

## **TI\_GERICHTE 35.2005.10 vom 20. Juli 2006**

TI Tribunale d'appello, 2006-07-20, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_35.2005.10](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2005.10)

FR: TI\_GERICHTE 35.2005.10 du 20 juillet 2006

IT: TI\_GERICHTE 35.2005.10 del 20 luglio 2006

### **Regeste**

Vittima nel 2003 di infortunio caviglia sinistra. Ricaduta del 2004 rifiutata da assicuratore. Perizia giudiziaria. Ammessa causalità naturale (e adeguata) con infortunio. Rinvio atti per definizione diritto a prestazioni. Negato diritto a rimborso costi perizia medica privata.

### **Erwägungen**

#### **E. 5**

b/bb, 118 V 286 e 117 V 365 in fine; cfr., pure, U. Meyer-Blaser, Kausalitätsfragen aus dem Gebiet des Sozialversicherungsrechts, in SZS 2/1994, p. 104s. e M. Frésard, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], n. 39). 2.6. In virtù dell'art. 11 OAINF, l'assicuratore LAINF é tenuto a riprendere l'erogazione delle prestazioni assicurative in caso di ricadute o conseguenze tardive (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), Losanna 1992, 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). 2.7. Nella concreta evenienza, si tratta di valutare se i disturbi annunciati dall'assicurato nel corso del mese di maggio 2004 si trovavano in una relazione di causalità, naturale e adeguata, con il sinistro del mese di dicembre 2003 oppure no. L'INSAI lo ha negato riferendosi alla valutazione contenuta nel rapporto del 16 luglio 2004 del dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia (cfr. doc. 31: "Alla nostra non poca perplessità, l'accertamento [indagine dinamica bi-planare delle tibio-tarsive del 24.6.2004, n.d.r.] ha evidenziato sì una moderata insufficienza legamentare, rispettivamente apertura rilevante nel piano sagittale, tuttavia esclusivamente a livello della caviglia destra. Pure mancano dei segni per un'eventuale dissezione intrartricolare. In base a questi referti oggettivi, come pure sulla scorta dei reperti oggettivi precedenti, fatti esperire da parte della CO 1, non sussistono delle lesioni strutturali post-traumatiche da parte dell'infortunio del 16.12.2003, per cui la "ricaduta" annunciata il 17.5.2004 non è assumibile a carico dal caso CO 1 iniziale ." – il corsivo è del redattore). Nel corso del mese di ottobre 2004, RI 1 si è sottoposto a un'artro-TAC della caviglia sinistra presso il Reparto di radiologia dell'Ospedale di \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, esame che ha in particolare mostrato, citiamo: "un parziale scollamento dell'inserzione astragalica della barriera capsulo-legamentosa antero-laterale", nonché una, citiamo: "sottile soluzione di continuità del legamento fibulo-astragalico in corrispondenza della sua porzione più craniale con modesto ispessimento del fascio tibio-fibulare della sindesmosi tibio-astragalica." (referto accluso al doc. 43). Chiamato

