

TI_GERICHTE 35.2005.11 vom 13. Juli 2005

TI Tribunale d'appello, 2005-07-13, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2005.11

FR: TI_GERICHTE 35.2005.11 du 13 juillet 2005

IT: TI_GERICHTE 35.2005.11 del 13 luglio 2005

Regeste

Caduta da un ponteggio con contusione dorso-lombare. Nesso di causalità naturale dichiarato estinto trascorsi 6 mesi dall'infortunio. Status quo sine raggiunto. Ulteriori disturbi imputabili a preesistenti alterazioni degenerative.

Erwägungen

E. 16

LAINF, l'assicurato totalmente o parzialmente incapace di lavorare a seguito d'infortunio, ha diritto all'indennità giornaliera. Il diritto all'indennità giornaliera nasce il terzo giorno successivo a quello dell'infortunio. Esso si estingue con il ripristino della piena capacità lavorativa, con l'assegnazione di una rendita o con la morte dell'assicurato. Parimenti, il diritto alle cure cessa qualora dalla loro continuazione non sia da attendersi un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato: nemmeno persistenti dolori bastano a conferire il diritto alla continuazione del trattamento se da questo non si può sperare un miglioramento sensibile dello stato di salute (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 41ss.). Se, al momento dell'estinzione del diritto alle cure mediche, sussiste un'incapacità lucrativa, viene corrisposta una rendita d'invalidità o un'indennità unica in capitale: l'erogazione di indennità giornaliera cessa con il diritto alle prestazioni sanitarie. D'altro canto, nella misura in cui l'assicurato è portatore di una menomazione importante e durevole all'integrità fisica o mentale, egli ha diritto ad un'indennità per menomazione all'integrità giusta gli artt. 24s. LAINF. 2.5. Presupposto essenziale per l'erogazione di prestazioni da parte dell'assicurazione contro gli infortuni è, tuttavia, l'esistenza di un nesso di causalità naturale fra l'evento e le sue conseguenze (danno alla salute, invalidità, morte). Questo presupposto è da considerarsi adempiuto qualora si possa ammettere che, senza l'evento infortunistico, il danno alla salute non si sarebbe potuto verificare o non si sarebbe verificato nello stesso modo. Non occorre, invece, che l'infortunio sia stato la sola o immediata causa del danno alla salute; è sufficiente che l'evento, se del caso unitamente ad altri fattori, abbia comunque provocato un danno all'integrità corporale o psichica dell'assicurato, vale a dire che l'evento appaia come una condizione sine qua non del danno. È questione di fatto lo stabilire se tra evento infortunistico e danno alla salute esista un nesso di causalità naturale; su detta questione amministrazione e giudice si determinano secondo il principio della probabilità preponderante - insufficiente essendo l'esistenza di pura possibilità - applicabile generalmente nell'ambito dell'apprezzamento delle prove in materia di assicurazioni sociali (cfr. RDAT II-2001 N. 91 p. 378; SVR 2001 KV Nr. 50 p. 145; DTF 126 V 360 consid. 5b; DTF 125 V 195; STFA del 4 luglio 2003 nella causa M., U 133/02; STFA del 29 gennaio 2001 nella causa P., U 162/02; DTF 121 V 6; STFA del 28 novembre 2000 nella causa P. S., H 407/99; STFA del 22 agosto 2000 nella causa K. B., C 116/00; STFA del 23 dicembre 1999 in re A. F., C 341/98, consid. 3, p., 6; STFA 6 aprile 1994 nella causa E. P.; SZS 1993

