come stabilizzate, donde l'estinzione del diritto alle prestazioni di corta durata in virtù dell'art. 19 cpv. 1 LAINF (cfr. doc. __, in particolare la risposta di causa dell'_____ ed il successivo scritto 27.2.2001 dell'avv. _____). Nel negare all'assicurato il diritto alla rendita di invalidità ed all'IMI, l'Istituto assicuratore convenuto ha essenzialmente fatto capo all'opinione del proprio medico di circondario, il dottor _____, spec. FMH in chirurgia, espressa in occasione della visita medica di controllo del 22 maggio 2001. Questo, in particolare, il contenuto del relativo rapporto: " (...). Siamo dunque a distanza di 27 mesi dalla reinserzione transossea del tendine distale del gran pettorale a destra, lesione subita il 3.3.1997, ma diagnosticata solo tardivamente. Questa circostanza è spiegabile da una precoce adesione, rispettivamente continuità cicatriziale con il deltoide adiacente, come evidenziato dall'esame artroscopico del 25.2.1999. Inoltre l'indagine spineco-tomografica (del 6.4.1998) ha dato adito ad un'interpretazione di varie patologie, come lesione SLAP, sublussazione tendinea (bicipitale) e degenerazione con rottura parziale della cuffia rotatoria. A parte il fatto che clinicamente in nessun momento in agenzia abbiamo potuto verificare un'insufficienza della cuffia rotatoria, ogni dubbio circa una lesione intrarticolare a livello della spalla destra, fu scartato artroscopicamente (referto fotodocumentato). Senza alcuna difficoltà tecnica o complicazione intra-/postoperatoria, il tendine distale del pettorale maggiore ha potuto essere reinserito in modo transosseo, oggettivamente con ottimo ricupero della funzione del muscolo. La continuità e funzione normale del gran pettorale destro fu documentata a varie riprese sia in sede dell'agenzia sia all'Ospedale _____. Al riguardo nel frattempo è stata allestita una dettagliata fotodocumentazione, alla quale sia rinviata, soprattutto per documentare il profilo muscolare completamente simmetrico, pure del gran pettorale destro. Nonostante questi fatti, il signor _____ soggettivamente non solo ha fatto valere nessun miglioramento intervenuto con l'operazione praticata, bensì un continuo peggioramento delle condizioni fisiche lungo tutto il braccio destro fino a tutt'oggi. Oggettivamente in occasione dell'esame odierno non abbiamo potuto evidenziare alcun deficit funzionale a livello del cinto omero-scapolare destro, risp. dei parametri sovrapponibili al precedente esame a _____ del 14.9.1999 nonché dell'1.3.2000 (all'Ospedale _____). Questo vale innanzitutto per la continuità intatta del tendine del muscolo pettorale maggiore reinserito nonché per l'adduzione vigorosa del muscolo, pure in flessione del braccio sinistro. Non può essere quindi attestato che un risultato riabilitativo ottimale. L'assicurato invece, per sottolineare il suo grave stato valetudinario ricorre a titolo privato, a ben 3 diversi medici in Italia, concretamente (come ci spiega oggi in modo chiaro) per ottenere una rendita d'invalidità, risp. liquidazione pari almeno all'importo di frs. 1'500.- mensili. Trattasi in sostanza delle relazioni ben succinte, se si valutano i fatti concreti, risp. l'esame obiettivo locale. Il dott. _____ parte già dal fatto erroneo che l'assicurato abbia riportato una lesione del labbro cartilagineo della glenoide e omette completamente l'esame specifico della funzione del gran pettorale! Anche il dott. _____ non dedica nessuna parte del suo esame alla funzione specifica del gran pettorale. Inoltre postula una "lesione capsulo-legamentosa" della spalla destra, senza alcuna motivazione, risp. specificazione in che cosa concretamente consista questa lesione (ben inteso) post-traumatica. In merito alla relazione del Prof. _____, abbiamo già preso posizione in modo esaustivo, il 4.9.2000. Quest'ultimo postula semplicemente una "rigidità articolare presumibilmente da retrazione capsulare", pur ammettendo una funzione normale del gran pettorale. Ciò che stupisce più di tutto da tutte e tre le relazioni fornite dal signor

