

TI_GERICHTE 35.2002.36 vom 22. Februar 2002

TI Tribunale d'appello, 2002-02-22, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2002.36

FR: TI_GERICHTE 35.2002.36 du 22 février 2002

IT: TI_GERICHTE 35.2002.36 del 22 febbraio 2002

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

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). 2.5. Nella presente fattispecie, l'assicuratore LAINF convenuto ha deciso di negare il proprio obbligo contributivo relativamente ai disturbi oggetto dell'annuncio di ricaduta del settembre 2001 (cfr. doc. _), fondandosi essenzialmente sull'opinione espressa dal proprio medico di circondario, il dottor _____, spec. FMH in chirurgia. Secondo questo medico, l'intervento artroscopico a cui è stato sottoposto _____ il 6 dicembre 2000, avrebbe avuto quale scopo il trattamento di un danno alla salute di natura squisitamente morbosa (nuova rottura del menisco laterale), non di pertinenza dell'_____. D'altro canto, sempre secondo il dott. _____, l'attuale stato dell'articolazione sarebbe da ricondurre alle complicazioni intervenute successivamente alla succitata operazione (infezione purulenta, la quale ha causato un'estesa artro-fibrosi, diffusa sinovite villosa iperemica e progressione dell'affezione condropatica da aggressione litica-enzimatica). Queste, segnatamente, le considerazioni contenute nel suo rapporto del 13 settembre 2001: " L'assicurato, colpito da infarto al miocardio nel 1998 e pure essendo diabetico, il 6.12.2000 viene sottoposto a un'artroscopia del ginocchio sinistro, risp. resezione selettiva al menisco laterale per rottura, intervento purtroppo seguito da infezione necessitante un'ulteriore ospedalizzazione fino al 3.2.2001. Trattasi di un assicurato a suo tempo (5.12.1989) sottoposto a meniscectomia parziale del corno posteriore del menisco mediale nonché il 24.7.1997 per una nuova lesione al corno posteriore del menisco mediale e pure lesione orizzontale in zona centrale del menisco laterale, alterazioni sistemate accuratamente e in modo completo mediante shaver (9.11930.89.7 e 10.30440.97.4). Quest'ultima artroscopia del 1997 fu assunta regolarmente dalla _____, poiché fatto valere un infortunio, il 3.4.1997. Nel 1997 viene già descritta una zona condropatica (femorale e mediale), non invece in zona laterale. Il recente intervento del 6.12.2000 (quasi 3 anni e mezzo più tardi) era inteso per sistemare una nuova lesione del menisco laterale (nuova rottura), seduta durante la quale vengono cuentanati anche dei focolai condritici laterali (nessun corpo libero o

flake cartilagineo che avrebbe necessitato dell'artroscopia). Trattasi quindi di un'indicazione artroscopica per dei referti patologici nuovi, non presenti né nel 1989 né nel 1997. Per questo motivo - a parte il fatto che alla _____ in nessun momento fu richiesto il benessere o data la possibilità di una presa di posizione - l'intervento del dicembre 2000 e le successive complicazione non sono delle conseguenze dirette dell'infortunio del 3.4.1997, tanto meno del caso del 1989. Per quanto riguarda l'attuale grave menomazione di questo ginocchio, risp. avanzata gonartrosi tricompartimentale, è da fare responsabile la complicazione dell'intervento del 2000 ossia infezione purulenta, la quale ha provocato un'estesa artro-fibrosi, diffusa sinovite villosa iperemica e progressione dell'affezione condropatica da aggressione litica-enzimatica, per cui il signor _____ ha dovuto essere sottoposto ad un nuovo intervento chirurgico (il 19.1.2001), con ulteriore ospedalizzazione di quasi un mese. " (doc. _). Il medico di circondario dell'_____ ha avuto ancora modo di precisare la propria tesi, prendendo posizione in merito al contenuto dell'atto di opposizione presentato dal patrocinatore di _____: " Contrariamente a quanto sostenuto dall'avv. _____ (rappresentante legale dell'assicurato) non corrisponde assolutamente ai fatti che il 24.7.1997, durante l'artroscopia eseguita dal dott. _____, la lesione meniscale laterale sia "rimasta". Sostiene "dopo attento esame della video-cassetta dell'intervento", che la rimanenza di una grave lesione del menisco laterale, risp. vasta rottura orizzontale che si propaga dal corno anteriore fino al corno posteriore, non sia stata