

TI_GERICHTE 35.2002.62 vom 21. März 2003

TI Tribunale d'appello, 2003-03-21, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2002.62

FR: TI_GERICHTE 35.2002.62 du 21 mars 2003

IT: TI_GERICHTE 35.2002.62 del 21 marzo 2003

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 10

anni fa. Trattamento riabilitativo e decorso: Mi permetto di non ritornare sull'anamnesi di questo paziente in quanto a lei già ben nota ed ampiamente descritta nei rapporti che ha avuto la gentilezza di allegarci. Si tratta di un paziente già noto nel nostro Centro per un precedente ricovero nel gennaio 1998. Ci è stato attualmente inviato per esiti da trauma contusivo della colonna lombare a seguito di una caduta sul lavoro l'11.06.1999. Da allora il dolore ha cominciato ad irradiarsi agli arti inferiori, in particolare a sinistra fino all'alluce. La MRI lombare del 05.08.1999 ha messo in evidenza una protrusione peramediana-recessale e foraminale a destra a livello L5-S1 con accentuazione foraminale a destra dove il disco è a contatto con la radice L5, che potrebbe spiegare un'irritazione della stessa, senza segni di una compressione. Il 27.09.1999 il paziente è stato valutato dal prof. _____, che confermava una sospetta claudicatio spinale senza cambiamenti sostanziali clinici e radiologici rispetto ad una precedente valutazione del 1994, proponendo la continuazione di un trattamento conservativo fisioterapico intensivo stazionario, ed in seguito rivalutazione clinica e radiologica da parte del team interdisciplinare del rachide in caso di insuccesso terapeutico. All'entrata si presentava in buone condizioni cliniche generali, presentava delle algie su pressione a livello dell'ultimo segmento della colonna lombare, in particolare a livello della cresta iliaca superiore posteriore a sinistra. Punti Valleix positivi a livello gluteale a destra. Il tono dei muscoli paravertebrali era aumentato, la mobilità della colonna lombosacrale risultava diminuita, in particolare in inclinazione a latero-flessione di destra (DDS 20 cm, Schober 10-14 cm). Disturbi della sensibilità a livello degli arti inferiori, non chiara distribuzione dermatomerica che ci sembrano piuttosto di tipo pseudo-radicolare. Trofismo, tono muscolare e forza agli arti inferiori conservati. Riflessi tendinei simmetrici e normovivi. Non segni midollari, né disturbi degli sfinteri. Polsi periferici tutti palpabili e senza soffi. Apparato osteoarticolare periferico nella norma. L'intervento fisico terapeutico era composto da sedute giornaliere individuali in piscina ed in palestra e prevedeva il riconoscimento delle posture viziate con conseguenti esercizi di autocorrezione, prima statica poi dinamica, quindi esercizi di allungamento con lo stretching delle catene muscolari rigide e rinforzo muscolare. Il paziente ha inoltre beneficiato di una terapia di tipo attivo tramite cicloergometro, tapis roulant e passeggiate all'aperto con lo scopo di migliorare la tolleranza allo sforzo. Si è pure proceduto ad un approccio fisioterapico di tipo passivo con massaggi, impacchi caldi umidi di fiori di fieno ed elettroterapia analgesica. Ha eseguito anche esercizi di gruppo ed ha ricevuto istruzioni per l'ergonomia e per le tecniche di ginnastica da eseguire a domicilio. Secondo il

