

TI_GERICHTE 35.2002.32 vom 5. März 2002

TI Tribunale d'appello, 2002-03-05, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2002.32

FR: TI_GERICHTE 35.2002.32 du 5 mars 2002

IT: TI_GERICHTE 35.2002.32 del 5 marzo 2002

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. 2.4. Va comunque ricordato 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 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). 2.5. 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).

2.6. In virtù dell'art. 11 OAINF, l'assicuratore LAINF è 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 è soltanto l'esistenza di un nesso di causalità (cfr. STFA del 31 luglio 2001 nella causa H., U 122/00).

2.7. Dalle tavole processuali emerge che l'Istituto assicuratore convenuto ha negato il proprio obbligo contributivo a contare dal 10 dicembre 2001, sostenendo che l'operazione chirurgica eseguita l'11 dicembre 2001 presso l'_____ e l'incapacità lavorativa che ne è derivata, non sarebbero da ricondurre ad un danno alla salute che si trova in una relazione di causalità naturale con l'uno o altro degli infortuni assicurati. Così facendo, l'assicuratore LAINF si è essenzialmente rimesso al rapporto 10 gennaio 2002 del medico di circondario, il dottor _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica: " (...) Nel 1998 l'assicurato ha subito un incidente (non _____) con il motorino, procurandosi una frattura della tibia sinistra, per cui è operato tramite osteosintesi aperta con chiodo universale, non bloccato alla tibia sinistra. Il 19.10.2001, nell'intento di uscire dall'automobile, ha sbattuto violentemente lo stinco sinistro contro lo spigolo della portiera. Inabilità lavorativa di 6 giorni. Il 26.11.2001 gli cade un pannello sulla gamba sinistra. Il 26.11.2001, al Pronto soccorso, si trova uno stato dopo contusione della tibia sinistra. Inabilità lavorativa presumibile di 3 giorni. Hanno prodotto l'asportazione del materiale d'osteosintesi ed una correzione della gamba, vista la mal rotazione della tibia a causa dell'intervento di 3 anni fa. L'11.12.2001 viene eseguita un'osteotomia di derotazione, una valgizzazione e flessione dopo asportazione materiale d'osteosintesi. VALUTAZIONE Quest'ultimo intervento è sicuramente stato eseguito per la correzione di una mal-unione, a seguito dell'osteotomia di 3 anni fa. Il piede era rotato internamente. In occasione della visita al PS (26.11.01) l'assicurato chiede l'asportazione del materiale d'osteosintesi e vista la mal-unione, si è proceduto pure all'intervento summenzionato. Quest'intervento non è però da mettere in relazione con gli ultimi due

infortuni, nei quali l'assicurato ha contuso unicamente la gamba. Una semplice contusione non può causare una mal-unione o una mal-rotazione della gamba. L'intervento da parte nostra è da rifiutare e la causalità tra i due ultimi infortuni è estinta." (doc. __ - la sottolineatura è del redattore) La tesi difesa dall'_____ - o per meglio dire dal proprio medico di fiducia - è stata genericamente censurata da _____, a mente del quale il violento impatto del pannello sulla tibia sinistra avrebbe provocato menomazioni che hanno reso necessario l'intervento chirurgico del dicembre 2001 (cfr. I, p. 5). Attentamente esaminata la documentazione presente all'inserito, questo TCA non ritiene di dover dare seguito alle censure sollevate dall'insorgente. Infatti, l'opinione del dottor _____ può validamente costituire da supporto probatorio al presente giudizio, se si considera che, per costante giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale mentre invece nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (cfr. RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; sentenze inedite 5 gennaio 1993 in re S., 5 aprile 1984 in re M. e 2 novembre 1983 in re M.; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in BJM 1989 pag. 30 seg.). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10, p. 33ss. e RAMI 1999 U 356, p. 572), la nostra Corte federale ha ancora confermato che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Per quel che concerne il valore probante di un rapporto medico, determinante è che il rapporto sia completo sui temi sollevati, che sia fondato su esami approfonditi, che tenga conto delle censure dell'assicurato, che sia stato redatto in piena conoscenza della pregressa vicenda valetudinaria (anamnesi), che sia chiaro nella presentazione del contesto medico e che le conclusioni siano chiare, motivate e condivisibili (RAMI 1991 U 133 p. 311 consid. 1; RAMI 1996 U 252 p. 191ss.; DTF 122 V 160ss. consid. 1c e riferimenti). Realizzate queste condizioni, i pareri redatti dai medici dell'_____ hanno pieno valore probatorio, anche quando essi si sono espressi unicamente in base agli atti, dunque senza visitare personalmente l'assicurato (cfr. STFA del 10 settembre 1998 nella causa R., U 143/98 e STFA del 2 luglio 1996 nella causa A., U 49/95). Quanto affermato dall'insorgente, non soltanto è contrario all'apprezzamento espresso dal dottor _____, specialista proprio nella materia che qui interessa, ma non trova neppure conferma nella restante documentazione medica presente all'inserito. In effetti, con certificato del 14 dicembre 2001, i sanitari dell'_____ hanno dichiarato che l'osteosintesi di correzione dell'11 dicembre 2001 si è resa necessaria per un callo vizioso 3 anni dopo osteosintesi aperta con chiodo universale a livello della tibia sinistra su frattura della gamba sinistra (cfr. doc. __). D'altra parte, lo stesso medico curante del ricorrente, il dottor _____, in data