sistemata. Quest'affermazione suscita la nostra massima perplessità, poiché ripassando la video-registrazione, si può assistere in ogni dettaglio alla minuziosa regolarizzazione del menisco laterale, alla fine senza residuo di alcuna rottura! Per quanto riguarda l'assenza di artrite purulenta, ugualmente sostenuta dall'avv. _____, sia precisato che questa diagnosi risulta a varie riprese nella cartella clinica e che la fuoriuscita del materiale viene chiaramente descritto purulento . A questo punto non va dimenticato che l'assicurato è un diabetico con glicemie, pure durante l'artroscopia non normalizzate, circostanza con la quale aumenta notevolmente il rischio di un'infezione. L'argomentazione d'assenza di microrganismi in coltura viene largamente spiegata dal fatto che l'assicurato già durante l'artroscopia era sotto l'influsso di un antibiotico molto potente, a spettro largo (cefalosporina di nuova generazione!). Da queste considerazioni consegue in modo chiaro che la nuova rottura del menisco laterale e la successiva artrite purulenta non sono delle conseguenze degli infortuni di nostra pertinenza. Secondo l'avv. _____, l'assicurato non condivide che l'affezione purulenta sia alla base dell'estesa artro-fibrosi e diffusa sinovite villosa iperemica, tuttavia senza fornire un'argomentazione convincente, tanto meno di natura medico-scientifica. In sintesi, l'avv. _____ con il suo scritto del 4.1.2002 non fornisce alcun nuovo fattore medico oggettivo, atto ad invalidare le nostre precedenti prese di posizione (13.9.2002, 28.9.2001), per cui deve essere integralmente confermata la decisione del 2.10.2001. " (doc. _). 2.6. 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 chirurgia. Dopo aver ricostruito, in maniera minuziosa, l'anamnesi dell'assicurato (cfr. X, 2-3) ed averne altrettanto puntualmente descritto lo status , clinico e radiologico, a livello delle ginocchia (cfr. X, p. 3-5), il perito giudiziario ha diagnosticato, per quanto qui d'interesse, una gonartrosi di media gravità: " DIAGNOSE a. mittelschwere Gonarthrose beidseits , charakterisiert durch eine Einschränkung der Beweglichkeit beidseits um je 40%, starke Knochenwucherungen ("Osteophyten") beidseits, und beginnende Deformation und Verschmälerung der radiologischen Gelenkspalten beidseits. - Zustand nach Meniskusverletzung und -operation

1986 rechts medial, sowie arthroskopischer Gelenktoilette rechts 1996. - Zustand nach Meniskusverletzung und -operationen links 1989 und 1997, nach Miniskusoperation, Knorpelplastik und Kapselspaltung links 2000 und nachfolgender eitriger Kniegelenk - infektion . b. Meniskusganglion lateral rechts. c. starke Hypercholesterinämie , leichter Diabetes mellitus Hypertonie . d. Koronare Herzkrankheit . Zustand nach Bypass-Operation der Kranzarterien 1998 " (X, p. 5). Il dott. _____ ha, d'altra parte, affermato che il danno alla salute di cui il ricorrente è portatore al ginocchio sinistro si trova molto verosimilmente in una relazione di causalità naturale con gli eventi traumatici assicurati: " KAUSALITÄT a. die doppelseitige Gonarthrose , ist hauptsächlich auf die mehrfachen doppelseitigen Meniskusverletzungen und -operationen zurückzuführen, und erst in zweiter Linie auf die langjährige schwere Berufsarbeit. - Die eitrige Gelenkinfektion hat die Gonarthrose links nicht sichtbar verstärkt, wie das bei anderen Fällen oft beobachtet wird. Verglichen mit dem rechten Knie sind weder die Beweglichkeit noch das Röntgenbild schlechter geworden. Hypercholesterinämie und Diabetes haben keinen Einfluss auf Arthrosen (Literatur "Stoffwechselkrankheiten und Arthropathie", in Miehle W., Fehr K., Schattenkirchner M., Tillmann K., "Rheumatologie in Praxis und Klinik", 2. Auflage Georg Thieme, Stuttgart 2000). (...)" (X, p. 6) " 2) Die Beschwerden, die der Versicherte seit Dezember 2000 beklagt, sind in einem wahrscheinlichen oder nur in einem möglichen Kausalzusammenhang mit den Unfällen vom 29. November 1989 und/oder 3. April 1997? Welches ist die Begründung? Die Beschwerden, die der Versicherte in beiden Knien seit 1999 beklagt, sind links in einem sehr wahrscheinlichen Zusammenhang mit den Unfällen vom 29. November 1989 und 3. April 1997, und rechts in einem sehr wahrscheinlichen Zusammenhang mit jenen vom 24.5.1986 und 18.11.1995. 