p. 106 consid. 3a; RCC 1986 p. 202 consid. 2c, RCC 1984 p. 468 consid. 3b, RCC 1983 p. 250 consid. 2b; DTF 115 V 142 consid. 8b, DTF 113 V 323 consid. 2a, DTF 112 V 32 consid. 1c, DTF 111 V 188 consid. 2b; Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in Basler Juristische Mitteilungen (BJM) 1989, p. 31-32; G. Scartazzini, Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale, Basilea 1991, p. 63). Al riguardo essi si attengono, di regola, alle attestazioni mediche, quando non ricorrano elementi idonei a giustificare la disattenzione (cfr. DTF 119 V 31; DTF 118 V 110; DTF 118 V 53; DTF 115 V 134; DTF 114 V 156; DTF 114 V 164; DTF 113 V 46). Ne discende che ove l'esistenza di un nesso causalità tra infortunio e danno sia possibile ma non possa essere reputata probabile, il diritto a prestazioni derivato dall'infortunio assicurato dev'essere negato (DTF 129 V 181 consid. 3.1 e 406 consid. 4.3.1, DTF 117 V 360 consid. 4a e sentenze ivi citate). L'assicuratore contro gli infortuni è tenuto a corrispondere le proprie prestazioni fino a che le sequele dell'infortunio giocano un ruolo causale. Pertanto, la cessazione delle prestazioni entra in considerazione soltanto in due casi: - quando lo stato di salute dell'interessato è simile a quello che esisteva immediatamente prima dell'infortunio (status quo ante); - quando lo stato di salute dell'interessato è quello che, secondo l'evoluzione ordinaria, sarebbe prima o poi subentrato anche senza l'infortunio (status quo sine) (cfr. RAMI 1992 U 142, p. 75 s. consid. 4b; A. Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, p. 469; U. Meyer-Blaser, Die Zusammenarbeit von Richter und Arzt in der Sozialversicherung, in Bollettino dei medici svizzeri 71/1990, p. 1093). Secondo la giurisprudenza, qualora il nesso di causalità con l'infortunio sia dimostrato con un sufficiente grado di verosimiglianza, l'assicuratore è liberato dal proprio obbligo prestativo soltanto se l'infortunio non costituisce più la causa naturale ed adeguata del danno alla salute. Analogamente alla determinazione del nesso di causalità naturale che fonda il diritto alle prestazioni, l'estinzione del carattere causale dell'infortunio deve essere provata secondo l'abituale grado della verosimiglianza preponderante. La semplice possibilità che l'infortunio non giochi più un effetto causale non è sufficiente. Trattandosi della soppressione del diritto alle prestazioni, l'onere della prova incombe, non già all'assicurato, ma all'assicuratore (cfr. RAMI 2000 U 363, p. 46 consid. 2 e riferimenti ivi citati). 2.6. Occorre inoltre rilevare che il diritto a prestazioni assicurative presuppone pure l'esistenza di un nesso di causalità adeguata tra gli elementi summenzionati. Un evento è da ritenere causa adeguata di un determinato effetto quando secondo il corso ordinario delle cose e l'esperienza della vita il fatto assicurato è idoneo a provocare un effetto come quello che si è prodotto, sicché il suo verificarsi appaia in linea generale propiziato dall'evento in questione (DTF 129 V 181 consid. 3.2 e 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a, DTF 117 V 361 consid. 5a e 382 consid. 4a e sentenze ivi citate). Comunque, qualora sia carente il nesso di causalità naturale, l'assicuratore può rifiutare di erogare le prestazioni senza dover esaminare il requisito della causalità adeguata (cfr. DTF 117 V 361 consid. 5a e 382 consid. 4a; su queste questioni vedi pure: Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 51-53). La giurisprudenza ha inoltre stabilito che la causalità adeguata, quale fattore restrittivo della responsabilità dell'assicurazione contro gli infortuni allorché esiste un rapporto di causalità naturale, non gioca un ruolo in presenza di disturbi fisici consecutivi ad un infortunio, dal momento che l'assicurazione risponde anche per le complicazioni più singolari e gravi che solitamente non si presentano secondo l'esperienza medica (cfr. DTF 127 V 102 consid. 5 b/bb, 118 V 286 e 117 V 365 in fine; cfr., pure, U. Meyer-Blaser, Kausalitätsfragen aus dem Gebiet des Sozialversicherungsrechts, in SZS 2/1994, p. 104s. e M. Frésard, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], n.

39). 2.7. Nella presente fattispecie risulta dagli atti che RI 1, a partire dal suo diciottesimo anno di età, ha sofferto di mal di schiena. In proposito, dal rapporto 25 febbraio 2000 del dott. _____, spec. FMH in neurologia, risulta che sino ai 40 anni, le esacerbazioni erano poche, mentre che, nel corso degli ultimi anni, il ricorrente aveva presentato 2-3 episodi della durata di una settimana ciascuno, caratterizzati da lombalgie e sciatalgia a sinistra (doc. GM 14). Il 1° ottobre 1999, l'assicurato è scivolato su un'impalcatura bagnata ed ha battuto la schiena. In data 4 ottobre 1999, l'insorgente ha consultato il proprio medico curante, dott. _____, il quale ha constatato la presenza di forti dolori con limitazione dei movimenti alla regione del rachide lombare ed ha certificato una totale inabilità lavorativa a far tempo dal 1° ottobre 1999 (doc. GM 3). L'esame di risonanza magnetica del 13 ottobre 1999 ha evidenziato alterazioni degenerative plurisegmentali (cfr. doc. GM 4). Il 18 ottobre 1999, l'assicurato ha privatamente consultato il neurologo dott. _____, il quale, diagnosticata una lombalgia con irradiazione pseudoradicolare a sinistra (senza deficit sensomotori né irritazione radicolare), ha prescritto della fisioterapia ed ha previsto una graduale ripresa dell'attività lavorativa (doc. GM 14). In data 28 febbraio 2000 ha avuto luogo una visita fiduciaria di controllo presso il dott. _____, spec. in chirurgia. Dal relativo suo referto, datato 6 marzo 2000, risulta la seguente valutazione riguardante l'eziologia dei disturbi dorsali lamentati da RI 1 : " Tenuto conto del riscontro radiologico e delle preesistenze già causa di sintomatologia dolorosa recidivante, secondo prassi medico-assicurativa vigente in Lainf, si ritiene che il nesso di causalità naturale con l'evento in causa viene pian piano a scemare. In misura largheggiante si potrà riconoscere un nesso causale naturale parziale sino al termine del mese di marzo 2000" (doc. GM 15). Nel corso del mese di dicembre 2003, l'assicurato ha trasmesso alla CO 1 copia della decisione mediante la quale l'Ufficio AI l'ha posto al beneficio di una mezza rendita, determinata da un tasso di invalidità del 55% (doc. G 27/1-3). Egli ha quindi postulato il riconoscimento di una rendita di invalidità LAINF e di un'indennità in capitale (doc. G 27). Con la decisione formale del 10 febbraio 2004, poi confermata in sede di opposizione, l'assicuratore LAINF convenuto ha confermato l'estinzione del nesso di causalità naturale con l'evento traumatico dell'ottobre 1999, a far tempo dal 1° aprile 2000, facendo proprio il parere del dott. _____ (doc. G 29).

