

## **TI\_GERICHTE 35.2002.49 vom 5. April 2002**

TI Tribunale d'appello, 2002-04-05, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_35.2002.49](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2002.49)

FR: TI\_GERICHTE 35.2002.49 du 5 avril 2002

IT: TI\_GERICHTE 35.2002.49 del 5 aprile 2002

### **Regeste**

Sentenza o decisione senza scheda

### **Erwägungen**

#### **E. 7**

Monate nach Fraktur des Processus medialis tuberis calcanei rechts, die konservativ behandelt wurde, bestehen bei dem Patienten aktuell noch belastungsabhängige schmerzen im Bereich der rechten Ferse. Die Schmerzen strahlen zum Teil in den distalen Unterschenkel, mehr lateral betont aus. Eine konventionelle Röntgenkontrolle vom 15.03.2001 zeigt eine vollständig ossär konsolidierte Fraktur. Ansonsten unauffällige radiologische Verhältnisse ohne degenerative Zeichen. Ergänzend wurde bei unklaren neurologischen Störungen wie Parästhesie des lateralen Unterschenkels und Hyposensibilität eine konsiliarische neurologische Beurteilung veranlasst. Diese fand am 06.04.2001 durch PD Dr. \_\_\_\_\_ in der Klinik \_\_\_\_\_ statt. Es lässt sich klinisch neurologisch und auch in der neurophysiologischen Zusatzdiagnostik keine Ausfallsstörung objektivieren. Die ausgeprägte subjektive Schmerzproblematik des Patienten können wir uns nicht erklären. Eine weitergehende Diagnostik ist unserer Meinung nach nicht nötig." (doc. \_ - la sottolineatura è del redattore) Visto il persistere dei disturbi, l'Istituto assicuratore convenuto ha ancora ordinato un consulto specialistico presso il PD dott. \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ presso il Reparto di ortopedia-traumatologia dell'Ospedale cantonale di \_\_\_\_\_. Per l'essenziale, il suddetto sanitario ha evocato il sospetto che la sindrome dolorosa cronica lamentata da \_\_\_\_\_, possa avere un'origine neurologica: " (...). Befunde: In der klinischen Untersuchung zeigt sich eine leicht diffuse Schwellung im Unterschenkel rechts gegenüber links, das Kniegelenk selbst ist bland. Die Silhouette des Rückfusses ist verstrichen, der Rückfuss etwas verbreitert, aber im Alignement korrekt, vielleicht etwas vermehrtem Varus. Dies dürfte aber Ausdruck einer leichten medialen Schwellung sein. Der Fuss sonst, namentlich Längsgewölbe und Vorfuss, sind seitengleich. Keine Hinweise auf eine Dystrophie. Palpatorisch ist die Achillessehne frei, auch der Tuber calcanei auf Druck. Schmerzfrei Palpation des oberen Sprunggelenks und der ligamentären Strukturen, auch freie Beweglichkeit für Flexion/Extension, wie auch Pro-/Supination. Hingegen Druck- und Klopfdolenz über dem Sinus tarsi mit Schmerzausstrahlung in die Ferse medial, ebenso lateral ein kleiner Punkt, mit Ausstrahlung nach distal. Zudem eine umschriebene Druckdolenz in der Planta pedis ca. 3 cm entfernt von der posterioren Begrenzung. Röntgen: Die mitgebrachten Röntgen- und MRT-Aufnahmen zeigen eine ausgeheilte Abrissverletzung am Tuber des medialen Calcaneus, die Stellung der Gelenke zueinander sind regelrecht, auch die Weichteile zeigen keine Unregelmässigkeiten. Procedere : Meines Erachtens liegt hier ein glaubhafter invalidisierender Schmerzzustand nach komplexem Contusions- und Queschtrauma des Rückfusses vor. Die Schmerzursache