dall'assicuratore LAINF a prendere posizione in merito agli esiti del citato esame strumentale, il dott. \_\_\_\_\_, in data 27 ottobre 2004, ha affermato che, citiamo: " L'esame computer-tomografico della caviglia sinistra del 4.10.2004 rappresenta una regolare struttura articolare tibio-tarsica, astragalo-peroneale, nonché sotto-astragalica. A livello osteo-articolare quindi non sono riconoscibili delle alterazioni traumatiche. In merito all'apparato legamentare, non si evidenzia alcuna extravasazione del mdc, fuori dal comparto articolare. L'interpretazione in merito alla "soluzione parziale di continuità delle strutture legamentose" sono da apportare le massime riserve, poiché i legamenti non direttamente rappresentati. Infatti ciò che conta dal lato clinico è la stabilità legamentare comprovata con dei tests dinamici, come realizzati il 24.6.2004. Sintomatico è pure che all'ospedale di Varese, il 10.9.2004 sotto esame obiettivo viene precisato che la caviglia sinistra sia stabile, non presenta tumefazioni con cute normotermica. Soggettivamente vengono accusati dei disturbi al collo del piede sinistro. (...)." (doc. 45) Con certificazione dell'11 novembre 2004, il Prof. dott. \_\_\_\_\_, autore dell'artro-TAC del 4 ottobre 2004, ha attestato che l'assicurato presenta una lesione del legamento peroneo-astragalico anteriore con interessamento capsulare con coinvolgimento anche della sindesmosi tibio-peroneale (doc. 48). Unitamente al proprio ricorso, RI 1 ha prodotto un parere medico-legale, datato 24 gennaio 2005, della dott.ssa \_\_\_\_\_, spec. in medicina legale e delle assicurazioni a \_\_\_\_\_, secondo la quale l'assicurato presenta una instabilità della caviglia sinistra riconducibile al trauma distorsivo riportato il 16 dicembre 2003: " ... la primitiva lesività, rappresentata da un trauma distorsivo della caviglia sinistra, risulta compatibile con la dinamica dell'infortunio descritta in oggetto. Detta lesività fu immediatamente produttiva di instabilità della caviglia, rilevata clinicamente il 16.1.04. Peraltro, in assenza di documentati, ulteriori eventi traumatici in anamnesi, la RNM della caviglia eseguita il 4.10.04 consentì il rilievo di alterazioni capsulo-legamentose complesse, coerenti con il quadro di instabilità articolare osservata nove mesi prima. Del resto, la storia clinica dell'RI 1 è caratterizzata, dall'epoca dell'infortunio in discussione fino ad oggi, da più episodi distorsivi, conseguenti alla descritta instabilità articolare. Non si hanno quindi motivi per ritenere - contrariamente a quanto evidenziato nella decisione della CO 1 del 4.11.04 - che non esista nesso causale tra il primitivo evento infortunistico e il danno alla salute oggi lamentato dall'RI 1, sottolineando che i rilievi obiettivi - trascritti nella presente relazione - rappresentano dati oggettivi che, associati ai rilievi sintomatologici soggettivi e a quelli strumentali, connotano la stabilizzazione del quadro clinico post-traumatico." (doc. B) Da parte sua, il dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia, attivo presso la Divisione di medicina assicurativa di \_\_\_\_\_, ha così commentato le immagini dell'artro-TAC del 4 ottobre 2004, rispettivamente, le considerazioni espressa dalla dott.ssa \_\_\_\_\_: " Zum Arthro-CT des OSG links vom 04.10.2004 hat der Kreisarzt bereits am 27.10.2004 Stellung genommen. Wir können auf diesen Bildern ebenfalls nichts Pathologisches sehen. Die Hypothesen des Prof. \_\_\_\_\_ sind nicht nachvollziehbar. Es handelt sich beim Arthro-CT generell nicht um eine geeignete Methode, um Bandverletzungen darzustellen. Bereits klinisch und speziell mit den vergleichenden gehaltenen Aufnahmen vom 24.06.2004 konnten relevante Bandverletzungen ausgeschlossen werden. Es fand sich lediglich eine leichte Laxität des Lig. fibulo-talare anterius rechts sogar mehr als links. Dazu hat sich der Kreisarzt bereits am 16.07.2004 klar geäußert. Aus der "parere medicolegale" von Frau Dr. \_\_\_\_\_ vom 24.01.2005 ergeben sich ebenfalls keine neuen Erkenntnisse. Im Status ist nichts beschrieben, was von der Kooperation unabhängig wäre. Unkritisch wir einfach die Beurteilung des Arthro-CT vom 04.10.2004 zitiert