_____, è il fatto che tutti i tre periti rimangono completamente silenti in merito all'atto medico centrale in questa faccenda, ossia l'esame artroscopico del 25.2.1999, esame che ha permesso di verificare un perfetto stato, senza alcuna reazione, pure a livello della capsula e legamenti dell'articolazione omero-scapolare. Effettivamente a prima vista, risp. durante un esame cursorio, non prendendo in considerazione la cooperazione dell'assicurato, sembra esserci alla spalla destra un deficit di mobilità, effettivamente non presente, ma prodotto dalla contrazione attiva della muscolatura antagonista. Il nostro esame, della durata di ben 2 ore, comunque può stabilire con certezza la funzione regolare del cinto omero-scapolare destro, anche per quanto riguarda il raggio di mobilità. Dal lato organico quindi non è spiegabile in nessun modo la sostenuta quasi completa perdita di forza alla mano destra (appena 6 kp!) oppure l'impossibilità di alzare una mattonella di appena 2,5 kg, nemmeno fino all'altezza della vita. Altrettanto non sono spiegabili con le conseguenze infortunistiche, l'importante ipestesia fatta valere lungo tutto il braccio, spalla e emicollo destri, il dimostrato tremolio e rigore incostante dell'arto superiore. Dal lato obiettivo quindi non sussistono delle premesse né per una diminuzione dell'esigibilità di lavoro né per il riconoscimento di una menomazione dell'integrità. Il signor _____ quindi continua ad essere abile al lavoro nella misura del 100% in qualità di manovale (dal 18.10.1999)" (cfr. doc. _). Così come già risulta dal referto allestito dal dott. _____, _____, nel corso del mese di febbraio 2000, era stato visitato presso la Clinica di chirurgia ortopedica dell'_____. In quell'occasione, il PD dott. _____ - tenuto conto del trofismo e della funzione della spalla destra - aveva certificato una completa abilità lavorativa (cfr. doc. _). Nel quadro della procedura amministrativa, l'assicurato ha prodotto un rapporto, datato 30 luglio 2001, del dott. _____, spec. in medicina legale e delle assicurazioni a _____, il quale ha sostanzialmente sostenuto che il suo paziente continua ad essere portatore di invalidanti postumi residuali dell'evento infortunistico del marzo 1997: " (...). Nell'infortunio sul lavoro occorsogli il 3.3.1997 _____ riportò un valido trauma distorsivo alla spalla destra con strappo muscolare al bicipite, rottura del tendine prossimale del gran pettorale nonché rottura della cuffia dei rotatori in prossimità dell'intervallo. Inizialmente la lesione tendinea fu sottovalutata. Dopo protratti periodi di riposo, di terapie riabilitative e dopo un intervento chirurgico nel febbraio '99, egli fu in grado di riprendere il proprio lavoro in modo ridotto e discontinuo dal settembre '99, con ricadute di inabilità temporaneo assoluta, anche dopo la chiusura dell'infortunio da parte della _____ al 18.10.99 per cui dovette utilizzare la Cassa Malati. Dall'ottobre 2000 egli lavora al 70% con orario ridotto. La situazione attuale non è certamente quella di una restitutio ad integrum della spalla destra, anche se l'intervento chirurgico ricostruttivo del febbraio '99 è stato correttamente eseguito. Il quadro attuale è quello di una marcata periartrite scapoloomerale destra cronica calcifica, con disturbi neurosensitivi, riduzione della forza muscolare e riduzione dei movimenti, in presenza di sindrome spalla-mano, in soggetto destrimane. La comparsa delle calcificazioni par articolari, assenti in una prima radiografia del 15.4.97 a distanza di 40 giorni dall'infortunio, è evidente nelle radiografie del 29.11.99. Anche la recente RMN del 27.6.2001 evidenzia una tenosinovite del capo lungo del bicipite omerale con minimo versamento intrarticolare e con un quadro evidente di tendinopatia cronica della cuffia dei rotatori. Anche l'EMG, pur essendo presente in questo esame una componente soggettiva, evidenzia assenza di deficit di conduzione nervosa (come è logico, in quanto non vi furono lesioni dei nervi), ma segnala che l'attività volontaria di reclutamento non è valutabile per la presenza di dolore. Vista la totale discrepanza con le valutazioni dei medici della _____ di

_____, i quali escludono totalmente la presenza di una residua menomazione o postumo funzionale, propongo al Magistrato di fare visitare _____ da un medico indipendente e competente, il quale possa valutare il caso in modo autonomo ed obbiettivo. ■ ■ ■ In considerazione della LAINF ritengo che debbano