scheint mir am ehesten neurogen zu sein, wahrscheinlich im Rahmen eines Entrapements des N. tibialis (posteriore Äste zur Ferse) sowie möglicherweise auch teilweise des N. suralis. Ein klassisches Tarsaltunnelsyndrom mit Kompression des Hauptnervenanteils nach distal liegt nicht vor. Beim glaubhaften Leidensdruck scheint mir in dieser Situation der Ansatzpunkt doch der neurogene Schmerz und ich denke, dass wahrscheinlich doch auch eine chirurgische Mikrochirurgie (Vorschlag: Prof. \_\_\_\_\_, Leiter der Plastischen Chirurgie im Hause) erfolgen. Einen therapeutische Ansatzpunkt am Knochen selbst sehe ich nicht. " (doc. \_ - la sottolineatura è del redattore) Quanto supposto dal Prof. \_\_\_\_\_ non ha però potuto trovare conferma nell'esame elettroencefalografico eseguito il 6 novembre 2001 presso il Servizio di neurologia dell' \_\_\_\_\_, risultato essere nella norma (cfr. doc. \_). In data 14 novembre 2001, \_\_\_\_\_ è stato sottoposto ad un esame doppler arterioso e venoso degli arti inferiori presso il Poliambulatorio " \_\_\_\_\_ " di \_\_\_\_\_, che ha messo in luce, segnatamente, un'ematoma del diametro di circa 8 cm al III° prossimale della gamba destra (cfr. doc. \_). La risonanza magnetica del 22 novembre 2001 - ordinata dall' \_\_\_\_\_ ed eseguita presso il Servizio di radiologia dell' \_\_\_\_\_ - ha evidenziato un'importante degenerazione varicosa del sistema venoso superficiale della gamba destra, ma, d'altra parte, ha permesso di escludere la presenza di ematomi superficiali o profondi (cfr. doc. \_). Visitato l'assicurato il 7 gennaio 2002, il dott. \_\_\_\_\_ lo ha dichiarato completamente abile al lavoro a contare dall'8 gennaio 2002, tenuto conto dei soli postumi residuali dell'evento infortunistico del settembre 2000. Qui di seguito l'apprezzamento del medico di circondario dell' \_\_\_\_\_: " (...) Siamo dunque a distanza di 16 mesi da una frattura praticamente composta di una squama mediale della tuberosità calcaneare del piede destro, provocato da una contusione diretta (da parte di un pannello, infortunio professionale). Trattasi di una frattura coperta, senza ferita lacero contusa, ma descrizione iniziale di un ematoma locale sotto-cutaneo. La frattura viene trattata conservativamente, senza immobilizzazione. Entro 3 mesi, la frattura era completamente consolidata, senza rilevante posizione viziosa e pure senza dolenzia locale. Durante l'infortunio, è stato colpito il tallone in zona posteriore, con interessamento mediale del calcagno, mentre durante l'ulteriore decorso, il signor \_\_\_\_\_ ha incominciato a fare valere degli importanti dolori in zona inframalleolare laterale, poi a livello delle sure, in regione del ginocchio destro, della schiena e ultimamente anche sul versante anteriore della tibio-tarsica destra. Non solo la topografia, ma anche l'intensità e la frequenza soggettivamente ha subito una netta "escalation", tale da non (stando all'assicurato) permettergli di lavorare, nemmeno in misura parziale. Pure l'istituzione di numerose cure fisioterapiche, soggettivamente non hanno avuto nessun effetto positivo. Mentre in gennaio 2001 non abbiamo riscontrato nessun accenno di zoppia, allo stato attuale il signor \_\_\_\_\_, tuttavia in modo incostante, mostra una claudicazione accennata, mentre sono completamente assenti dei segni di risparmio a livello del trofismo muscolare, mobilità, stabilità delle articolazioni all'arto inferiore destro, e assente qualsiasi deficit neurologico, segnatamente nessun sospetto di un interessamento nervale. In siffatte condizioni, la \_\_\_\_\_ ha fatto esperire numerosi accertamenti, anche strumentali (radiografie, vari esami RM ed elettrofisiologici), tutti negativi in merito alla persistenza di una lesione strutturale post-traumatica, tanto meno di carattere invalidante. L'assicurato è affetto sì da un'importante varicosi con moderata insufficienza venosa cronica della zona tributaria della grande vena safena, segnatamente a destra, ciò che spiega anche una lieve stasi, ma trattasi esclusivamente di un fattore costituzionale, senza alcun interessamento traumatico (approfondito esame di RM del 22.11.2001). All'esame odierno, il signor \_\_\_\_\_ si