2) Stehen die diagnostizierten Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem Kausalzusammenhang mit den Unfällen vom 29. November 1989 und/oder 3. April 1997? Ja . " (X, risposta al quesito n. 2 di parte convenuta, rispettivamente, n. 2 di parte ricorrente - la sottolineatura è del redattore). L'esperto designato dal TCA ha quindi negato che l'infezione insorta nel mese di gennaio 2001, rispettivamente, la lesione del menisco laterale trattata il 6 dicembre 2000 presso la Casa di cura " _____ " di _____, rivestano un qualsiasi ruolo causale per rapporto all'attuale stato del ginocchio sinistro: " 3) Im Besonderen, ist eine eiterige Infektion verantwortlich für die heutigen Beschwerden, wie Dr. _____ in seinem Bericht vom 13. September 2001 (Dok. _) vermutet hat ? Für die heute - Oktober 2002 - bestehenden Beschwerden ist die eitrige Infektion vom Januar 2001 nicht mehr verantwortlich. Dieselbe ist heute m.E. ausgeheilt ohne zusätzliche Schädigung des linken Knies. Die im September 2001 geklagten Beschwerden konnten möglicherweise zu einem kleinen Teil noch von der Infektion herrühren, da eine solche erfahrungsgemäss noch monatelange Schmerzen nach sich zieht. - Leider sind die damaligen Befunde von Dr. _____ nicht dokumentiert worden, sofern er den Patienten überhaupt untersucht hat. Dr. _____ hat zwei Monate vorher - im Juli 2001 - bereits keine Infektion mehr feststellen können. 4) Sind extra-traumatische Faktoren für die Beschwerden mitverantwortlich? In welchem prozentualen Mass? Die heutigen Kniebeschwerden betreffen beide Kniegelenke , das rechte wie das linke, im gleichen Masse , und sind durch eine doppelseitige Gonarthrose verursacht, die weitgehend eine Folge von versicherten Unfällen darstellt, rechts jener vom 24.5.1986 und 18.11.1995, links jener vom 12.11.1989 und 3.4.1997. Die ohne Unfall entstandene laterale Meniskusläsion links , die am 6.12.2000 in _____ im selben Eingriff mit der Arthrosebehandlung operiert wurde, hat m.E. keinen Einfluss auf die weitere Entwicklung der Arthrose gehabt. Die Arthrose am linken

Knie war damals schon weit fortgeschritten. Sie ist auch heute gleich schwer wie rechts, wo der laterale Meniskus - noch - nicht operiert ist. Wie Herr _____ angibt, sind seither die Schmerzen im linken Knie nur mehr im ganzen Knie und nicht mehr lateral lokalisiert, aber insgesamt nicht geringer als rechts. (...) " (X, risposta ai quesiti n. 3 e 4 di parte ricorrente). Rispondendo al quesito n. 3 di parte convenuta, il dott. _____ ha illustrato le ragioni per cui non ha potuto condividere appieno la valutazione del dott. _____: " 3) Teilt der Experte die Bewertungen vom 13. September 2001 bzw. 14. Januar 2002 von Dr. _____? Wenn nein, aus welchen Gründen? Ich teile seine Beurteilung, dass Herr _____ im Neujahr 2001 eine eitrige postoperative Infektion des linken Knies erlitten hat. Die genauen Aufzeichnungen des Spitals _____ lassen nicht daran zweifeln. Die gegenteilige Meinung von Dr. _____ beruht m.E. darauf, dass dieser die entscheidenden Laborbefunde vom Spitaleintritt übersehen hat. Es hat sich zweifellos um eine eher leichte Infektion gehandelt. Ich teile die Beurteilung von Dr. _____ in folgenden Punkten nicht : a. die Infektion ist durch die Behandlung im Spital _____ vollständig ausgeheilt . Von einer Arthrofibrose, diffuser Synovitis villosa und progressiver Chondropathie, von der Dr. _____ im Bericht vom 13.9.2001 geschrieben hat, ist - mindestens im heutigen Zeitpunkt - nichts mehr festzustellen . b. somit halte ich seine oben genannte Diagnose einer infektiösen Arthrofibrose, diffuser Synovitis villosa etc. als Ursache der Beschwerden für falsch . Aufgrund der objektiven Befunde sind die heutigen Beschwerden auf die Arthrose zurückzuführen. c. die Infektion hat keine sichtbare Verschlimmerung der vorbestehenden Arthrose des linken Kniegelenks vergleicht, die sich in den letzten 5 Jahren ohne Infektion ebenfalls, jedoch spontan auch verschlechtert haben. d. in seiner Beurteilung des Zustandes, der zur Operation des linken Knies am 6.12.2000 in _____ führte, hält er an der damaligen Zuweisungsdiagnose einer lateralen Meniskusläsion fest, obschon in den Krankenakten als