(offenbar ohne selber diese Bilder gesehen zu haben) Zudem wird diese Abklärung am Schluss fälschlicherweise mit "RNM" (MRI) titulierte, was technisch etwas ganz Anderes ist. Im Übrigen erfolgt eine rein zeitliche Kausal-Zuordnung "post hoc". Für den Arzt gibt es keine "natürliche" sondern nur eine medizinisch erklärbare Kausalität. Ein eindeutiges unfallbedingtes Substrat ist jedenfalls nicht nachweisbar. Auch ungeachtet von Versicherungsfragen ist wegen dieser harmlosen OSG-Beschwerden links keine spezielle Behandlung notwendig, und eine erneute Arbeitsunfähigkeit ab 17.05.2004 orthopädisch nicht gerechtfertigt. Von der Arbeitslosigkeit müssen wir abstrahieren. Unverständlich und wissenschaftlich haltlos ist die vom Kläger erwähnte "chinesi terapia" in diesem Zusammenhang." (doc. 52) 2.8. Vista la presenza nell'incarto di referti fra loro contraddittori, allo scopo di chiarire la fattispecie dal profilo medico, questo Tribunale, in data 3 agosto 2005, ha ordinato l'esecuzione di una perizia a cura del dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia ortopedica, Primario della Clinica di \_\_\_\_\_ dell'Ospedale cantonale di \_\_\_\_\_. Dopo aver ricostruito l'anamnesi dell'assicurato (XXII, p. 1-2) ed averne descritto lo status clinico e radiologico a livello dell'estremità inferiore sinistra (XXII, p. 2-4), il perito giudiziario ha posto le seguenti diagnosi: " Belastungsabhängige Beschwerden im Bereiche des linken OSG bei Status nach Distorsionstrauma vom 16.12.2003. Instabilitätsgefühl im Bereiche des linken OSG lateral. Status nach neuen Distorsionstrauma vor 14 Tagen mit Hämatom im Fussristbereich. Verdacht auf insuffizienz der Peronealsehnenscheide bei Status nach fibulotarsaler Bandläsion links." ( XXII, p. 4) Per quanto qui d'interesse, rispondendo ai quesiti postigli dalle parti, il dott. \_\_\_\_\_ ha quindi sostenuto che i disturbi lamentati da RI 1 traggono origine da un'instabilità del legamento fibulo-talare con verosimilmente lesione principale a livello della guaina dei tendini peroneali (cfr. risposta al quesito n. 1 di parte ricorrente), da mettere in relazione causale, e ciò con verosimiglianza preponderante, con l'evento traumatico del 16 dicembre 2003 (cfr. risposta al quesito n. 3 di parte convenuta). L'esperto designato dal TCA ha così motivato le proprie conclusioni a proposito dell'eziologia dei disturbi di cui soffre l'insorgente: " Beim Patienten persistiert trotz konservativen Massnahmen ein Instabilitätsgefühl sowie ein Belastungsschmerzsyndrom im Bereiche des linken oberen Sprunggelenkes lateral nach einem eindeutigen Distorsionstrauma von Ende 2003. Trotz Stabilschuh und Aircastschiene persistieren diese Beschwerden weiterhin. Der Patient beschreibt glaubhaft diese Instabilitätssymptomatik, die ihn hindert, grössere Belastungen mit dem Fuss durchzuführen oder auch sportliche Aktivitäten zu unternehmen. Im Gegensatz zu den objektiven radiologischen Befunden finde ich klinisch eine verstärkte Aufklappbarkeit im USG lateral links gegenüber rechts. Dies würde erklären, warum der Patient immer noch ein Instabilitätsgefühl hat. Es wurde in den letzten 20 Jahren mehrfach gezeigt, dass trotz „stabilem“ Bandapparat lateral ohne Läsionen des Ligamentum fibulotalare anterius oder Fibulo calcaneare Instabilitätsgefühle nach Distorsionstraumen persistieren können. Eine Erklärung dafür fand sich bei operativen Revisionen: Man fand die Peronealsehnenscheide, welche im Bereiche des fibulotalaren Bandapparates ein straffes Band darstellt, meist im Bereiche der Fibulaspitze abgerissen und verlängert wieder verwachsen. Biedert et al. fanden bereits in den 80-iger Jahren in der Peronealsehnenscheide in diesem Bereich elektronenmikroskopisch Dehnungsrezeptoren, welche dafür verantwortlich sind, dass bei Supination des Fusses die Peronealmuskulatur entgegenwirkt, da die Bänder allein viel zu schwach wären, um einer Supination entgegenzuwirken. Wenn nun dieser propriozeptive Reflexbogen gestört wird durch eine Verlängerung der Peronealsehnenscheide im Bereiche zwischen Fibulaspitze und