essere riconosciuti i periodi di ricaduta di inabilità temporanea assoluta ed in inabilità temporanea parziale al 50% sino al giugno 2000. Essendosi ormai stabilizzati i postumi in modo cronico e permanente, ritengo che la residua periartrite scapoloomerale calcifica sopradescritta, determini una menomazione all'integrità psicofisica di _____ pari al 15% (quindici per cento) in sede IMI. Tenuto conto della specifica attività di manovale edile, con utilizzo anche di mazza e di motopicco, in soggetto destrimane, ritengo che la perdita permanente della capacità lucrativa sia pari al 30% (trenta per cento) della sua normale, in accordo anche con il datore di lavoro " (rapporto 30.7.2001 del dott. _____, accluso al doc. _). Il dott. _____ ha così replicato alle considerazioni del medico privatamente consultato dall'insorgente: " Circa le precedenti osservazioni del dott. _____ in merito all'infortunio del marzo 1997, abbiamo già preso esaurientemente posizione, in occasione di un esame approfondito, il 22.5.2001. Nel suo nuovo rapporto del 30.7.2001, il dott. _____ si ripete nella sua "valutazione medico-legale" nell'affermazione che l'assicurato abbia riportato una "rottura della cuffia dei rotatori in prossimità dell'intervallo". Questo nonostante il fatto che l'integrità della cuffia rotatoria e delle strutture gleno-omerale fu verificata mediante esame artroscopico dettagliato, a livello universitario, il 25.2.1999. Nuovamente il suo esame clinico oggettivo si esaurisce in poche righe, senza entrare in merito alle singole strutture ritenute deficitarie, segnatamente senza riprodurre i valori di funzione della parte del corpo sottoposta all'operazione ricostruttiva. Nuovamente il dott. _____ elenca sotto dei fattori invalidanti la presenza di calcificazioni al punto d'inserimento del gran pettorale, alla diafisi omerale destra, indubbiamente dal lato clinico senza alcun significato, soprattutto per quanto riguarda la funzione del cinto omero-scapolare destro. Contrariamente a quanto sostenuto dal dott. _____, anche con l'effettuazione delle ultime radiografie (del 19.6.2001) non è stata documentata nessuna "periartrite scapoloomerale destra cronica calcifica", tanto meno di natura marcata. Effettivamente tutto lo spazio periarticolare è completamente privo di alcuna calcificazione. Un minimo quadro d'iniziale artrosi acromio-claveare, la presenza di poco liquido sinoviale attorno al tendine prossimale del capo lungo bicipitale (senza note di degenerazione tendinea), nonché la struttura tendinea della cuffia rotatoria completamente intatta (nemmeno con delle note di parziale interruzione), non permettono in nessun modo di diagnosticare una "evidente tendinopatia cronica della cuffia dei rotatori", tanto meno di natura post-traumatica. Per quanto riguarda le radiografie eseguite, persino i medici in Italia hanno confermato il reperto osteo-articolare della spalla destra "nei limiti dell'età". La calcificazione ovalare nelle parti molli viene (a giusta ragione) attribuita a "un linfonodo calcifico ascellare". In ultimo l'esame elettromiografico del deltoide, bicipite e tricipite viene valutato "non valutabile" per motivi di compliance (a quanto pare l'assicurato accusa - soggettivamente - dei dolori). A parte il fatto che l'esame non è utilizzabile, dal lato medico ci si pone la domanda, per quale motivo viene effettuato l'accertamento a livello dei muscoli che non fanno parte delle strutture imputate lese (rotatori, pettorale) né dei relativi nervi. In sintesi, anche alla luce della nuova documentazione medica prodotta dal rappresentate legale del signor _____ (Avv. _____), deve essere confermata integralmente la nostra decisione dell'11.1.2001" (cfr. doc. _). Unitamente al proprio atto ricorsuale, _____ ha versato agli atti un secondo "parere medico-legale" del dott. _____, il quale si è

essenzialmente riconfermato nelle proprie conclusioni: " (...). In primo luogo, quanto alle lesioni subite nego totalmente che "la struttura tendinea della cuffia rotatoria sia completamente intatta (nemmeno con delle note di parziale interruzione)" e che non si possa in alcun modo diagnosticare una tendinopatia cronica della cuffia dei rotatori, tanto meno di natura post-traumatica, come afferma il dr. _____.