dottor _____, nostro consulente in reumatologia, il paziente presenta attualmente una sindrome lombospondilogenica con predominanza a livello della gamba sinistra con particolare interessamento della parte sinistra, del legamento ileo lombare, della cresta e della spina iliaca a sinistra, senza chiari segni per una compressione di tipo radicolare. A suo modo di vedere il paziente presenta una certa discrepanza fra i dolori invalidizzanti ed i reperti clinici e radiologici che lasciano inoltre sorgere il sospetto di una certa aggravazione della sintomatologia, (per ulteriori dettagli, vedi rapporto allegato). È stato dimesso in buone condizioni generali ed avviato al proprio domicilio. Terapia all'uscita: · Vioxx 1/2-0-0 · Antra 20 mg 1-0-0 Proposte ulteriori: Abbiamo consigliato al paziente di continuare al proprio domicilio con gli esercizi appresi durante la degenza. Valutazione professionale: Per il momento il paziente è da ritenere, a nostro modo di vedere, abile al lavoro al termine della degenza nella forma parziale del 50%. Ciò concorda inoltre con quanto espresso dal dottor _____. Lasciamo comunque a lei la valutazione professionale definitiva." (Doc. _; le sottolineature sono del redattore) Il Dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia ortopedica, interpellato dal centro sinistri _____ l'8 dicembre 1999, ha precisato: " (...) Der Versicherte hatte 1992 eine Rückenverletzung und arbeitete deshalb später nur noch zu 75%. Am 11.06.1999 fiel er von einer Rampe, Hospitalisation im Spital _____ wegen einer Commotio cerebri, Entlassung am 12.06.1999. Weiterbehandlung durch Dr. _____ in _____. Dieser schreibt am 24.08.1999, dass der Versicherte nach diesem Sturz auch wieder vermehrte Rückenbeschwerden gehabt habe. Radiologisch hätten sich keine Verletzungsfolgen ergeben und ein MRT vom 05.08.1999 habe nur eine Protrusion L5/S1 ohne Kompression einer neuralen Struktur ergeben. Degenerative Veränderungen der Lendenwirbelsäule scheinen aber schon vorbestanden zu haben. Damit wurde eine bereits geschädigte Wirbelsäule erneut traumatisch lädiert. Es wurden dabei aber keine erheblichen Unfallfolgen im Bereich der Wirbelsäule beschrieben, weder medizinisch, noch radiologisch, noch im Spital _____a, noch durch Dr. _____ und auch radiologisch fanden sich keine neuen Unfallfolgen. Damit muss eine erneute reine Contusion der Wirbelsäule angenommen werden. Solche Contusionen sollten spätestens in sechs bis acht Monaten wieder völlig abheilen, nach eben kontinuierlicher Besserung. Der letzte Eintrag auf der Unfallkarte stammt vom 20.09.1999 mit noch voller Arbeitsunfähigkeit, womit aus den Akten nicht hervorgeht, ob der Versicherte nun wieder die Arbeit in früherem Rahmen aufgenommen hat. Sollte dies der Fall sein, so könnten eigentlich noch Unfallfolgen bis Ende 1999 bezüglich des zweiten Unfalls angenommen werden. Sollte der Versicherte aber weiterhin wegen vermehrter Rückenbeschwerden nicht arbeiten, so müsste hier effektiv eine begutachtende Untersuchung durchgeführt werden, da rein aktenmässig nicht zu begründen ist, weshalb der Versicherte infolge der Contusion vom 11.06.1999 nicht wieder teilweise sollte arbeiten können. Es ist nach den Akten auch anzunehmen, dass die Folgen einer Commotio cerebri sich ebenfalls wieder beruhigt haben." (Doc. _; la sottolineatura è del redattore) Il Dr. med. _____, specialista in medicina infortunistica, il 19 giugno 2000 su incarico della _____ (cfr. consid. 2.5.; doc. _), ha visitato l'assicurato. Il 18 luglio 2000 il medico ha poi redatto un referto peritale, da cui risulta che egli, dopo aver ricostruito, in maniera minuziosa, l'anamnesi dell'insorgente e averne altrettanto puntualmente descritto lo status, ha così valutato la situazione medica dell'assicurato: " (...) CONCLUSIONE: 1. esiti di infortunio nel luglio 1992 allorquando il paziente, rimasto schiacciato da una paletta di 12 quintali e da una trave del camion, subì contusioni varie specie in sede lombare ove si diagnosticò una ernia distale