USG-Bereich kommt die Reaktion der Peronealmuskulatur jedesmal zu spät und dies führt einerseits zu einem dauernd vorhandenen Instabilitätsgefühl, andererseits auch zu rezidivierenden Supinationstraumen. Müller W., Hackenbruch W., Zumstein M. haben bereits 1985 in einer Publikation dieses Phänomen dargestellt und dabei auch zeigen können, dass gehaltene Röntgenaufnahmen in solchen Fällen immer stabile Verhältnisse vortäuschen. Der Nachweis dieser Läsion mittels MRI oder CT ist nur in den ersten zwei, drei Tagen nach dem Unfall möglich, da anschliessend Vernarbungen und Heilungsvorgänge eine Diagnostik nicht mehr ermöglichen." (XXII) 2.9. Unitamente alle proprie osservazioni, mediante le quali è stato chiesto al TCA di ordinare una superperizia allestita da un professore universitario (XXIV, p. 3), l'assicuratore infortuni convenuto ha prodotto un rapporto, datato 1° marzo 2006, del dott. \_\_\_\_\_. Questo sanitario ha contestato in più punti la perizia giudiziaria, e meglio: " Das Gerichtsgutachten (Orthopäde Dr. \_\_\_\_\_) vom 13.02.2006 wurde zur Kenntnis genommen. Die Untersuchung in \_\_\_\_\_ erfolgte schon am 28.10.2005. Die Schlussfolgerungen des Experten erachten wir jedoch nicht als überzeugend. Klinisch konnte äusserlich am linken Fuss nichts Auffälliges gefunden werden, Gehen ohne Hinken. Es bestand nur der Verdacht auf eine gegenüber rechts etwas vermehrten fibulotarsalen Instabilität, welche jedoch (wie schon in den Voraufnahmen beidseits vom 24.06.2004) auch in den gehaltenen neuen Röntgenbildern links vom 28.10.2005 nicht verifiziert werden konnte. Radiologisch bestehen auch keine Arthrose und keine Anhaltspunkte für ossäre Bandausrisse. Unter den Diagnosen wird lediglich der Verdacht auf eine Insuffizienz der Peronealsehnscheide geäussert. Klinisch hat der Experte jedoch in diesem Bereich nicht Pathologisches beschrieben. Bei der Beantwortung der Frage 3 nennt er diese Vermutungsdiagnose sogar explizit eine blosser Hypothese. Auf einer solch vagen Grundlage sind aber keine zuverlässigen gutachterlichen Beurteilungen möglich. Vielmehr erwartet man von einem Experten einzig harte Fakten (vorliegend fehlend). Auch emotionale Wertungen wie "glaubhaft" sind in einem Gutachten fehl am Platz. Allein aufgrund subjektiver Angaben des Probanden wie "Instabilitätsgefühl" ohne eindeutiges objektives Korrelat sollte man keine Unfallfolgen postulieren. Die theoretischen Erwägungen von Herrn Dr. \_\_\_\_\_ sind zwar prinzipiell korrekt, jedoch im konkreten Fall nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Ungeachtet davon können wir eine angebliche Arbeitsunfähigkeit von 50% wegen harmloser Fuss-Beschwerden nicht nachvollziehen. Auch hier erfolgt eine sehr subjektive Einschätzung des Experten ("ich glaube"). An unserer früheren Beurteilung vom 30.03.2005 müssen wir also vollumfänglich festhalten. Mit stabilen Schuhen ist Herrn RI 1 weiterhin eine volle Arbeitsfähigkeit zumutbar. Eine operative Revision erachten wir nicht als zweckmässig. So oder so besteht nach objektiven Kriterien kein erheblicher Integritätsschaden." (doc. 53) In data 16 marzo 2006, questa Corte ha sottoposto all'esperto giudiziario le obiezioni del medico fiduciario dell'CO 1, chiedendogli se esse fossero suscettibili di modificare in qualche modo le conclusioni peritali (XXVI). Questo il contenuto del complemento peritale 28 marzo 2006, mediante il quale il dott. \_\_\_\_\_ ha risposto, punto per punto, alle critiche espresse dal dott. \_\_\_\_\_: " Besten Dank für die Zusendung der Entgegnung des Rechtsdienstes der CO 1 auf mein Gutachten. Als erstes möchte ich korrigieren, dass Dr. \_\_\_\_\_ nicht Spezialist für Orthopädische Chirurgie ist, sondern er ist Spezialarzt FMH für Allgemeine Chirurgie, was meines Erachtens doch einen Unterschied darstellt. Im weiteren werde ich nicht auf alle Punkte eingehen, die erwähnt werden. Ich möchte dazu nur nochmals bemerken, wie ich es bereits im Gutachten getan habe, dass die fibulotarsale

Bandinstabilität, wie sie ursprünglich von Prof. \_\_\_\_\_, Bruderholzspital, Anfang der 80-iger Jahre beschrieben wurde, vorwiegend eine klinische Diagnose ist und mittels apparativer Techniken nicht darstellbar ist. Weder mit einem MRI noch mit gehaltenen Aufnahmen können fibulotarsale Bandinstabilitäten eindeutig bewiesen oder ausgeschlossen werden. Das Hauptproblem bei diesen Bandinstabilitäten ist, dass es sich meistens nicht um das Ligamentum fibulotalare anterius handelt, sondern dass die Peronealsehnenscheide, welche über das untere Sprunggelenk bis zur Basis des Metatarsale V reicht und im Bereiche der Fibulaspitze inseriert, meist gerissen ist, bzw in zu langem Zustand zusammengewachsen ist, was dann dazu führt, dass ein Instabilitätsgefühl beim Patienten besteht, auch wenn radiologisch die Bänder des oberen Sprunggelenkes stabil sind. Aus diesem Grunde ist jede Beurteilung im Bereiche des lateralen Bandapparates vorwiegend eine klinische Beurteilung und stützt sich auch auf die Aussagen des Patienten bezüglich Instabilitätsgefühl. Ich habe den Patienten nur einmal gesehen bei der Untersuchung und ich hatte den Eindruck, dass keine Aggravation vorgelegen hat und dass er mir glaubhaft sein Instabilitätsgefühl geschildert hat. Im übrigen würde es sich nicht um den ersten Patienten handeln, den ich gesehen habe mit chronischer fibulotarsaler Bandinstabilität, der bereits eine längere Periode von Abklärungen hinter sich hatte, ohne dass eine klare Diagnose gestellt werden konnte." (XXVIII) Da parte sua, il dott.