Schlussdiagnose konsequent " Gonartrosi sinistra " aufgeführt ist, sowohl auf dem Deckblatt der Krankengeschichte wie im Operationsbericht und im Austrittsbericht. - Dementsprechend war auch die operative Behandlung in _____ hauptsächlich auf die Gonarthrose gerichtet. e. er hat diese häufigste Spätfolge von Knieverletzungen und Operationen - die Gonarthrose - nicht in seine unfallmedizinische Erwägungen gezogen, und bei der Durchsicht der Krankengeschichte wie auch der Röntgenbilder übersehen . Die Glaubwürdigkeit seiner Beurteilung wird dadurch stark vermindert, dass Dr. _____ in seinen Bewertungen vom 13. September 2001 und 14. Januar 2002 keine eigene ärztliche Untersuchung dokumentiert hat. Dies weckt den Verdacht, dass er damals Herrn _____ nicht persönlich untersucht hat. " (X, p. 9-10) 2.7. Unitamente alle proprie osservazioni (XVI), l'assicuratore infortuni convenuto ha prodotto un referto, datato 11 novembre 2002, del dott. _____, spec. FMH in chirurgia presso l'Agenzia di _____. Egli si è espresso in termini critici a proposito del contenuto della perizia giudiziaria del 21 ottobre 2002, dichiarando finalmente di non poterne condividere le conclusioni: " Oggetto principale delle nostre considerazioni del 13.9, 28.9.2001 e 14.1.2002 era di chiarire la causalità fra gli infortuni del 1989 e 1997 concernente il ginocchio sinistro, e gli interventi chirurgici effettuati a tale livello in dicembre 2000, risp. gennaio 2001. Si capiscono quindi male le osservazioni (d'altronde non chieste dal giudice), del dott. _____ (21.10.2002), che ritiene incomprensibile essere interpellato unicamente per quanto riguarda il ginocchio sinistro. Questo nonostante l'esplicita annotazione dell'avvocata _____ (22.2.2002), che puntualizza sin dall'inizio che "la presente procedura ha come unico oggetto il fatto di sapere se i disturbi al ginocchio sinistro aventi necessitato un

intervento nel dicembre 2000 sono la conseguenza degli infortuni del 22.11.1989 e/o 3.4.1997". Innanzitutto, in sede di opposizione il sottoscritto ha dovuto prendere posizione circa i due postulati dell'assicurato ossia di non aver subito alcuna infezione al ginocchio sinistro nonché dell'affermazione che il menisco laterale del ginocchio sinistro a suo tempo (nel 1997) non sia stata sistemata del tutto. Per dimostrare il contrario, ci sono serviti indubbiamente i documenti autentici di allora (cartelle cliniche del 2000/2001, video-registrazione del 24.7.1997), senza dover esaminare di persona l'assicurato ancora a tale distanza (a questo punto non va dimenticato che il sottoscritto aveva sottoposto il signor _____ ad un esame clinico approfondito con apprezzamento della causalità delle varie affezioni del ginocchio destro e sinistro già il 7.3.1996). Alla luce di queste premesse, si capisce male l'osservazione, anzi rimprovero del dott. _____ di fronte al medico di circondario di non aver esaminato l'assicurato di persona, mettendo addirittura in dubbio la credibilità del medico. Il dott. _____ tuttavia - al contrario della controparte - ammette che abbia avuto luogo effettivamente un'infezione purulenta del ginocchio sinistro. Inoltre ammette pure che la lesione meniscale laterale a sinistra sia insorta senza essere in relazione con un infortunio (pagina 11). Con questa affermazione riconosce de facto che il dott. _____ a suo tempo abbia sistemato la lesione meniscale in modo completo (nel 1997). Comunque sostiene che "il trattamento operatorio a _____ era incentrato principalmente sulla gonartrosi", benché proprio sulla copertina della cartella clinica della Casa di cura _____ figure ben chiaramente "motivo del ricovero: intervento chirurgico; diagnosi di accettazione: meniscopatia esterna, ginocchio sinistro"! Anche sotto il titolo dell'artroscopia del 6.12.2000 viene menzionata in prima linea la "meniscectomia esterna". Un'altra prova viene fornita dalla successiva cartella clinica, risp. ospedalizzazione a _____ del gennaio/febbraio 2001, dove figura nuovamente sulla scheda d'accettazione sotto obiettività/anamnesi: "in altra sede 08.12.2000 meniscectomia esterna ed artroscopia ginocchio sinistro". Della gonartrosi non si parla nemmeno. Pur ammettendo la mancanza di causalità fra lesione meniscale