presenta con la proposta (da parte di un chirurgo in Italia) di un difficile intervento chirurgico da eseguire a livello dell'astragalo, anche in modo abbastanza urgente (osteide-osteoma). L'assicurato in sostanza dal lato soggettivo, si ritiene invalido (incapace di camminare) in base a questo ematoma e ultimamente "tumore" riscontrato alla gamba/piede destri. A questo punto viene spiegato al signor \_\_\_\_\_ che tali affezioni sono completamente estranee all'infortunio del settembre 2000 per il quale, allo stato attuale, in assenza di residui lesivi, può riprendere il lavoro nella misura del 100% dall'8.1.2002 (causalità estinta). Dal lato medico, altrettanto deve essere confermata la capacità lavorativa del 50% dall'1.5.2001 fino a oggi. L'assicurato viene informato circa le nostre conclusioni in modo esaustivo e gli viene consegnato direttamente il relativo certificato d'infortunio. Non persiste una menomazione dell'integrità ai sensi dell' OAINF . " (doc. \_) Nell'ambito della procedura di opposizione, \_\_\_\_\_ ha prodotto una relazione medicolegale del dottor \_\_\_\_\_, spec. in medicina legale e delle assicurazioni a \_\_\_\_\_, ai termini della quale, citiamo: "pur nell'impossibilità di espletare accertamenti semeiologici locali, stante la presenza di stivaletto in recente intervento di svuotamento e borraggio, è da ritenersi chiaramente provata la sussistenza di indubbio nesso causale tra l'infortunio del giorno 11.09 e le attuali perduranti gravi limitazioni statico dinamiche. Sulla base della criteriologia medicolegale di efficienza lesiva del trauma, di corrispondenza topografica e continuità sintomatologica, scaturisce la comprova che le limitazioni oggi in essere vanno esclusivamente ricondotte all'infortunio patito." (doc. \_) Prima di procedere all'emanazione dell'impugnata decisione su opposizione, l'assicuratore LAINF ha risottoposto l'intera pratica al proprio medico di circondario, il quale ha criticamente commentato la valutazione espressa dal dott. \_\_\_\_\_: " Il signor \_\_\_\_\_ (Servizio giuridico dell' \_\_\_\_\_, nella sua conferma d'opposizione del 12.3.2002), per quanto riguarda l'aspetto medico si basa su un rapporto del dr. \_\_\_\_\_ (del 4.2.2002), il quale da parte sua si riferisce ad un esame del 24.1.2002, momento in cui è stato impossibilitato ad espletare degli accertamenti medici locali, in quanto l'assicurato reduce da un intervento al calcagno (per tumore all'astragalo destro), risp. l'arto inferiore destro immobilizzato mediante apparecchio gessato. A questo punto va ricordato che la \_\_\_\_\_ già l'8.1.2002 aveva segnalato che tale affezione a livello dell'astragalo era completamente estranea all'infortunio del settembre 2000, per cui l'intervento ovvero svuotamento e borraggio a livello astragalico del retro piede destro, non potevano andare a carico del nostro Ente assicurativo sociale. Il dr. \_\_\_\_\_, sotto le sue conclusioni, purtroppo non riesce a definire in che cosa consiste il danno strutturale post-traumatico, tuttora (a suo avviso) presente, quale conseguenza diretta dell'evento dell'11.9.2000, limitandosi ai termini di "gravi limitazioni statico-dinamiche", senza ulteriore precisazione. In altre parole il dr. \_\_\_\_\_ non ci spiega in nessun modo, per quale motivo e sulla base (caso mai) di quale danno strutturale post-traumatico tuttora persistente, sia l'assicurato portatore di una "grossolana limitazione staticodinamica". Merita pure una precisazione l'opinione del signor \_\_\_\_\_, secondo il quale il sottoscritto abbia "manipolato" il rapporto del dr. \_\_\_\_\_ . Effettivamente sotto il capoverso del riassunto degli atti, l'8.1.2002 ho dettato che a \_\_\_\_\_... "non si è potuto affermare alcuna lesione post-traumatica a livello del calcagno, ma non escludere un'affezione neurologica ... ". Effettivamente il dr. \_\_\_\_\_ in merito al calcagno stesso afferma chiaramente: "Einen therapeutischen Ansatzpunkt am Knochen selbst sehe ich nicht". Tenuto conto del fatto che l'assicurato abbia riportato una frattura del calcagno e fu trattato effettivamente per questa lesione, con tale frase il dr. \_\_\_\_\_ attesta che non ci sono dei residui post-traumatici a