\_\_\_\_\_ si è riconfermato nelle censure da lui sollevate riguardo alla valutazione enunciata dall'esperto giudiziario, contestando, in particolare, la tesi secondo cui un'instabilità laterale dell'articolazione tibio-tarsica non sarebbe oggettivabile grazie ai mezzi diagnostici oggi a disposizione: " Von der Replik des Orthopäden Dr. \_\_\_\_\_ vom 28.03.2006 haben wir Kenntnis genommen. Neue Aspekte ergeben sich daraus nicht. Der Experte hält an seinen (konkret unbewiesenen) Hypothesen fest, und macht emotionale Wertungen ("glaubhaft"). Dass eine laterale OSGInstabilität apparativ bzw. radiologisch nicht darstellbar sei, müssen wir klar bestreiten. Auch wenn Herr Dr. \_\_\_\_\_ schon 1985 einmal an einer Publikation beteiligt war (im Medline nicht aufgeführt), die sich mit der Rolle der Peronealsehnenscheide bei Instabilitätsgefühlen befasst, erlaubt dies im konkreten Fall überhaupt keine zuverlässigen diagnostischen Rückschlüsse, zumal klinisch keine Anhaltspunkte für eine Subluxation der Peronealsehnen bestehen, und auch der Experte selber keine Schwellung in diesem Bereich festgestellt hat. Gefunden haben wir nur eine ältere Arbeit von Biedert (Schweiz Z Sportmed. 1985 Sep;33(3):85-8) zu diesem Thema, sonst spielt diese Hypothese in der aktuellen medizinischen Literatur aufgrund einer kurzen MedlineRecherche international offenbar keine relevante Rolle. Im übrigen kann auch ein Chirurg eine solche Pathologie gut beurteilen. Die meisten Bandrupturen am OSG werden nämlich von Chirurgen behandelt. Auch der Unterzeichnete hat viele solche Fälle auf der Notfallstation betreut und operiert. An unseren Beurteilungen vom 30.03.2005 und 01.03.2006 müssen wir also vollumfänglich festhalten. Auch ungeachtet von Versicherungsfragen und akademischen Diskussionen bezüglich der richtigen Diagnose sehen wir aufgrund der objektiv günstigen klinischen und radiologischen Befunde keine medizinische Rechtfertigung für eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Eine Operation ist nicht indiziert." (doc. 54) Invitato dal TCA a produrre documentazione scientifica a sostegno di quanto da lui sostenuto nel suo rapporto datato 13 aprile 2006 (cfr. XXXV), il sanitario dell'CO 1 ha ribadito che le instabilità susseguenti a rotture legamentarie a livello dell'articolazione tibio-tarsica vengono usualmente oggettivate grazie a radiografie funzionali o con prese tenute. Egli ha peraltro versato agli atti copia di un articolo di B. Weigel e M. Nerlich apparso sulla rivista Chirurg 1998-69 : 994-1010, nonché copia di