Preciso che la prima diagnosi dei sanitari di _____ fu di "strappo muscolare al bicipite di destra" e che quella degli ortopedici di _____, che lo visitarono il 4.1.99 fu di "rottura del tendine prossimale del gran pettorale nonché rottura della cuffia dei rotatori in prossimità dell'intervallo". Dopo l'intervento chirurgico del 25.2.99 di reinserzione transossea del tendine del gran pettorale dopo cruentazione della cresta del trochide, risultarono evidenti calcificazioni periarticolari alla spalla destra (radiografia del 29.11.99), assenti nelle prime radiografie dopo l'infortunio. Sottolineo in particolare l'esito di due esami recentemente effettuati presso l'Istituto Clinico _____: - ARTRO- RM DELLA SPALLA DESTRA del 22.11.2001: "esame eseguito prima e dopo iniezione in sede intraarticolare di 14 cc di soluzione fisiologica e contrasto iodato con sonda dedicata in tecnica di spin medico e ad eco di gradiente nelle proiezioni standard. Si esegue una valutazione comparata con un precedente controllo eseguito altrove in data 27.6.2001. Non versamento liquido intraarticolare in condizioni di base. Quale unico rilievo osseo si segnala una deformazione a colpo d'unghia nella regione iuxta trochitica omerale associata ad una millimetrica alterazione di segnale intrinseca da imbibizione trabecolare sottocorticale reattiva (post-traumatica?). Non altre lesioni ossee. Sostanzialmente corretto l'affronto articolare scapolomero ed acromioclaveare. L'iniezione in sede intraarticolare ha documentato un minimo spandimento anteriore fluido profondo rispetto al ventre del sottoscapolare, espressione di una assai sospetta lesione parziale anteriore della capsula. Non sono evidenti alterazioni dei profili o del segnale del cerchio fibrocartilagineo glenoideo ai diversi livelli considerati. Complessivamente nei limiti del quadro miotendineo a carico del sovraspinoso il cui ventre muscolare è normo trofico con solo minimo impingement sottoacromiale della testa omerale. Non lesioni miotendinee del sottoscapolare degli extrarotatori i cui ventri muscolari sono normo trofici. Lieve assottigliamento dell'estremo distale del tendine del capolungo del bicipite con assai sospetta lesione parziale delle fibre dello stesso senza segni disinserzione prossimale. Irregolarità dei profili e segnale del complesso labbro bicipitale. Distalmente tendine del capolungo decorre nella gronda omerale ed è di morfologia nei limiti. È mal valutabile il ventre muscolare del gran pettorale ricostruito, verosimilmente parzialmente ipotrofico: se del caso clinico il quadro è meritevole di studio comparato con sonda totale body simmetrico del ventri del pettorale". - ECOTOMOGRAFIA CUTE E SOTTOCUTE del 29.11.2001: "Lo studio del muscolo pettorale destro mostra la presenza di fibre più esterne del muscolo in sede craniale vicino al pilastro anteriore dell'ascella, la presenza di grossolana calcificazione lamellare di 4x1x1 cm di diametro con fibrosi marcata delle fibre muscolari contigue senza raccolte liquide". Tali esami mostrano quanto sia errata la valutazione del dr. _____, il quale nega sia le lesioni iniziali sia la presenza di una periartrite scapolomero destra calcifica e delle alterazioni permanenti del muscolo gran pettorale, e sulla base di questo pregiudizio ritiene che le limitazioni di _____ siano esclusivamente delle assurde pretestazioni. Gli esami strumentali (artro RM della spalla destra con mezzo di contrasto iodato ed ecotomografia del muscolo pettorale destro) documentano invece la presenza di un minimo spandimento anteriore fluido profondo al sottoscapolare come da lesione parziale anteriore della capsula, assottigliamento del capo lungo del bicipite omerale, irregolarità del complesso labbro bicipitale e grossolana