livello del calcagno (che significa un osso ben preciso del retropiede). Stando sempre al dr. \_\_\_\_\_ sembra invece esserci un problema neurologico, fattore extra-calcaneare al quale abbiamo rinviato nella stessa frase. Interpretando quindi correttamente il rapporto del dr. \_\_\_\_\_, è giusto citare il rapporto del medico, nel senso che (afferma o asserisce o dichiara) di non aver potuto riscontrare alcuna residuale lesione a livello del calcagno. Passa sicuramente non inosservato il fatto che il signor \_\_\_\_\_ già prima dell'esame da parte del dr. \_\_\_\_\_ era stato sottoposto ad un esame neurologico approfondito, documentazione inviata a \_\_\_\_\_, ma forse non presa a conoscenza dal medico. Nonostante questo, la \_\_\_\_\_, per sommi scrupoli, ha fatto esperire ancora una volta un tale esame specialistico, anche questo senza esito positivo. Per finire, anche il dr. \_\_\_\_\_ in sostanza ha potuto appoggiarsi unicamente su dei "disturbi credibili", mentre dal lato oggettivo (fino a tutt'oggi) non è stato verificato un danno strutturale lesivo, innanzitutto scartata anche l'esistenza di un grosso ematoma di ben 8 cm (!), come sostenuto da un esame specialistico realizzato in Italia" (doc. \_). Così ha replicato, in data 20 agosto 2002, il sanitario privatamente consultato da \_\_\_\_\_: "(...). A complemento della relazione precedentemente inoltrata, tenuto conto dei rilievi personali espletati in data 13.08.02 e di quanto contenuto nella relazione \_\_\_\_\_ del 05.04 che respinge l'opposizione dell'assicurato, sono sinteticamente a segnalare quanto segue. Attualmente la caviglia destra palesa in un incremento perimetrico di 4 cm alla bimalleolare e l'articolazione risulta di fatto praticamente bloccata in anchilosi a 90° risultando appena accennati i movimenti in scarico, con vistosissima zoppia alla deambulazione anche per brevi tratti, grossolani impacci alla manovra di accosciamento. Chiarita la situazione attuale venendo a trattare quanto contestato dalla \_\_\_\_\_ preciso: 1) a pagina 4 si segnala "... non è riscontrata nessuna ferita lacero-contusa ma un iniziale ematoma sottocutaneo". Di fatto il piede è rimasto incastrato sotto un pannello metallico del peso di molti quintali (dato questo che può venir facilmente verificato) e la mancata lesività tegumentaria va ascritta alla azione di protezione esercitata dalla scarpa e dagli indumenti. 2) sempre nella stessa pagina "... la frattura risultava consolidata senza rilevante posizione viziosa o dolenzia locale", in realtà la RM citata al punto B della relazione comprova " esiti di frattura in consolidazione e una posizione in varo del retropiede e sub lussazione anteriore del talo rispetto alla tibia, con presenza di liquido nell'articolazione tibiotarsica " e questi rilievi smentiscono la precedente asserzione \_\_\_\_\_A. 3) in ordine al "tumore" dell'astragalo, il risultato dell'esame istologico sulla relativa biopsia (reperto sicuramente da tempo in possesso della \_\_\_\_\_) ha escluso alterazioni specifiche in atto . Quanto sopra per le contestazioni di ordine medico-biologico; per quanto concerne la asserzione in base alla quale lo scrivente sostiene acriticamente che le affezioni in atto sono di natura infortunistica, solo mi permetto di ribadire che nel mio precedente elaborato avevo ben chiarito la dinamica dell'evento con particolare riguardo al relevantissimo peso che è venuto a gravare sul piede, tanto da produrre la documentata frattura della tuberosità calcaneare con susseguente consolidamento caratterizzato da posizione in varo del retropiede, sublussazione anteriore del talo rispetto alla tibia e persistente presenza di liquido nell'articolazione tibio-tarsica e sottoastragolica, rilievi questi che inconfutabilmente comprovano la complessità del coinvolgimento lesivo dell'articolazione pur in assenza (per il già detto motivo) di lesioni tegumentarie. In ordine alla sussistenza o meno del nesso di causalità naturale tra l'evento, le lesioni e le attuali menomazioni, ribadisco - pur prendendo atto delle differenti modalità di valutazione in vigore nei diversi Paesi - che il caso in oggetto è ben suffragato in quanto a causalità, intesa come elemento necessario e sufficiente