estratti di alcuni manuali di medicina (XXXVI + allegati). Alla luce delle censure sollevate dal medico di fiducia dell'CO 1 e della documentazione da lui prodotta, questa Corte ha ritenuto necessario far capo, di nuovo, al dott. \_\_\_\_\_ (cfr. XXXVII), il quale, con particolare riferimento all'impossibilità di oggettivare delle instabilità discrete che interessano l'articolazione sotto-astragalica ("untere Sprunggelenksinstabilität"), ha ribadito la fondatezza della sua prima valutazione: "(...). Selbstverständlich hat Dr. \_\_\_\_\_ insofern recht, dass echte schwere Instabilitäten im Bereiche des oberen Sprunggelenkes radiologisch nachgewiesen werden können. Was ich gemeint habe, sind die diskreten Instabilitäten, die vorwiegend im Bereiche des unteren Sprunggelenkes liegen und die Ursache in der zerrissenen Peronealsehnenscheide haben, was dann zu einer propriozeptiven Störung führt und die typischen Giving-way-Symptomaten beim Patienten auslöst, ohne dass eine echte Instabilität im Röntgenbild dargestellt werden kann. Ich verweise auf die beiliegende Arbeit von \_\_\_\_\_ und \_\_\_\_\_, die bereits 20 Jahre alt ist und die seither nie widerlegt wurde. Zusammenfassend kann man sagen, dass hier offenbar ein kleines Missverständnis besteht und dass die CO 1 vor allem von einer oberen Sprunggelenkinstabilität ausgeht, währenddem ich eine untere Sprunggelenksinstabilität postuliere und diese ist, wie wir das bereits vor 15 bis 20 Jahren bei Prof. \_\_\_\_\_ im Bruderholz gesehen haben, mit radiologischen oder auch MRI-mässigen Mitteln nicht nachzuweisen ist." (XXXIX) Da parte sua, il dott. \_\_\_\_\_ ha così replicato: "Die beigelegte Arbeit von \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ (1985) wurde in unserer Beurteilung vom 13.04.2006 bereits erwähnt. Darin geht es um "die Bedeutung der Peronealsehnenscheide in der operativen Behandlung der fibulotarsalen Bandläsion". Dieser Aspekt wird auch von uns nicht grundsätzlich bestritten. Nur lässt sich aufgrund einer über 20 Jahre alten Publikation in einer unbedeutenden Zeitschrift im konkreten Fall kaum etwas beweisen, zumal klinisch keine Anhaltspunkte für eine Subluxation der Peronealsehnen bestehen. Auch der Experte selber fand keine Schwellung in diesem Bereich. Während Herr Dr. \_\_\_\_\_ im Gutachten vom 13.02.2006 (redigiert erst 3.5 Monate nach der Untersuchung) als Diagnose noch ein "Instabilitätsgefühl im Bereiche des linken OSG lateral" erwähnt hat, postuliert er jetzt eine untere Sprunggelenks-Instabilität (also im USG) bei angeblicher "Insuffizienz der Peronealsehnenscheide". Eine solche Pathologie wäre zwar allein mit gehaltenen Aufnahmen tatsächlich nur schwer nachweisbar, hingegen gut mit einer Arthrographie (wie auch in der zitierten Arbeit erwähnt). Im Arthro-CT vom 06.10.2004 fanden sich aber dafür explizit keine Hinweise. Herr Dr. Zumstein spricht im Gutachten von einem blossen "Verdacht". Massgebend in einem Gerichtsgutachten sollten aber konkrete Fakten sein, und nicht nur persönliche Hypothesen. Ohne gesicherte Diagnose müssen wir vollumfänglich an unseren diversen früheren Beurteilungen festhalten. Im übrigen wäre auch eine "diskrete Instabilität" kein Grund für eine Arbeitsunfähigkeit bei Tragen von Stabilschuhen. Für eine Operation besteht auf jeden Fall keine Indikation." (Doc. XLIIIbis) 2.10. 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 "). Per ciò che concerne il valore probante di un rapporto medico é determinante il fatto che lo stesso per i punti litigiosi sia completo, si basi su uno studio esteso, prenda in considerazione anche le lamentele espresse, sia stato consegnato in piena conoscenza dell'incarto, sia chiaro nell'esposizione delle relazioni mediche e nella valutazione della situazione medica e le conclusioni dell'esperto siano motivate (RAMI 1991 U 133, p. 311ss. consid. 1b). In concreto, la perizia giudiziaria, completata in data 28 marzo 2006 , su richiesta di questo Tribunale, non contiene contraddizioni di sorta. 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 persuasivo, dopo aver proceduto a un esame approfondito del caso. Questo Tribunale non ha quindi ragioni per non fare proprie le chiare e convincenti conclusioni enunciate dallo specialista argoviese ed esposte al considerando precedente. In primo luogo, il TCA ritiene utile sottolineare che RI 1 , in data 16 dicembre 2003, è rimasto vittima di un trauma distorsivo , e non soltanto contusivo, alla caviglia sinistra (cfr., per quanto riguarda il diverso potenziale lesivo di uno e dell'altro tipo di trauma, la STFA del 14 marzo 2006 nella causa P.B., U 288/04). D'altra parte, é vero che la nota instabilità del legamento fibulo-talare non è stata oggettivata mediante delle apparecchiature, così come d'altronde emerge dal riepilogo degli esami strumentali a cui è stato sottoposto l'assicurato, riportato a pagina 3s. della perizia giudiziaria. Questo argomento è stato utilizzato più volte dal dott. \_\_\_\_\_ per escludere la presenza di una qualsiasi lesione strutturale di natura post-infortunistica e, in ultima analisi, per negare l'eziologia traumatica ai disturbi di cui soffre RI 1. Occorre tuttavia tenere presente che, a mente dell'esperto giudiziario, la patologia in questione non è di per sé suscettibile di essere oggettivata grazie agli attuali mezzi tecnici di diagnostica per immagini, o meglio, secondo uno studio che ha annoverato tra i suoi autori anche lo stesso dott. \_\_\_\_\_, essa lo può essere soltanto nei primi due/tre giorni dopo l'infortunio. A questo preciso riguardo, il TCA rileva che, sebbene gli sia stata concessa l'opportunità di suffragare scientificamente la tesi secondo la quale instabilità quali quella di cui soffre l'assicurato potrebbero essere agevolmente oggettivate grazie alla diagnostica per immagini (cfr. XXXV), il medico fiduciario dell'CO 1 non ha saputo andare oltre il produrre degli estratti di opere a carattere divulgativo (cfr. allegati a XXXVI 1), che non concernono precisamente la problematica sollevata dall'esperto giudiziario (cfr., in proposito, XXXIX). Di conseguenza, un significato decisivo deve essere attribuito all'esame clinico e, in questo contesto, alle dichiarazioni del paziente a proposito delle sensazioni di instabilità da lui provate (cfr., in particolare, XXVIII: "Das