calcificazione lamellare nel muscolo pettorale destro vicino al pilastro anteriore dell'ascella. In presenza di postumi invalidanti di natura permanente alla spalla destra che impediscono la normale funzionalità dell'arto superiore destro nei gesti gravosi e/o lavorativi sopra i 90° di elevazione, ritengo che debba essere riconosciuta una menomazione dell'integrità psicofisica pari al 15% (quindici per cento) della totale, tenuto conto della Tabella 1 elaborata dai medici della SUVA che indica tra il 10 ed il 25% il danno indotto da una periartrite scapuloomerale media o grave. Quanto alla capacità lavorativa, essa dovrà essere verificata insieme al datore di lavoro: tenuto conto della specifica attività di manovale edile addetto alle demolizioni con mazza e il motopicco, la perdita di capacità lavorativa e lucrativa risulta pari al 30% (trenta per cento) della sua normale" (doc. _). Le considerazioni del dott. _____ sono ancora state oggetto di critiche da parte del medico di circondario dell'_____: " Il dott. _____ con il suo rapporto del 12.12.2001, in sostanza sostiene che ci siano dei danni post-traumatici concreti a livello della spalla destra, in base ad un esame d'artro-RM del 22.11.2001 ed eco-tomografia della cute e sottocutale del 29.11.2001. Pure citando il testo integrale del referto MR (dott. _____), il dott. _____ non può mostrare nessuna lesione post-traumatica a livello dell'articolazione omero-scapolare o zona periarticolare della spalla destra. Questo vale innanzitutto per la cuffia rotatoria, il tendine prossimale del bicipite nonché dell'apparato capsulo-legamentare. A questo punto non va dimenticato che già l'esame di risonanza magnetica della spalla destra del 6.4.1998, ha evidenziato una struttura intatta della cuffia rotatoria, segnatamente del sovraspinato, del sotto-scapolare e tendine del capo lungo bicipitale. Inoltre deve essere nuovamente sottolineato che l'esame di prova per la presenza o assenza di una lesione articolare/periarticolare è l'artroscopia del 25.2.1999, accertamento che ha permesso di documentare tutte le strutture sovradescritte intatte, senza alcuna lesione traumatica, referto registrato pure con dettagliata fotodocumentazione. L'esame di risonanza magnetica del 22.11.2001 non rappresenta in modo sufficiente il muscolo gran pettorale, poiché non effettuate delle sezioni incentrate su questa zona (cl clinicamente funzione completa). In merito alle calcificazioni postulate in base al "eco-tomografia cute e sottocute" del 29.11.2001, all'inserzione del gran pettorale, sia rinviato pure all'esame radiologico del 22.11.2001, dove è riconoscibile una cresta del trochite maggiore moderatamente protuberante (nella misura di ½ cm), sulla lunghezza di 4 cm (5 cm sotto la spalla), referto completamente normale dopo l'inserzione cruenta del tendine pettorale, senza alcun significato clinico. Contrariamente a quanto sostenuto dal dott. _____, tale referto non costituisce alcun fattore invalidante, mentre a livello articolare è stato escluso (in modo provato e documentato fotograficamente) una lesione strutturale post-traumatica (soprattutto lesione capsulare, ecc.). A questo punto si fa pure riferimento all'artrografia della spalla destra del 22.11.2001, senza alcun sospetto di extravasazione del mezzo di contrasto, quindi senza sospetto di una lesione a livello dell'apparato legamento capsulo-legamentare o della cuffia rotatoria. In base a queste considerazioni deve essere integralmente confermato il contenuto della decisione (su opposizione) del 21.9.2001" (IV 1). 2.7. Allo scopo di finalmente chiarire la questione riguardante la sussistenza o meno di sequele traumatiche a livello dell'arto superiore destro, questa Corte ha ordinato una perizia giudiziaria, affidandone l'allestimento al dottor _____, _____ della Clinica di ortopedia dell'Ospedale cantonale di _____. Va immediatamente detto che il perito giudiziario ha consegnato al TCA il proprio referto in data 16 dicembre 2002, omettendo però di rispondere ai quesiti postigli dall'Istituto assicuratore convenuto (cfr. XIX). Pertanto, il 3 febbraio 2003, lo scrivente