E. 14

dicembre 2001, ha riferito di un decorso favorevole, sottolineando la guarigione della piccola escoriazione (2x2 cm) con raggiungimento dello status quo ante. Il dottor _____ ha altresì rilevato, da un canto, che i dolori lamentati da _____ erano probabilmente causati dal callo osseo della pregressa frattura che si trovava nella zona

contusa e, d'altro canto, che la nota operazione di correzione alla tibia era addirittura stata pianificata già prima che l'assicurato rimanesse vittima dell'evento traumatico del novembre 2001 (cfr. doc. _). In queste condizioni, è dunque a ragione che l'Istituto assicuratore convenuto si è rifiutato di prendere a proprio carico i costi generati dalla nota operazione chirurgica nonché di indennizzare l'incapacità lavorativa che ne è risultata. 2.8.

_____ - a titolo sussidiario - ha fatto valere che l'obbligo prestativo dell'_____ deriverebbe dalla Convenzione di sicurezza sociale fra la Svizzera e la Repubblica di _____ del 1° gennaio 1969 (RS 0.831.109.763.1). Lo scrivente TCA non può condividere questa opinione. Gli atti di causa dimostrano che i disturbi all'arto inferiore sinistro che hanno reso necessario l'intervento operatorio dell'11 dicembre 2001, costituiscono una ricaduta dell'infortunio occorso all'insorgente nel 1998. All'epoca, egli si trovava ancora in _____ (prima entrata in Svizzera il 1° agosto 2000, cfr. doc. _) e, pertanto, non era ancora assicurato contro gli infortuni presso l'_____ (cfr. l'art. 1 cpv. 1 e 3 cpv. 1 LAINF). Al considerando 2.6. si è già detto che il diritto a prestazioni presuppone che il danno alla salute si trovi in una relazione di causalità (naturale ed adeguata) con un evento assicurato. Ciò non è evidentemente il caso nella presente fattispecie, giacché l'incidente della circolazione del 1998 è sopravvenuto ad un'epoca in cui non esisteva ancora copertura assicurativa presso l'_____. L'invocata convenzione internazionale, da parte sua, non contiene alcuna disposizione che consenta di derogare a questa chiara situazione giuridica. In particolare, non può qui trovare applicazione l'art. 17 §2, giusta il quale se i cittadini turchi e svizzeri hanno diritto, secondo le disposizioni legali di una delle Parti contraenti, a prestazioni in natura in caso di infortunio sul lavoro o di malattia professionale, essi fruiscono delle prestazioni in natura, ove abbiano trasferito la loro residenza, durante la cura medica, nel territorio dell'altra Parte, previo consenso dell'istituto assicurativo competente, fatto salvo il diritto di ottenere la rifusione delle prestazioni per l'istituto assicurativo che le ha anticipate (cfr. art. 19). In effetti, la succitata disposizione convenzionale regola una fattispecie diversa rispetto a quella sub iudice. Essa vuole permettere ad un cittadino di uno Stato contraente di continuare a beneficiare delle prestazioni in natura, anche qualora, in corso la cura medica, egli trasferisca la propria residenza sul territorio dell'altro Stato. Ora, al momento in cui _____ ha trasferito la propria residenza in Svizzera, i trattamenti relativi ai postumi dell'infortunio del 1998 erano conclusi (cfr. doc. _). 2.9. Con il proprio gravame, l'assicurato ha domandato di essere posta al beneficio dell'assistenza giudiziaria e del gratuito patrocinio (cfr. I, p. 7). Secondo la giurisprudenza, i presupposti per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono di massima adempiuti se il richiedente si trova nel bisogno, se l'assistenza di un avvocato è necessaria o perlomeno indicata e se le sue conclusioni non sembrano avere esito sfavorevole (cfr. DTF 125 V 202 consid. 4a e 372 consid. 5b, ambedue con riferimenti). Nel caso di specie, a prescindere dal quesito di sapere se il ricorrente si trovi effettivamente nel bisogno, l'ultimo presupposto non è dato; l'innammissibilità del gravame del 13 maggio 2002 risultava in effetti evidente. È pertanto da respingere la domanda intesa ad ottenere la concessione dell'assistenza giudiziaria e del gratuito patrocinio.