Hauptproblem bei diesen Bandinstabilitäten ist, dass es sich meistens nicht um das Ligamentum fibulotalare anterius handelt, sondern dass die Peronealsehnenscheide, welche über das untere Sprunggelenk bis zur Basis des Metatarsale V reicht und im Bereiche der Fibulaspitze inseriert, meist gerissen ist, bzw. in zu langem Zustand zusammengewachsen ist, was dann dazu führt, dass ein Instabilitätsgefühl beim Patienten besteht, auch wenn radiologisch die Bänder des oberen Sprunggelenkes stabil sind. Aus diesem Grunde ist jede Beurteilung im Bereiche des lateralen Bandapparates vorwiegend eine klinische Beurteilung und stützt sich auch auf die Aussagen des Patienten bezüglich Instabilitätsgefühl. “ – il corsivo é del redattore). Proprio in merito alle evocate “sensazioni di instabilità”, va sottolineato che, già in occasione della sua audizione del 29 luglio 2004, quindi a un’epoca non sospetta, l’insorgente aveva fatto stato di una caviglia instabile, e meglio, citiamo: “... ogni tanto aveva, ed ha a tutt’oggi, la sensazione che la caviglia andasse per i “fatti suoi” .” (doc. 32 – il corsivo è del redattore). Posto come la diagnosi di instabilità del legamento fibulo-talare si fonda essenzialmente sulle risultanze dell’esame clinico esperito dal medico, è naturalmente importante che quest’ultimo abbia potuto visitare personalmente il paziente. Ora, dalle tavole processuali si evince che né il dott. \_\_\_\_\_, né il dott. \_\_\_\_\_, hanno avuto modo di visitare personalmente e di parlare con l’assicurato, e ciò contrariamente a quanto fatto dal perito giudiziario. Per il resto, il solo fatto che il dott. \_\_\_\_\_, Primario presso la clinica di ortopedia di un ospedale cantonale, al quale il TCA nel passato ha già più volte fatto capo con soddisfazione - abbia espresso un apprezzamento diverso rispetto a quello del medico interpellato dall’assicuratore LAINF 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). Alla luce di quanto appena esposto, il TCA ritiene provato - e si ricorda che, nell’ambito del diritto delle assicurazioni sociali, è sufficiente che i fatti vengano provati secondo il criterio della verosimiglianza preponderante (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 2003, p. 343 ) - che i disturbi all’estremità inferiore sinistra costituiscono una conseguenza naturale (ed adeguata, cfr., al proposito, la dottrina e la giurisprudenza evocate al consid. 2.5. in fine) dell’infortunio del 16 dicembre 2003 . La causa va retrocessa all’assicuratore LAINF convenuto affinché determini il diritto a prestazioni da un punto di vista materiale e temporale. 2.11. Con la propria impugnativa, l’assicurato ha preteso il rimborso, da una parte, delle spese di cura e, d’altra parte, delle spese peritali (cfr. I, p. 3). Al riguardo, si osserva quanto segue. 2.11.1. Per quanto riguarda le spese di cura , RI 1 ha prodotto numerosi scontrini di farmacia, due fatture di partecipazione ai costi dell’Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ (di 50 euro ciascuna) afferenti a prestazioni di pronto soccorso, nonché una ricevuta di pagamento, sempre rilasciata dal nosocomio appena citato, relativa a una consultazione ortopedica eseguita dal dott. \_\_\_\_\_ il 7 ottobre 2004 (cfr. doc. E). Gli elementi di cui dispone questa Corte non sono sufficienti per decidere, con cognizione di causa, se tali prestazioni sanitarie fornite al ricorrente debbano andare a carico dell’Istituto assicuratore convenuto oppure no. Sarà pertanto quest’ultimo, al quale la causa deve già essere rinviata, a doversi pronunciare in merito. 2.11.2. Quando l’assicurato chiede la rifusione delle spese peritali , egli si riferisce al parere medico-legale elaborato