L4-L5 paramediana destra con compressione della radice di L5 in presenza di alterazioni degenerative a livello segmentale lombare, trattata conservativamente con residua inabilità lavorativa in misura del 25%, saltuariamente anche del 50%; 2. esiti di infortunio in data 11 giugno 1999 a seguito del quale il paziente ha subito · trauma cranico con commotio cerebri, guarito senza reliquati; · distacco del corpo vitreo all'occhio sinistro attualmente senza conseguenze (in particolare il paziente non avverte più la sensazione di "mosche volanti ") · riacutizzazione della sindrome lombare sulla conosciuta protrusione distale L4-L5, stenosi del canale vertebrale. CAUSALITÀ: allo stato attuale si può ritenere che la causalità naturale derivante dall'infortunio dell'11 giugno 1999 è esaurita e si è in presenza di uno stato quo sine (possibilità inferiori al 50%). I fattori estranei all'evento sono la degenerazione segmentale L4-L5-S1 con protrusioni distali e stenosi del canale spinale elementi già precedentemente conosciuti. Lo stato quo sine è quindi raggiunto con data 19 giugno 2000 (data della presente valutazione) a distanza praticamente di un anno dall'avvenuto incidente e questo in misura largheggiante. PROCEDERE: a prescindere dalla questione causale, in base allo stato clinico attuale, ritengo indispensabile un nuovo consulto specialistico dal Prof. _____ per valutare l'ulteriore procedere terapeutico da riservare al caso ritenuta la sintomatologia recente intervenuta recentemente con anestesia a sella e perdita di urina derivante dalla stenosi del canale midollare. CAPACITA' LAVORATIVA: (dialogata, vagliata, stabilita e comunicata al paziente) il signor _____ risultava inabile al lavoro in misura del 25% prima dell'evento in causa accaduto l'11 giugno 1999. A partire dal 11.6.1999 egli è inabile al lavoro in misura completa. _____ può assumere il caso fino al 19.6.2000 dopodiché il caso e da considerare chiuso per i postumi dell'infortunio dell'11.6.1999 avendo raggiunto lo stato quo sine. Indipendentemente dalla posizione assicurativa di _____ Assicurazione, è d'altro canto ovvio che il signor _____, nelle condizioni attuali, non sia in grado di riprendere la propria attività lavorativa. Per questo gli ho anche consigliato di presentare domanda _____. OSSERVAZIONE: a fronte dei postumi dell'infortunio dell'11 giugno 1999 non vi sono le basi per una assegnazione di menomazione alla integrità fisica: l'infortunio non ha di fatto causato un danno permanente verificabile e lo stato è da ricondurre alla evoluzione naturale di una situazione precedente, con una accelerazione transitoria dovuta all'infortunio, rientrata nondimeno dopo un anno dallo stesso." (Doc. _; le sottolineature sono del redattore) 2.7. Alla luce dei referti medici appena riprodotti, il TCA ritiene di poter fondare il proprio giudizio sul parere espresso dal Dr. med. _____ che vanta del resto un'ampia esperienza nello specifico ambito della medicina infortunistica. A mente di tale medico il nesso di causalità naturale tra i disturbi lamentati da _____ e l'infortunio dell'11 giugno 1999 è estinto e si è in presenza di uno status quo sine. Non è pertanto necessario dare seguito al provvedimento probatorio preteso dal ricorrente (perizia medica giudiziaria; cfr. consid. 1.4. e 1.6.). Al riguardo va segnalato che l'avv. _____ nello scritto 4 novembre 2002 ha affermato che una perizia giudiziaria si imporrebbe anche sulla base del rapporto medico 8 novembre 1994 del Prof. Dr. med. _____, in cui consiglia un nuovo controllo TAC per escludere che nel frattempo sia comparsa un'erniazione più importante (cfr. consid. 1.6.). Tuttavia dalla documentazione agli atti si evince che sono state effettuate una TAC nel 1994 e una risonanza magnetica nel mese di agosto 1999 (cfr. doc. _), come d'altronde è già emerso dai referti medici menzionati al considerando precedente. Lo stato di salute dell'assicurato è stato quindi approfonditamente esaminato sia precedentemente che successivamente all'infortunio dell'11 giugno 1999. Va, inoltre, 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 del 15 novembre 2002 nella causa R., H 177/01; STFA dell'8 ottobre 2002 nella causa C., I 673/00; STFA del 29 gennaio 2002 nella causa R. e R., H 220/00; STFA del 26 novembre 2001 nella causa R., U 257/01; sentenza TFA del 27 ottobre 1992 nella causa B.P.; sentenza TFA del 13 febbraio 1992 nella causa O.; sentenza TFA del 13 maggio 1991 nella causa A.; sentenza TCA del 25 novembre 1991 nella causa M.; RCC 1986 p. 202 consid. 2d; 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. (cfr. SVR 2001 IV n. 10 pag. 28; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata). Il TCA, chiamato a pronunciarsi su una questione sostanzialmente di carattere medico, non ha in concreto motivo di scostarsi dalle conclusioni del medico esperto in medicina infortunistica consultato dall'Istituto assicuratore convenuto, 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 U281, 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, BJM 1989 pag. 30 seg.). Il TFA, nella DTF 122 V 157ss., ha ancora precisato che, nell'ambito del libero apprezzamento delle prove, è, in linea di principio, consentito che l'amministrazione ed il giudice delle assicurazioni sociali fondino la loro decisione esclusivamente su basi di giudizio interne dell'istituto assicuratore: in questo caso, devono, però, essere poste esigenze severe per quanto riguarda l'imparzialità e l'attendibilità di simili prove. Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV10, p. 33ss. e RAMI 1999 U356, p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito 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. Infine, la somma Istanza - in una sentenza dell'8 settembre 2000 nella causa C., U 291/99, inedita - ha precisato che la circostanza che il medico di fiducia si sia pronunciato dopo che l'affare è divenuto contenzioso, non è, di per sé, sufficiente per suscitare dei dubbi circa la sua imparzialità. Per quel che riguarda le perizie allestite da specialisti esterni all'amministrazione, il TFA ha pure loro riconosciuto pieno valore probante, fintantoché non vi sono degli indizi concreti che facciano dubitare della loro attendibilità (cfr. DTF 125 V 353, consid. 3b/bb). Trattandosi del valore probante di un rapporto medico determinante è che esso 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 (cfr. STFA del 18 aprile 2002 nella