laterale e infortunio, il dott. _____ ritiene che essa non abbia nessun influsso sull'artrosi, come pure il ganglio meniscale laterale a destra ("solo di significato soggettivo, senza cambiamento del danno complessivo"). Anche se si tratta di alterazioni prettamente degenerative (disomogeneità strutturale su base degenerativa a destra, risp. fessura orizzontale a sinistra), la meniscectomia laterale (corno posteriore, corpo) contribuisce indubbiamente alla progressione della gonartrosi. D'altro canto - e questo dal lato medico sorprende molto -, il dott. _____ sostiene in modo assoluto che l'infezione del ginocchio sinistro non abbia comportato alcun peggioramento. Inoltre il perito incaricato dal TCA sostiene a varie riprese che si sia trattato unicamente di una "lieve infezione". I documenti autentici invece sono di un ben altro tenore. Come si può sostenere una cosa del genere, essendo a cognizione che il signor _____ ha dovuto essere ospedalizzato d'urgenza, a titolo stazionario, per la durata addirittura di un mese e questo soprattutto sapendo che l'infezione aveva preso inizio già un mese prima, ossia il giorno della meniscectomia laterale, artroscopica (quindi infezione iatrogena)! Il piartros quindi era presente e sintomatico già un paio di settimane prima dell'artroscopia in gennaio 2001 (vedi l'artrocentesi d'urgenza all'Ospedale di _____ (documentazione medica non fornita dall'assicurato), ciò che significa un lungo periodo di attività enzimatica-litica (dell'infezione sull'articolazione), soprattutto in un ginocchio presentando delle barriere anatomiche non più intatte. Inoltre non va dimenticato, che anche dopo questo intervento, lo stato infiammatorio del ginocchio sinistro non era guarito, data la necessità di una nuova artrocentesi e infiltrazione (oltre alla

mobilizzazione del ginocchio!), il 9.7.2001. L'apprezzamento del dott. _____ di una "lieve infezione" non regge del tutto, leggendo (rapporto ispettivo, 5.9.2001, controfirmato dall'assicurato) che " la situazione non è migliorata " ma addirittura non riesce a caricare il ginocchio in modo totale. Il dott. _____ confuta altrettanto in modo categorico che sia stata provocata una progressione della condropatia o una sinovite villosa e artro-fibrosi, benché anche il dott. _____ (ancora il 4.7.2001) attesti una sinovite residua, risp. accentuazione dei disturbi da quando sottoposto ai due interventi 2000/2001, senza che il paziente abbia risentito alcun miglioramento e specifica " anzi è subentrato un netto peggioramento che ha reso impossibile la ripresa del lavoro anche in misura parziale ". Il dott. _____ quantifica addirittura il peggioramento subentrato al ginocchio sinistro, con un tasso almeno del 20%. Alla luce di questa importante sintomatologia, ancora fatta valere dall'assicurato in settembre 2001 appare incomprensibile il "giudizio" del dott. _____ (pagina 8), quando osserva che l'apprezzamento del dott. _____ del 28.9.2001 era sbagliato (cioè di dover prima terminare le cure per il ginocchio sinistro; valutare dopo l'eventuale artroscopia del ginocchio destro), postulando addirittura che il ginocchio sinistro (in settembre 2001) era già guarito! Pure l'anamnesi dell'assicurato riportata dal dott. _____ (21.10.2002) depone indubbiamente per un peggioramento del ginocchio sinistro, visti dei dolori che comprendono tutta l'articolazione (a destra solo sulla parte laterale), del gonfiore che si manifesta piuttosto a sinistra sotto carico nonché dei cedimenti saltuari a sinistra, quadro clinico di questa entità non documentato prima dell'episodio 2000/2001. E' piuttosto sorprendente anche il fatto che il dott. _____, ma anche i medici in Italia, documentano ancora un'estensione completa del ginocchio sinistro (0°), mentre il dott. _____ in ottobre 2002 descrive un deficit, rispettivamente una perdita d'estensione di 15°, difficilmente spiegabile con una "artrosi preesistente non peggiorata visibilmente" (dott. _____). Il perito scelto da parte del TCA, in sostanza non ha dimostrato in nessun modo che il ginocchio sinistro -, oggetto di una grave infezione, della durata di un paio di settimane - sia guarita senza lasciar traccia, per cui la _____ si sarebbe per lo meno aspettata che egli abbia