al determinismo delle rilevate alterazioni rispetto allo stato anteriore, dai criteri di efficienza lesiva del trauma, dal criterio topografico e di continuità fenomenologica, ubiquitariamente riconosciuti in tutti i Paesi. Ed in ordine al criterio topografico la \_\_\_\_\_ sostiene a pag. 4 punto 3 "... sintomatico il fatto che le affezioni come presentate attualmente dall'assicurato (astragalo e sistema venoso) non sono localizzate nella stessa parte del corpo colpita dall'incidente (calcagno), del tutto tralasciando quanto evidenziato dalla RMN disposta dalla \_\_\_\_\_ stessa (pagina 2, punto B) dove ben si precisa "... consolidazione in varo del retro piede e sublussazione anteriore del talo rispetto alla tibia ..." rilievi questi che totalmente smentiscono quanto asserito a fine del capoverso 2 di pagina 4, tenendo presente che il talo e l'astragalo sono il medesimo osso" (VIII 1). Questa invece la duplice del medico di circondario dell'\_\_\_\_\_: " Il dott. \_\_\_\_\_ con la sua presa di posizione del 20.8.2002 in sostanza sostiene che l'assicurato sia portatore di una "sublussazione anteriore del talo e posizione in varo del retro piede come conseguenza diretta e indubbiamente duratura dell'infortunio dell'11.9.2000". Purtroppo il dott. \_\_\_\_\_ a tale proposito come medico riprende il testo dell'avvocata \_\_\_\_\_, senza risalire, rispettivamente, consultare i referti e la documentazione radiologica/spineco-tomografica stessa. L'esame di risonanza magnetica, citato dal dott. \_\_\_\_\_ concerne la prima indagine di RMN effettuata il 2.2.2001. Leggendo invece il testo integrale (e non solo il riassunto sotto le conclusioni) si nota bene la descrizione di una " posizione spontanea in varo del retro piede con sublussazione anteriore del talo rispetto alla superficie articolare della tibia (di origine antalgica?). Trattasi quindi di un fenomeno puramente funzionale, rispettivamente di un'inversione attiva del retro piede destro, senza sospetto di una lesione strutturale a livello astragalico. Inoltre con lo studio radiologico comparativo, già il 15.3.2001 (alla Clinica di \_\_\_\_\_) è stata identificata una configurazione tibio-astragalica completamente simmetrica (a destra ed a sinistra), per cui non si può parlare in nessun modo di una "sublussazione anteriore del talo". A proposito di questi esami importanti purtroppo il dott. \_\_\_\_\_ rimane completamente silente. A questo punto non va dimenticato che un secondo esame di risonanza magnetica del 22.11.2001 ha permesso di confermare dei "regolari rapporti osteo-articolari in corrispondenza dell'articolazione tibio-astragalica" (destra). A questo si aggiungono i referti in agenzia, documentati pure con fotografie (del 7.1.2002), quando si constata un'asse longitudinale del retro piede, anche sotto carico, prettamente simmetrico nonché un raggio di mobilità del retro piede normale e identico rispetto al lato opposto (5-0-10°). È quindi ben documentata l'assenza sia di un varismo sia di una sublussazione anteriore del talo rispetto alla tibia destra, patologie d'altronde nemmeno immaginabili da parte di un'isolata frattura a forma di sottile squama, della tuberosità del calcagno destro, lesione nel frattempo completamente consolidata. Per quanto concerne l'aspetto clinico, risp. lo stato locale della caviglia destra, descritto il 20.8.2002, esso contrasta in modo lampante con i nostri risultati clinici e strumentali, qualificati e documentati anche per mezzo di fotografie, quasi 16 mesi dopo l'infortunio. Effettivamente un "grave incremento perimetrico di 4 cm alla bimalleolare, l'articolazione praticamente bloccata in anchilosi di 90°, la vistosissima zoppia alla deambulazione e grossolani impacci alla manovra di accosciamento" sono da mettere (purtroppo) in relazione con l'intervento chirurgico praticato a metà gennaio 2002., risp. con la revisione e boraggio dell'astragalo con prelievi bioptici e successiva immobilizzazione del piede destro in apparecchio gessato! Va rammentato a questo punto che (fortunatamente) il signor \_\_\_\_\_, per le conseguenze dell'infortunio di nostra pertinenza non è mai stato immobilizzato con simili apparecchiature, ciò che ha permesso la

conservazione di una mobilità assolutamente fisiologica, simmetrica della tibio-tarsica e del retro piede a destra. In sintesi le considerazioni del dott. \_\_\_\_\_ del 20.8.2002, dal lato medico, non reggono risp. sono in netto contrasto con i documenti autentici. Non va dimenticato che la \_\_\_\_\_ a varie riprese ha dovuto negare, anzi rifiutare, anche altri referti "post-traumatici" sostenuti dai curanti dell'assicurato, come un grossolano ematoma del diametro di ben 8 cm (!) o una patologia di origine post-traumatica a livello dell'astragalo (tumore). L'importanza dell'intervento eseguito in gennaio 2001, per quanto riguarda la funzione del piede destro (operazione rifiutata da parte della \_\_\_\_\_) traspare anche dalle segnalazioni fatte da noi da parte del signor \_\_\_\_\_ in occasione della visita in agenzia del 7.1.2002 (vedi pagina 5): all'esame odierno, il signor \_\_\_\_\_ si presenta con la proposta (da parte di un chirurgo in Italia) di un difficile intervento chirurgico da eseguire a livello dell'astragalo, anche in modo abbastanza urgente (osteide-osteoma). Alla luce di quanto menzionato sopra è da valutare correttamente anche il secondo passaggio dell'avvocatessa \_\_\_\_\_i, criticato da parte del dott. \_\_\_\_\_ ("... sintomatico è il fatto che l'affezione come presentata attualmente dall'assicurato (astragalo e sistema venoso) non sono localizzate nella stessa parte del corpo colpita dall'incidente [calcagno]", in quanto interessato nell'incidente effettivamente il calcagno stesso, ma non l'astragalo, la tibiotarsica o la gamba destri". Sulla scorta di tutti questi dati, anche alla luce della relazione del dott. \_\_\_\_\_ del 20.8.2002, deve essere integralmente confermato il contenuto della decisione del 14.1.2002 " (XVI 1). Fra la documentazione versata agli atti dalla \_\_\_\_\_ figura pure il referto 1° luglio 2002 del dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in medicina interna, medico fiduciario della Cassa. Questo il suo contenuto: " L'assicurato, in base alla documentazione messami a disposizione dalla cassa, in data