causa P., I 550/00; RAMI 1991 pag. 311 consid. 1; RAMI 1996 pag. 191ss.; DTF 122 V 160ss. consid. 1c e riferimenti; STFA 29.9.1998 in re UAI c. F. non pubbl.). Determinante dal profilo probatorio non è, dunque, di principio, l'origine del mezzo di prova o la sua designazione quale rapporto o perizia, bensì il suo contenuto (cfr. STFA dell'8 ottobre 2002 nella causa C., I 673/00; DTF 125 V 352; DTF 122 V 160 in fine). Il rapporto medico del Dr. med. _____ non contiene in effetti contraddizioni. Inoltre esso presenta tutti i requisiti posti dalla giurisprudenza affinché possa essere riconosciuta, ad una valutazione medica, piena forza probante (cfr. RAMI 1991 U133, pag. 311 segg. consid. 1b): in particolare, l'esperto giudiziario ha espresso il suo apprezzamento generale e le ragioni che lo hanno portato a negare che i disturbi alla colonna vertebrale fatti valere dal ricorrente possano ancora essere considerati una naturale conseguenza dell'infortunio assicurato dalla _____ in modo chiaro, motivato e convincente, dopo aver proceduto ad un esame approfondito del caso. Del resto la tesi difesa dal Dr. med. _____, secondo la quale, visto che l'assicurato soffre di una degenerazione segmentale L4-L5-S1 con protrusioni discali e stenosi del canale spinale, lo status quo sine è stato raggiunto in misura largheggiante il 19 giugno 2000, a distanza di un anno dall'avvenuto incidente, risulta in sintonia con la dottrina medica dominante. Quest'ultima sostiene che, dopo traumi quali contusioni o distorsioni al dorso, lo stato anteriore del rachide può, di regola, considerarsi ristabilito al più tardi 6 mesi, rispettivamente, un anno (in presenza di patologie degenerative), a contare dall'evento traumatico, come se l'infortunio non fosse mai sopraggiunto (status quo sine) (cfr. Bär-Kiener, Traumatismes vertébraux, in Informations médicales N. 67/décembre 1994, p. 45ss., contributo in cui viene illustrata, con dovizia di riferimenti, la posizione della dottrina medica dominante in materia di traumi vertebrali). Tale tesi dottrinale è stata recepita dalla giurisprudenza federale, secondo la quale, conformemente all'esperienza acquisita in materia di medicina infortunistica, l'aggravamento significativo e, pertanto, durevole di un'affezione degenerativa preesistente al rachide vertebrale (peggioramento direzionale) causato da un infortunio, è da ritenere dimostrato soltanto qualora gli accertamenti radiologici abbiano permesso di mettere in evidenza una compressione delle vertebre, così come l'apparizione oppure l'ingrandimento di lesioni dopo il trauma (cfr. RAMI 2000 U363, pag. 45 segg.; STFA del 31 dicembre 1997 nella causa L. consid. 4c, U 125/97, del 4 settembre 1995 nella causa M. consid. 4a, ambedue non pubblicate; cfr., inoltre, la STFA del 6 giugno 1997 nella causa C. inedita, U 131/96, in cui il TFA - riferendosi alla sentenza non pubblicata del 3 aprile 1995 nella causa O., U 194/94, - ha esplicitamente ribadito che il genere di trauma riportato dall'assicurato - si trattava di una contusione/distorsione del rachide lombare causata da una caduta, in presenza di lesioni degenerative al passaggio lombo- sacrale - cessa di produrre i propri effetti trascorsi alcuni mesi dal giorno dell'infortunio; cfr., pure, E. Morscher, Schäden des Stütz- und Bewegungsapparates nach Unfällen: Wirbelsäule, in Versicherungsmedizin, hrsg. E. Baur, H. Nigst, Berna 1972; 3. Auflage 1985). 2.8. Ritornando al caso di specie, l'assicurato sembra escludere la preesistenza di un quadro morboso degenerativo della colonna vertebrale. Egli sostiene che l'ernia discale L4-L5 paramediana destra sia stata esclusivamente causata dall'incidente del 20 luglio 1992, visto che prima di tale evento non presentava sintomi di ernia discale. Inoltre il secondo infortunio dell'11 giugno 1999 avrebbe aggravato le sue condizioni di salute, provocando un'erniazione più importante (cfr. consid. 1.4.). Tuttavia ciò è confutato dalla documentazione medica agli atti. Infatti i medici che si sono pronunciati a proposito dello stato di salute dell'assicurato, e meglio il Dr. med. _____, il Prof. Dr. med. _____, il Dr. med. _____ e il Dr. med. _____