avuto modo di procedere ad una verifica mediante metodi strumentali ovvero ad un esame di risonanza magnetica che permetterebbe, senza dover procedere a misure invasive, a quantificare il danno intrarticolare, paragonando il referto (riproducibile) con i documenti precedenti. Una tale indagine quindi viene ritenuta indispensabile, ai fini di poter quantificare il danno causato dalla complicazione iatrogena, sistemata solo tardivamente e in base ai criteri oggettivi a nostra disposizione avente creato un peggioramento determinante. A questo punto non va dimenticato che si tratta di un assicurato diabetico, durante l'episodio dell'infezione non compensato e quindi di un organismo che non disponeva di forze difensive (contro l'infezione) sufficienti rispetto ad una persona sana. Inoltre non possiamo seguire le conclusioni del dott. _____, quando sostiene (in modo sommario) che la gonartrosi bilaterale sia causata dagli incidenti di pertinenza della _____ (86, 95 a destra; 89, 97 a sinistra), ben sapendo (i documenti erano a disposizione del perito incaricato dal TCA), che l'assicurato al momento del primo infortunio del 1989 al ginocchio sinistro era già portatore di alterazioni gonartrosiche, come condropatia femoro-patellare, osteofiti a livello dell'eminanza intercondiloidea, al margine superiore rotuleo e al condilo femorale interno. Anche al ginocchio destro già in occasione dell'infortunio del 1986, l'assicurato era già portatore dei segni di artrosi a livello delle spine tibiali, della rotula (polo craniale e al bordo laterale). Pure l'esame istologico documenta una degenerazione pre-esistente del menisco mediale (a livello del corpo meniscale!). E' quindi già documentata una gonartrosi bilaterale negli anni '80, patologia che combacia con

un morfotipo in varo e soggetto che presenta un sovrappeso dell'ordine di 12 kg, a quanto pare fino a tutt'oggi non normalizzato. Tale fattore, a parte il varismo, influisce in modo negativo sulla progressione di una gonartrosi già esistente. Inoltre non va dimenticato che in seguito a nessuno degli infortuni di nostra pertinenza, è stata evidenziata una lesione strutturale traumatica (le lesioni meniscali di natura degenerativa, come pure il ganglio meniscale laterale a destra). La graduale progressione della gonartrosi a destra e a sinistra è quindi essenzialmente risultato di fattori costituzionali/morbosi. Il dott. _____ invece ignora non solo questo fattore, ma anche le alterazioni degenerative pre-esistenti agli infortuni di nostra pertinenza. L'esame di risonanza magnetica, ritenuto indispensabile da parte della _____, almeno per il ginocchio sinistro (viste le conclusioni e i postulati del dott. _____) ci permetterà di valutare anche meglio lo stato delle strutture sinoviale e soprattutto legamentari (quest'ultime, per la prima volta descritte alterate al momento dell'artroscopia del gennaio 2001). Al riguardo non va dimenticato che il processo enzimatico-litico di un piartros, è in grado di macerare anche tali strutture! In sintesi - per quanto riguarda la gonartrosi - alla luce di quanto esposto, contrariamente a quanto sostenuto dal dott. _____, non abbiamo per niente "ignorato la gonartrosi come conseguenza tardiva delle lesioni delle ginocchia e operazioni" (pagina 10) bensì tenuto adeguatamente conto dello stato degenerativo, risp. dei fattori prettamente morbosi pre-esistenti come pure della loro evoluzione. Per tale motivo, già in marzo 1996 siamo giunti alla conclusione che non persisteva una menomazione dell'integrità ai sensi dell'OAINF, a carico degli infortuni di nostra pertinenza. In questo contesto non possiamo per niente condividere l'opinione del dott. _____, il quale sostiene che da lato medico una valutazione del danno fisico solo del ginocchio sinistro non abbia senso. Un tale apprezzamento invece, dal lato medico-infortunistico è ben fattibile e fa parte del nostro lavoro quotidiano. E' più difficile la separazione in merito all'esigibilità di lavoro, comunque (in caso di necessità) pure praticabile (non raramente capita di esser confrontati con un ginocchio menomato da conseguenze infortunistiche, nell'altro ginocchio da fattori morbosi). Sulla scorta della documentazione autentica a nostra disposizione deve essere integralmente confermata la decisione del 2.10.2001, anzi considerati gravemente lacunosi i mezzi di prova forniti dal dott. _____, di fronte al suo fermo postulato di una completa guarigione, senza alcun residuo, da parte dei due interventi del 2000/2001 che non hanno più permesso fino a tutt'oggi una ripresa lavorativa normale." (XIVbis) 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 21 ottobre 2002 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 p. 