## **E. 11**

09.2000 ha subito un trauma contusivo; una lastra di cemento di circa 400 Kg che gli ha procurato una frattura sagittale obliqua della tuberosità calcagnare del piede destro. Questo in base al documento nr. \_ della \_\_\_\_\_, ossia la visita medica circondariale del 07.01.2002. L'assicurato, in base a questo documento, vedi pagina 2 sotto le dichiarazioni dell'assicurato, ha dei disturbi continui che sono peggiorati ultimamente essendo ora presenti anche di notte. Sul rapporto viene menzionato che si tratta di una frattura coperta, senza ferita lacero-contusa, ma descrizione iniziale di un ematoma locale sottocutaneo. La frattura veniva trattata conservativamente. In base ad un referto di una risonanza magnetica alla caviglia destra del 22.11.2001 abbiamo una tendinosi plantare, probabile borsite sottoachillea. Nella risonanza magnetica alle due gambe, fatta lo stesso giorno di quella alla caviglia, si é trovato un'importante degenerazione varicosa del sistema venoso superficiale della gamba destra. L'assicurato viene visto dal Dr. \_\_\_\_\_ in data 31.08.2001, rapporto del 7.9.01, documento \_ . Quest'ultimo medico parla di. " Meines Erachtens liegt hier ein glaubhafter invalisierender Schmerzzustand nach komplexen Contusions-und Quetschtrauma des Rückfusses vor. Die Schermezursache scheint mir am ehesten neurogen zu sein, wahrscheinlich im Rahmen eines Entrapements des N. tibialis (posteriore Äste zur Ferse) sowie möglicherweise auch teilweise des N. suralis. Ein klassisches Tarsaltunnelsyndrom mit Kompression des Hauptnervenantelis nach distal liegt nicht vor". In seguito viene fatta una valutazione neurologica, documento \_ del 9.7.2001 del Dr. \_\_\_\_\_, dove nessun deficit né neurologico né neuropsicologico é da vedere. Siamo quindi confrontati con questo paziente che ha subito un trauma del calcagno posteriore che, in base alla documentazione \_\_\_\_\_, sembra consolidato, con un sospetto problema