dalla dott.ssa \_\_\_\_\_ il 24 gennaio 2005 (doc. B), costatogli circa 200 euro (cfr. doc. E). 2.11.2.1. In una sentenza pubblicata in RAMI 1994 U 182, p. 47s., il TFA ha stabilito che, se i fatti medici possono essere accertati in modo convincente solo sulla base delle risultanze di un referto prodotto dall'assicurato, é lecito assimilare l'esame ordinato dall'assicurato ad una perizia ordinata dall'assicuratore e, quindi, addossare a quest'ultimo i relativi costi ai sensi dell'art. 57 OAINF. In una sentenza del 27 agosto 2001 nella causa S., U 17/01, la nostra Corte federale ha condannato l'assicuratore infortuni ad assumere il costo di una perizia medica prodotta dall'assicurato nel quadro della procedura di opposizione, grazie alla quale era stato dimostrato che il tipo di esame esperito dall'assicuratore non consentiva di mettere in rilievo i reali disturbi accusati dall'assicurato e provocati da una importante lesione muscolare, precisando segnatamente che: " (...) si deve ritenere che l'interessato, per tutelare al meglio i propri diritti (DTF 115 V 63 consid. 5d), era di fatto obbligato a provocare nuove indagini, maggiormente approfondite, che permettessero di documentare e rendere oggettivabili i disturbi da lui realmente percepiti - e fatti effettivamente correlare dal perito giudiziario alla diagnosi da lui riscontrata -, ma di fatto negati dall'amministrazione, che ancora in sede di decisione su opposizione riteneva che "dal lato oggettivo, l'opponente non presenta alcuna lesione posttraumatica di significato clinico" e che la lieve irregolarità del tendine riscontrata non poteva causare alcun disturbo. Ne consegue pertanto che il rapporto 23 dicembre 1998, nonché il complemento 14 aprile 1999 del dott. X. devono essere ritenuti perlomeno necessari ai fini di un convincente accertamento dei fatti medici ai sensi della citata giurisprudenza (consid. 2). Per gli esiti del presente giudizio non può invece costituire motivo di rilievo il fatto che il perito giudiziario, a posteriori - dopo avere cioè disposto le opportune ricerche -, sia giunto alle medesime conclusioni dell'INSAI in merito alla sopravvenuta stabilizzazione dello stato valetudinario e alla capacità lavorativa dell'assicurato " (STFA succitata, consid. 4c). Infine, in RAMI 2004 U 503, p. 186ss. (= SVR 4-5/2006 UV 4, p. 15s.), il TFA ha deciso che, conformemente al principio generale del diritto processuale, secondo cui una parte, anche se vincente, deve sopportare i costi che ha provocato inutilmente o in modo colposo, i costi di una perizia ordinata dall'assicurato stesso devono essere assunti dall'assicuratore infortuni (vincente in causa), qualora sia stato possibile accertare in maniera concludente la fattispecie medica soltanto in base alle risultanze delle prove amministrative nella procedura cantonale di ricorso e che all'assicuratore possa essere rimproverata una violazione dell'obbligo di accertare i fatti pertinenti, in ossequio al principio inquisitorio. Questa giurisprudenza è stata ripresa, nella sua sostanza, all'art. 45 cpv. 1 LPGA, il quale prevede che, qualora l'assicuratore non abbia ordinato alcun provvedimento, ne assume ugualmente le spese se i provvedimenti erano indispensabili per la valutazione del caso oppure se fanno parte di prestazioni accordate successivamente (cfr. U. Kieser, ATSG-Kommentar, Ed. Schulthess, Zurigo 2003, art. 45 N. 11s., p. 456s.). 2.11.2.2. Nel caso di specie, il TCA rileva che - contrariamente a quanto richiesto dalla citata giurisprudenza federale - il rapporto elaborato dalla dott.ssa \_\_\_\_\_ non fornisce alcuna nuova rilevante indicazione in relazione all'aspetto diagnostico/eziologico, oltre a quanto già emergeva dagli atti. Essa si è in effetti limitata a riprendere le risultanze della artro-TAC del 4 ottobre 2004 e a pronunciarsi in favore di un'eziologia traumatica dei disturbi presentati da RI 1, senza motivare oltre questa sua opinione. Se ne deduce che il costo del rapporto allestito dalla dott.ssa \_\_\_\_\_ rimane a carico della parte che l'ha ordinato.

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