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. In definitiva, lo scrivente Tribunale non ha ragione per scostarsi dal contenuto del referto peritale del dott. _____. Le conclusioni a cui è pervenuto il perito giudiziario meritano comunque qualche riflessione. Il TCA constata che, in occasione dell'intervento artroscopico del 6 dicembre 2000, _____ è sì stato sottoposto ad una meniscectomia in ragione della presenza di una nuova lesione del menisco laterale (referto di origine morbosa), nondimeno, in quella stessa occasione, i sanitari hanno pure provveduto a trattare dei focolai condritici (cfr. la scheda di intervento di cui al doc. _), i quali, secondo il perito giudiziario, costituivano una naturale conseguenza degli eventi infortunistici assicurati. D'altro canto, appare incontestata la circostanza che l'infezione che ha colpito il ginocchio sinistro dell'insorgente e che ha reso necessario il suo ricovero presso l'Ospedale di _____ durante il periodo 5 gennaio-3 febbraio 2001, è una diretta conseguenza dell'operazione eseguita a _____ (cfr., ad esempio, il rapporto di uscita 3 febbraio 2001 [doc. _] in cui si parla esplicitamente di artrite settica post-chirurgica; X, risposta al quesito n. 1 di parte ricorrente: "(...) 2000 "gonartrosi diffusa" links, am 6.12.2000 operativ behandelt mittels "cruentazione" des zerstörten Knorpels und "lateral release" der Gelenkkapsel. Dieser Eingriff führte 2001 zu einem eher leichten eitrigen postoperativen Infekt des linken Knies, der unter korrekter Behandlung vollständig ausheilte" - la sottolineatura è del redattore; doc. _ : "Per quanto riguarda l'attuale grave menomazione di questo ginocchio, risp. avanzata gonartrosi tricompartimentale, è da fare responsabile la complicazione dell'intervento del 2000, ossia infezione purulenta, ..." - la sottolineatura è del redattore). Tenuto conto di quanto precede, la prima questione che si pone è quella a sapere se l'Istituto assicuratore convenuto può essere ritenuto responsabile per l'intervento operatorio del 6 dicembre 2000, rispettivamente, per le complicazioni che ne sono conseguite. Giusta l'art. 10 cpv.1 LAINF, l'assicurato ha diritto alla cura appropriata dei postumi d'infortunio. Tuttavia, l'istituto assicuratore deve assumere le spese della cura medica soltanto finché da essa ci si possa attendere un sensibile miglioramento dello stato di salute (art. 19 cpv.1 LAINF). Qualora l'assicurazione concluda che dalla continuazione della cura medica ci si può aspettare un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato, oppure ritenga che una cura proposta da quest'ultimo o dal suo medico curante non risulti

adeguata, essa può negare la continuazione delle prestazioni in base all'art. 48 cpv. 1 LAINF. La legge autorizzando l'assicuratore a stabilire, in un caso specifico, i necessari provvedimenti diagnostici e terapeutici, essa contemporaneamente gli attribuisce, secondo il principio delle prestazioni in natura vigente nella LAINF per quanto riguarda la cura medica (cfr. F.-X. Descheneaux, *Le précepte de l'économie du traitement dans l'assurance-maladie sociale, en particulier en ce qui concerne le médecin*, in *Miscellanea per il 75° anniversario del TFA*, Berna 1992, p. 529s.; A. Maurer, *op. cit.*, p. 299 e 274s.), la responsabilità per la cura medica. Conseguenza del diritto di ordinare provvedimenti di cura medica è quindi, da un lato, che l'assicurazione deve pure erogare le prestazioni per lesioni causate all'infortunato durante la cura medica (art. 6 cpv. 3 LAINF e DTF 118 V 286), dall'altro, che essa ha la possibilità di negare prestazioni per una cura non consentita ("für eine nicht bewilligte Heilmassnahme"), nonché per le conseguenze dovute alla sua applicazione (cfr. DTF 128 V 169ss., consid. 