Tribunale ha impartito al dott. _____ un termine scadente il 21 febbraio 2003, affinché procedesse a completare la sua perizia giudiziaria (cfr. XXIII). Il rapporto completato, datato 19 febbraio 2003, è pervenuto il 24 febbraio 2003 (XXIV). Dopo aver ricostruito l'anamnesi dell'assicurato (cfr. XXIV, p. 1-3) ed averne descritto lo status , clinico e radiologico, degli arti superiori (cfr. XXIV, p. 3-4), il perito giudiziario ha così risposto al quesito n. 1 di parte convenuta, con il quale gli si chiedeva di voler indicare referto e diagnosi a livello del braccio destro: " (...) 1) rechter Arm: Befunde, Diagnose Siehe Seite 3 und 4. Zusammenfassend fällt vor allem auf, dass der Levator scapulae rechts weniger ausgeprägt vorhanden ist als links, dass eine Narbe deltoideo-pectoral besteht, die stark druckdolent ist, dass die Pectoralis major Sehne stark verdickt und adhären mit dem Subcutangewebe ist. Im weiteren deutlich eingeschränkte Beweglichkeit im Bereiche der rechten Schulter mit endständigen Schmerzen. Impingementzeichen rechts mit radiologisch Ossifikationen im Bereiche der Reinsertionsstelle des pectoralis major. Diagnose siehe Seite 4 " (XXIV, p. 4s.). D'altro canto, il dott. _____ ha così descritto i disturbi lamentati da _____ in relazione alle sequele dell'infortunio assicurato: " Zustand des Klägers infolge des Unfalles vom 3.3.1997 und heutige Beschwerden? Ich verweise hier auf die Punkte 1 und 2 des Gutachtens. Hauptprobleme sind belastete Ueberkopfarbeiten, verminderte Kraft rechts, Schmerzen bei Rotationsbewegungen, vor allem im Narbenbereich " (XXIV, risposta al quesito n. 1 di parte ricorrente). L'esperto designato dal TCA ha quindi affermato che i disturbi accusati dall'insorgente sono delle chiare conseguenze dell'intervento operatorio del 25 febbraio 1999 e, pertanto, dell'evento infortunistico del 3 marzo 1997: " ... Welche der Befunde stehen in einem wahrscheinlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 3.3.1997? Die Vernarbung und Adhärenz der stark verdickten Pectoralis major Sehne sowie die stark schmerzhafte Narbe deltoideo-pectoral sind eindeutig Folgen der Operation, welche als Folge des Unfalles vom 3.3.1997 notwendig war. Die eingeschränkte Beweglichkeit und die endständigen Beschwerden sind als Folge dieser Operation und demzufolge aus des Unfalles anzusehen. ... Besteht zwischen dem Unfall vom 3.3.1997 und den vom Versicherten angegebenen Beschwerden nach dem Dez. 1999 einen sicheren oder höchst wahrscheinlichen Kausalzusammenhang? Es besteht ein sicherer Zusammenhang zwischen den vom Versicherten geäußerten Beschwerden und dem Unfall vom 3.3.1997. Bei der heutigen Untersuchung findet sich eine deutliche Vernarbung und Adhäsionen im Bereiche der operierten Pectoralis major Sehne. Diese Vernarbungen sind eindeutig auf den Unfall vom 3.3.1997 und die erst zwei Jahre später erfolgte Operation zurückzuführen" (XXIV, risposta al quesito n. 2 di parte convenuta e n. 3 di parte ricorrente). Il perito giudiziario, da un canto, ha giudicato errate le conclusioni a cui sono pervenuti, a suo tempo, i dott. _____ e _____ e, d'altro canto, ha invece dichiarato di condividere la valutazione espressa dal dott. _____: " ... Nur aufgrund der wahrscheinlichen Unfallfolgen: - Teilen Sie die Schlussfolgerungen vom 28.2.2000 des Dr. _____, mehrmals bestätigt von Dr. _____, dass der Versicherte 100% arbeitsfähig ist? Wenn nein, Begründung? Nein. Ich teile diese Schlussfolgerung nicht, da beim Patienten eindeutig Beschwerden als Folge der Operation und damit des Unfalles weiterhin vorhanden sind, die eine volle Arbeitsfähigkeit mit dem rechten Arm nicht ermöglichen. Die adhären Pectoralis major Sehne verhindert zum Teil die Bewegungen und führt zu einer Fehlbelastung im Schultergelek, was die zusätzlichen Beschwerden auslöst. ... Schliesst sich der Experte an den Schlussfolgerungen des Spezialisten Dr. _____ an? Wenn nicht, aus welchen Gründen? Ich schliesse mich dieser Schlussfolgerung an " (XXIV,