neurologico che viene poi valutato nella visita del 9.7.2001 da cui non risulta nulla. Una varicosi documentata dalle RM sopraccitate. In base a tutto questo, la possibilità che il disturbo sia in nesso causale con l'infortunio esiste anche se la problematica delle vene varicose non é da quantificare in base alla documentazione in mio possesso. Per valutare se i di disturbi, credibili del paziente, menzionati anche nella perizia del Prof \_\_\_\_\_ (documento nr. \_), sono la causa maggiore dei problemi attuali o se la situazione è piuttosto dovuta alle vene varicose penso sia necessaria una valutazione in un centro universitario d'angiologia" (doc. \_). In corso di causa, \_\_\_\_\_ ha pure prodotto il certificato 18 settembre 2002 del Prof. dott. \_\_\_\_\_, spec. in chirurgia generale, ortopedia e chirurgia della mano a Milano. Questo il suo contenuto: "(...) Algie piede dx con saltuarie difficoltà alla deambulazione corretta. Al mio esame non vi sono lesioni nervose o vascolari degne di nota. Non riscontro alcuna indicazione ad interventi chirurgici sia di tipo ortopedico che plastico-ricostruttivo. Ritengo che sia verosimile che il trauma iniziale (tale da portare ad una frattura del calcagno) sia responsabile di dolori di tipo funzionale (al carico e alla deambulazione) e residui. Siamo perciò di fronte ad una situazione permanente irreversibile" (XII 1). 2.5. Dottrina e giurisprudenza insegnano che "... ist mittels medizinisch-wissenschaftlicher Beweisführung zumindest als überwiegend wahrscheinlich gemacht, dass eine bestimmte unfallmässige Schädigung einen organischen Befund (mit)verursacht hat und dass dieser die geklagten Beschwerden auslöst, ist der natürliche kausalzusammenhang erstellt. (...). Lässt sich der medizinisch-wissenschaftliche Beweis für das Vorliegen organischer Befunde, ihrer Verantwortlichkeit für die vorhandenen Beschwerden und die Ursächlichkeit der unfallmässigen Einwirkung zum Eintritt des organischen Befunden, nach derzeitigem Wissenstand, in einem konkreten Fall, trotz sorgfältigen Abklärungen, nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit beweisen, entfällt insofern die Leistungspflicht der Unfallversicherer ohne weiteres" (cfr. U. Meyer-Blaser, op. cit., p. 105 ). Nel caso di specie, questa Corte constata come gli specialisti che hanno avuto modo di interessarsi al caso di \_\_\_\_\_ non siano riusciti a sufficientemente oggettivare un reperto organico - in ogni caso, di natura traumatica - suscettibile di correlare con i disturbi da lui soggettivamente lamentati (cfr., in particolare, la certificazione del 9 aprile 2001 del PD dott. \_\_\_\_\_, il quale ha dichiarato di non avere potuto oggettivare alcun reperto patologico da un profilo neurologico e neurofisiologico [cfr. doc. \_], il rapporto di uscita 4 maggio 2001 della Clinica di riabilitazione di \_\_\_\_\_, in cui si legge che per i sanitari non è stato possibile spiegare la sindrome dolorifica soggettiva accusata dall'assicurato [cfr. doc. \_, p. 2], nonché il referto 7 settembre 2001 del PD dott. \_\_\_\_\_, il quale ha indicato di semplicemente sospettare la presenza di una causa neurologica, a livello del nervo tibiale e, eventualmente, surale [cfr. doc. \_, p. 2], sospetto che non ha tuttavia potuto trovare conferma nelle risultanze dell'esame elettroencefalografico del 6 novembre 2001 [cfr. doc. \_]). D'altro canto, l'importante degenerazione varicosa del sistema venoso superficiale della gamba destra (incipiente a sinistra) - oggettivata grazie all'esame di risonanza magnetica del 22 novembre 2001 (il quale ha, d'altra parte, pure permesso di escludere la presenza di ematomi, cfr. doc. \_) - non può certo essere annoverata fra le conseguenze naturali dell'evento traumatico del settembre 2000 (cfr., a quest'ultimo proposito, il rapporto 8 gennaio 2002 del dott. \_\_\_\_\_, p. 4 in fine [doc. \_]), ciò che del resto neppure l'assicuratore ricorrente parrebbe volere sostenere (cfr. I, p. 7: "... poiché il solo fatto che a dipendenza della posizione della gamba (retta o flessa) il signor \_\_\_\_\_ accusi dolori e limitazioni di varia natura dimostra che l'origine dei problemi non può essere attribuita ad una varicosi ma, piuttosto, al noto infortunio" - la sottolineatura