1b e riferimenti ivi citati). Nel caso di specie, dalle tavole processuali non risulta che l'assicuratore LAINF convenuto abbia, in qualche modo, autorizzato _____ a sottoporsi all'intervento artroscopico in questione. Esso è d'altronde venuto a conoscenza di tale circostanza soltanto grazie alla perizia 5 luglio 2001 allestita dal dott. _____ per conto dell'_____ (cfr. doc. _), rispettivamente, in occasione del colloquio che ha avuto luogo il 5 settembre 2001 (cfr. doc. _: "Il caso del ginocchio sin. non è stato annunciato alla _____ semplicemente perché all'epoca mi trovavo in malattia e completamente inabile al lavoro. In accordo con il datore di lavoro non se ne fece nulla" - la sottolineatura è del redattore). D'altra parte, l'_____, a posteriori, non ha neppure assunto i costi della succitata operazione (cfr. doc. _). Pertanto, in ossequio ai suevoti dettati giurisprudenziali, l'Istituto assicuratore convenuto non può essere chiamato a prestare né per l'intervento operatorio a cui l'assicurato è stato sottoposto il 6 dicembre 2000 (e relativa incapacità lavorativa), né per le conseguenze di quest'ultimo (e relativa incapacità lavorativa). Resta il fatto che la decisione mediante la quale l'_____ ha integralmente negato la propria responsabilità relativamente ai disturbi localizzati al ginocchio sinistro, oggetto dell'annuncio di ricaduta del mese di settembre 2001, non può comunque essere tutelata in questa sede. Il perito giudiziario ha indicato, in effetti, che i disturbi accusati da _____ al ginocchio sinistro sono da ricondurre ad una gonartrosi di media gravità, naturale conseguenza degli eventi infortunistici assicurati, che, come tale, deve essere presa a carico dall'Istituto assicuratore convenuto. In questo contesto, occorre pure sottolineare che, secondo il dott. _____, la nota infezione post-operatoria non ha provocato un peggioramento direzionale del preesistente stato degenerativo, anzi essa è completamente guarita proprio grazie ai provvedimenti terapeutici applicati durante la degenza presso l'Ospedale di _____ (cfr. X, risposta al quesito n. 3 di parte convenuta: "... die Infektion ist durch die Behandlung im Spital _____ vollständig ausgeheilt . Von einer Arthrofibrose, diffuser Synovitis villosa und progressiver Chondropathie, von der Dr. _____ im Bericht vom 13.9.2001 geschrieben hat, ist - mindestens im heutigen Zeitpunkt - nichts mehr festzustellen . (...) somit halte ich seine oben genannte Diagnose einer infektiösen Arthrofibrose, diffuser Synovitis villosa etc. als Ursache der Beschwerden für falsch . Aufgrund der objektiven Befunde sind die heutigen Beschwerden auf die Arthrose zurückzuführen. (...). die Infektion hat keine sichtbare Verschlimmerung der vorbestehenden Arthrose des linken Kniegelenks vergleicht, die sich in den letzten 5 Jahren ohne Infektion ebenfalls, jedoch spontan auch verschlechtert haben"). Lo scrivente TCA non può condividere l'affermazione secondo cui la questione riguardante l'eziologia della diagnosticata artrosi al ginocchio sinistro esulerebbe dall'oggetto della lite

(cfr. XXI). In effetti, con la decisione formale del 2 ottobre 2001 (doc. _), confermata con la querelata decisione su opposizione, l'assicuratore LAINF ha genericamente negato il proprio obbligo contributivo riguardo ai disturbi al ginocchio sinistro fatti valere da _____ nel settembre del 2001. Non è quindi corretto sostenere che, citiamo: "la vertenza ha come esclusivo oggetto la situazione al ginocchio sinistro, più precisamente la questione a sapere quale sia l'origine delle affezioni meniscali operate nel dicembre 2000 e dell'affezione purulenta trattata il 19 gennaio 2001" (XXI). Del resto, con il proprio gravame, l'assicurato ha chiesto che venisse accertata l'esistenza di un nesso causale naturale fra, da un lato, gli infortuni del 1989 e del 1997 e, dall'altro, gli interventi subiti e i disturbi attuali al ginocchio sinistro (cfr. I, p. 10). 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), deve 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 la gonartrosi di cui è affetto il ginocchio sinistro di _____ e gli eventi traumatici assicurati. L'incarto va quindi 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.