risposta al quesito n. 3 di parte convenuta e n. 7 di parte ricorrente). 2.8. Unitamente alle proprie osservazioni (XXVI), l'assicuratore infortuni convenuto ha prodotto un referto, datato 6 marzo 2003, del dottor _____, spec. FMH in chirurgia presso l'Agenzia di _____. Egli si è espresso in termini critici a proposito del contenuto della perizia giudiziaria del 19 febbraio 2003, dichiarando finalmente di non poterne condividere le conclusioni: " (...). Anche leggendo la "seconda versione" del rapporto del dott. _____, rimangono - dal lato medico - tanti punti interrogativi, con una parte dei quali il sottoscritto era confrontato nel 1999 (costatando discrepanze fra i referti oggettivi e quelli soggettivi). Suscita innanzitutto la nostra non poco perplessità la "diagnosi" di una sintomatologia di conflitto subacromiale post-traumatica alla spalla destra, benché il Prof. _____ artroscopicamente aveva escluso qualsiasi lesione strutturale a tale livello (nessuna spiegazione o specificazione da parte del dott. _____ al riguardo). Anche la ridotta funzione della spalla destra (dolorosa e limitate tutte le escursioni della spalla destra), non è spiegabile con delle aderenze (postulate) a livello del gran pettorale, ma sarebbe motivata unicamente con una lesione in zona omero-scapolare, comunque esclusa con esami strumentali (p.e. diretta visione artroscopica). Effettivamente il dott. _____, pure nella seconda presa di posizione, non entra in merito ai nostri referti (anche fotograficamente ben documentati), del 1999 e quelli del Prof. _____, completamente contrastanti con quanto riportato dal perito giudiziario. Dal lato medico, è difficilmente spiegabile l'insorgenza di "adesioni", addirittura di natura invalidante, oltre 7 mesi dopo l'intervento di reinserimento tendineo (a livello dell'omero destro). Caso mai un fattore talmente invalidante (creando - come fu postulato - una rendita addirittura del 30%), richiede la verifica e quantificazione anche per mezzo di un esame di risonanza magnetica, nemmeno accennato da parte del dott. _____. Altrettanto postula nuovamente un'IMI del 10-15%, senza alcun riferimento all'OAINF o ulteriore specificazione. A questo punto - dal lato medico-assicurativo -, indipendentemente dalla procedura ricorsuale, non rimane altro che riesaminare l'assicurato, oltre tutto per specificare la dimensione delle "aderenze", poiché una tale (ma incomprensibile) sequela tardiva, potrebbe essere motivo di adesiolisi (intervento caso mai esigibile), vista l'entità del danno fatto valere dal dott. _____ e dott. _____. Nella medesima fase la _____ procederà anche all'esame dettagliato di risonanza magnetica, se potranno essere confermati i referti riportati dal dott. _____. In sintesi, anche la seconda presa di posizione del dott. _____ non dà una risposta ai quesiti e domande essenziali sollevate nel nostro rapporto del 30.12.2002, segnatamente l'importante limitazione di tutti i movimenti della spalla destra, già dal lato anatomico non può essere spiegata con le "aderenze" descritte dal perito giudiziario" (XXVI 1). 