è del redattore). In casi del genere, la decisione non potrà che essere sfavorevole all'insorgente, nella misura in cui, non essendo stato possibile oggettivare, da un profilo medico-scientifico, l'origine dei disturbi, il giudice delle assicurazioni sociali - a maggior ragione - non può ammettere l'esistenza di una relazione di causalità naturale con l'evento traumatico assicurato (cfr., in questo senso, la STCA del 19 febbraio 1999 nella causa A., inc. n. 35.1998.10, del 22 febbraio 1999 nella causa D., inc. n. 35.1998.61 e del 21 settembre 2000 nella causa P., inc. n. 35.1998.57, confermata dal TFA con sentenza del 13 marzo 2001, U 429/00). Deve qui valere, insomma, il principio secondo cui: "Wo die Medizin nicht mehr Weiteres weiss, kann sich nicht das Recht an ihre Stelle setzen" (cfr. U. Meyer-Blaser, op. cit., p. 106). Di fronte alla quantità ed alla qualità degli esami clinici e strumentali ai quali l'assicurato è già stato sottoposto in questi ultimi anni, lo scrivente TCA ritiene di potere rinunciare a procedere a degli ulteriori atti istruttori (perizia medica giudiziaria) e di potere invece fondare il proprio giudizio sulla documentazione medica versata agli atti. Al riguardo, va ricordato che, per costante giurisprudenza, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato (valutazione anticipata delle prove), si rinuncerà ad assumere altre prove (cfr. STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., H 102/01; STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., H 103/01; STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa D. SA, H 299/99; STFA del 26 novembre 2001 nella causa R., U 257/01; STFA del 15 novembre 2001 nella causa P., U 82/01; STFA del 28 giugno 2001 nella causa G., I 11/01; RCC 1986 p. 202 consid. 2d; STFA del 27 ottobre 1992 nella causa B.P.; STFA del 13 febbraio 1992 in re O.; STFA del 13 maggio 1991 nella causa A.; STCA del 25 novembre 1991 nella causa M.; F. Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; U. Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, Zurigo 1999, p. 212; Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2a ed., p. 39 e p. 117), senza che ciò costituisca una lesione del diritto di essere sentito sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata). Questa Corte non ignora il fatto che il dott. \_\_\_\_\_, autore della relazione medico-legale del 4 febbraio 2002, ha affermato che \_\_\_\_\_ presenta delle limitazioni che andrebbero esclusivamente ricondotte all'infortunio assicurato (cfr. doc. \_). Nondimeno, l'apprezzamento enunciato dal summenzionato sanitario si appalesa come poco convincente, nella misura in cui - come sottolinea pertinentemente il dott. \_\_\_\_\_ nel suo referto del 22 marzo 2002 (cfr. doc. \_) - egli ha completamente ommesso di specificare in cosa consiste il danno strutturale posttraumatico di cui sarebbe ancora portatore l'assicurato. D'altro canto, a proposito dell'affermazione secondo la quale i disturbi all'arto inferiore destro sarebbero apparsi soltanto posteriormente all'evento del settembre 2000 (cfr. doc. \_, p. 2s.), occorre ricordare che il semplice fatto d'essere insorto dopo un infortunio, non significa ancora che un determinato disturbo sia pure stato causato da questo medesimo infortunio (cfr. DTF 119 V 341s. consid. 2b/bb con riferimenti; cfr., pure, Th. Frei, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, Tesi Friburgo 1998, p. 30, nota 96). Del resto, il dott. \_\_\_\_\_ non è riuscito a dissipare i dubbi circa la fondatezza della propria valutazione, nemmeno con il complemento peritale del 20 agosto 2002 (cfr. VIII 1). In quell'occasione, nel tentativo di oggettivare un danno strutturale che corredi con la sintomatologia accusata dal suo paziente, egli ha fatto riferimento alle risultanze della risonanza magnetica del 2 febbraio 2001 (cfr.

doc. \_\_: "Posizione in varo del retro piede e sub lussazione ant. del talo rispetto alla tibia, con presenza di liquido nell'art. tibiotarsica e sotto-talare", con la precisazione che, al riguardo, il medico-radiologo aveva sospettato una loro origine antalgica), salvo poi ignorare che, nel prosieguo, questi reperti non erano più stati confermati (cfr., in particolare, doc. \_\_, p. 2: "... Radiologischer Hohlfuss bds. St. n. Fraktur des Processus medialis tuberis calcanei, vollständig ossär konsolidiert. Ansonsten unauffälliges Fuss skelett" e doc. \_\_: "Die mitgebrachten Röntgen- und MRT-Aufnahmen zeigen eine ausgeheilte Abrissverletzung am Tuber des medialen Calcaneus, die Stellung der Gelenke zueinander sind regelrecht, auch die Weichteile zeigen keine Unregelmässigkeit"). Neppure la certificazione del 1° luglio 2002 del dott. \_\_\_\_\_ può essere di soccorso all'assicuratore malattie insoergente. In effetti, il succitato medico fiduciario - oltre a non avere fornito alcun nuovo elemento diagnostico - si è espresso in termini di semplice possibilità, sostenendo che, citiamo: "... la possibilità che il disturbo sia in nesso causale con l'infortunio esiste anche se la problematica delle vene varicose non è da quantificare in base alla documentazione in mio possesso" (cfr. doc. \_\_, p. 2). Ora, il fatto che l'esistenza di un nesso di causalità sia stata giudicata come semplicemente possibile, esclude, già di per sé, la responsabilità dell'assicuratore LAINF convenuto (cfr. consid. 2.2.). La medesima conclusione si impone per il certificato 18 settembre 2002 del Prof. \_\_\_\_\_, il quale ha sì affermato che il trauma subito è verosimilmente responsabile di "dolori di tipo funzionale (...) e residui" (XII 1) ma, d'altra parte, egli ha completamente omesso di illustrare in cosa consistono i pretesi residui dell'infortunio del settembre 2000 e, in secondo luogo, di specificare le modalità secondo cui appaiono i dolori. In conclusione, lo scrivente Tribunale ritiene dimostrato, perlomeno secondo il criterio della verosimiglianza preponderante, caratteristico del settore della sicurezza sociale (cfr. DTF 125 V 195 consid. 2 e riferimenti; cfr., pure, Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 320 e A. Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Zurigo 1995, p. 338), che \_\_\_\_\_, al momento della chiusura del caso da parte dell'\_\_\_\_\_ (gennaio 2002), non presentava più alcun postumo organico oggettivabile dell'infortunio dell'11 settembre 2000 .

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