_____ , hanno riconosciuto che questi soffre di degenerazioni segmentali della colonna lombare che si manifestano tramite discopatia e stenosi spinale in L4 ed L5, come è anche risultato dalla risonanza magnetica del 5 agosto 1999 (cfr. consid. 2.6.; doc. _). Per quanto attiene poi all'asserzione dell'insorgente concernente il fatto che l'evento infortunistico assicurato sarebbe all'origine di un aggravamento determinante dello stato anteriore, va rilevato che al considerando 2.7., questa Corte ha già chiaramente illustrato le condizioni - poste dalla dottrina medica generalmente riconosciuta e fatte proprie dalla nostra Corte federale - che devono essere soddisfatte affinché si possa ritenere come dimostrato un peggioramento direzionale di un'affezione degenerativa preesistente della colonna vertebrale a seguito d'infortunio: gli accertamenti radiologici devono mettere in evidenza una compressione delle vertebre, così come l'apparizione oppure l'allargamento di lesioni dopo un trauma. In concreto non è assolutamente stato dimostrato che l'infortunio dell'11 giugno 1999 abbia causato la compressione di vertebre o abbia provocato delle lesioni definitive alla colonna vertebrale oppure un aggravamento delle preesistenti lesioni di carattere degenerativo. Al contrario dagli esami esperiti nei confronti dell'assicurato è risultato che non si sono prodotte alterazioni sostanziali rispetto alla situazione posteriore al primo infortunio subito dal ricorrente nel 1992, come evidenziato dal Prof. Dr. med.

_____ nel suo referto del 28 settembre 1999 (cfr. consid. 2.6.; doc. _). La risonanza magnetica del 5 agosto 1999 ha, in particolare, messo in luce una protrusione paramediana-recessale e braminale a destra a livello L5-S1 con accentuazione foraminale a destra dove il disco è a contatto con la radice L5, senza segni di una compressione (cfr. consid. 2.6.; doc. _). Di conseguenza il TCA non può fare propria l'opinione manifestata dall'assicurato, peraltro non sostanziata da nessun certificato medico. 2.9. In simili condizioni, dato che traumi alle parti molli sono suscettibili, tutt'al più, di provocare un peggioramento temporaneo dello stato anteriore del rachide della durata di alcuni mesi dal giorno dell'infortunio (cfr. consid. 2.7.), il TCA ritiene che la _____, relativamente ai disturbi lamentati dall'assicurato alla colonna vertebrale lombare con irradiazioni agli arti inferiori, abbia correttamente negato il proprio obbligo contributivo posteriormente al 19 giugno 2000. In effetti, è stato dimostrato, con un sufficiente grado di verosimiglianza (cfr. consid. 2.4.1. in fine), che dopo tale data, l'infortunio dell'11 giugno 1999 non ha più giocato alcun ruolo causale in relazione ai problemi alla colonna vertebrale, la quale ha raggiunto lo status quo sine (cfr. consid. 2.4.1.). Va per di più sottolineato che il Dr. med. _____ ha puntualizzato che la valutazione dell'intervento dello status quo sine a un anno di distanza dall'incidente dell'11 giugno 1999 è stata effettuata "già in misura largheggiante" (cfr. consid. 2.6., doc. _). 2.10. Per quanto concerne la commozione cerebrale e il distacco del corpo vitreo dell'occhio sinistro riportati dal ricorrente a seguito dell'infortunio dell'11 giugno 1999 (cfr. consid. 2.6.), va rilevato che dalla documentazione medica agli atti emerge che tali disturbi si sono comunque attenuati, fino a una completa remissione (cfr. consid. 2.6.; doc. _). Occorre dunque concludere che a livello del cranio e dell'occhio sinistro è intervenuto lo status quo ante (cfr. consid. 2.4.1.). Alla luce di quanto sopra esposto, questa Corte deve pertanto confermare l'impugnata decisione emanata dalla _____.