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 19 febbraio 2003 non contiene contraddizioni. Il solo fatto che il dottor _____ - specialista nella materia che qui interessa, alla cui competenza questa Corte fa, di tanto in tanto, capo con soddisfazione - 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. _____. Si deve, pertanto, ritenere che, contrariamente a quanto fatto valere dall'Istituto assicuratore convenuto, secondo il quale i problemi accusati dall'assicurato a livello dell'arto superiore destro, sarebbero stati privi di un sufficiente substrato organico (dove la decisione di sopprimere il diritto a qualsiasi prestazione), _____ continua, in realtà, a soffrire di disturbi - specificatamente, di aderenze nella regione del tendine del gran pettorale, le quali limitano parzialmente i movimenti e provocano un carico difettoso dell'articolazione della spalla destra, nonché di una sintomatologia di impingement alla spalla destra - in relazione di causalità, naturale ed adeguata (cfr., a quest'ultimo proposito, DTF 118 V 286 e 117 V 365 in fine), con l'evento infortunistico del 3 marzo 1997. Va comunque precisato, a proposito delle diagnosticate aderenze, che il perito giudiziario ha indicato che esse sono la conseguenza dell'intervento artroscopico di reinserzione transossea del tendine del gran pettorale, a cui il ricorrente è stato sottoposto il 25 febbraio 1999 presso la Clinica di chirurgia ortopedica dell'_____. Ora, l'art. 6 cpv. 3 recita che l'assicurazione effettua le prestazioni per lesioni causate all'infortunato durante la cura medica. La portata di quest'ultima disposizione è precisata dall'art. 10 OAINF, a mente del quale l'assicurato ha diritto alle prestazioni anche per lesioni corporali occorsegli durante un esame medico ordinato dall'assicuratore o reso necessario da altre circostanze. Adottando questa disposizione il legislatore ha coscientemente operato una suddivisione dei rischi tra l'assicurazione contro gli infortuni e quella per le malattie. Pertanto, l'assicurazione contro gli infortuni risponde di ogni lesione provocata dalla cura (trattamento medico) successiva a infortuni assicurati, senza che l'atto lesivo rientri necessariamente nella nozione d'infortunio o sia dovuto ad un errore medico o lesione corporale penalmente perseguibile (DTF 118 V 286, consid. 3b; cfr., pure, Ghélew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), Losanna 1992, p. 58s.). Nondimeno, la responsabilità è

limitata ai danni alla salute che sono stati causati da provvedimenti terapeutici applicati in seguito ad un infortunio. L'assicuratore contro gli infortuni deve intervenire soltanto per quei danni che si trovano in una relazione di causalità, naturale ed adeguata, con misure terapeutiche o provvedimenti diagnostici resi necessari a seguito dell'infortunio assicurato. Per contro, non cadono nel campo di applicazione degli artt. 6 cpv. 3 LAINF e 10 OAINF, atti od omissioni in nesso di causalità con malattie e che quindi non appartengono alla cura medica ai sensi dell'art. 10 LAINF. L'assicuratore infortuni non deve rispondere delle conseguenze di un danno alla salute completamente estraneo all'infortunio assicurato, anche qualora queste conseguenze (ad esempio, un infarto cardiaco) avrebbero potuto essere evitate se solo il medico incaricato dall'assicuratore avesse tempestivamente posto la diagnosi (cfr. RAMI 2002 U 463, p. 428ss., nonché dottrina e giurisprudenza ivi citate). Nella concreta evenienza, è indubbio che l'operazione in questione - effettuata con il consenso dell'assicuratore LAINF, che ne ha pure assunto i relativi costi (cfr. doc. _) - sia stata eseguita per la cura di un danno alla salute - la rottura del tendine del muscolo gran pettorale - causato dall'infortunio del marzo 1997 (cfr. doc. _). Se ne deduce, pertanto, che la responsabilità dell'_____ si fonda sugli artt. 6 cpv. 3 LAINF e 10 OAINF. In esito ai considerandi che precedono, l'incarto va retrocesso all'_____, affinché definisca il diritto alle prestazioni dal profilo materiale e temporale (cfr. dispositivo di cui alla STFA del 27 giugno 2001 nella causa S., U 158/00).

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