2.8. Con la propria impugnativa, RI 1 contesta la tesi sostenuta dal medico di fiducia dell'assicuratore convenuto, facendo segnatamente valere che l'infortunio assicurato avrebbe provocato un peggioramento definitivo del suo preesistente stato di salute, peraltro attestato dall'assegnazione di una mezza rendita di invalidità dal parte dell'UAI, visto che in precedenza egli era sempre stato in grado di svolgere la propria attività di restauratore in misura completa (cfr. I). Attentamente vagliata la documentazione contenuta nell'incarto, il TCA, chiamato a pronunciarsi su una questione di carattere medico, non ha valide ragioni per scostarsi dalla valutazione espressa dal dott. _____, specialista con alle spalle un'ampia esperienza in materia di medicina assicurativa, a mente del quale l'evento infortunistico assicurato ha aggravato solo transitoriamente una situazione patologica preesistente, con lo status quo ante/sine raggiunto a far tempo dal 1° aprile 2000. In tale contesto va ricordato che, per costante giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale mentre invece nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (cfr. RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STFA dell'8 luglio 2003 nella causa B., U 259/02, consid. 2.1.1; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in BJM 1989, p. 30ss.). 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 UV 10, p. 33ss. e RAMI 1999 U 356, 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. D'altra parte, 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. STFA del 10 luglio 2003 nella causa C., U 168/02; DTF 125 V 353, consid. 3b/bb) Il TCA sottolinea che le conclusioni a cui è pervenuto il medico di fiducia della CO 1 sono conformi alla dottrina medica dominante, secondo la quale, dopo traumi quali contusioni o distorsioni al dorso, lo stato anteriore del rachide può, di regola, considerarsi ristabilito trascorsi alcuni mesi a contare dall'evento traumatico, come se l'infortunio non fosse mai sopraggiunto (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 appunto di traumi vertebrali). Questa tesi dottrinale è stata peraltro recepita dalla giurisprudenza federale (cfr. RAMI 2000 U 363, p. 45ss.; STFA del 28 maggio 2004 nella causa A., U 122/02, consid. 4.2.1, del 31 dicembre 1997 nella causa L. consid. 4c, U 125/97 e del 4 settembre 1995 nella causa M. consid. 4a; cfr., inoltre, STFA del 6 giugno 1997 nella causa C., 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, U. Nigst, Berna 1973; 3. Auflage 1985). Un aggravamento significativo e quindi duraturo di un'affezione degenerativa preesistente alla colonna vertebrale in seguito ad un infortunio è dimostrato soltanto quanto l'indagine radiologica mette in evidenza una compressione improvvisa delle vertebre nonché la comparsa o il peggioramento di lesioni successivamente ad un trauma (cfr. RAMI 2000 U 363, p. 46s.). Al riguardo, è inoltre utile segnalare che, in una sentenza del 18 settembre 2002 nella causa H., U 60/02, il TFA ha stabilito che, nell'ambito dell'apprezzamento delle prove fondato sul criterio della verosimiglianza preponderante, possono essere presi in considerazione dei principi basati sull'esperienza medica, a condizione che essi riflettano l'opinione dominante. Sempre secondo la Corte federale, ciò deve valere in particolare per la dimostrazione del raggiungimento dello status quo sine : " Im Rahmen des Wahrscheinlichkeitsbeweises können durchaus medizinische Erfahrungssätze berücksichtigt werden, sofern sie der herrschenden Lehrmeinung entsprechen (vgl. BGE 126 V 189 Erw. 4c; RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 Erw. 3a). Dies hat insbesondere für den

Nachweis des Status quo sine zu gelten, bei dem es sich um einen hypothetischen Zustand handelt, welcher sich häufig nur mit Erfahrungswerten bestimmen lässt. Dass es sich bei der zitierten Literatur um eine Publikation von SUVA-Ärzten handelt, steht einer Berücksichtigung nicht entgegen, zumal es sich im Wesentlichen um eine Zusammenstellung wissenschaftlicher Erkenntnisse und Lehrmeinungen handelt" (cfr. STFA citata, consid. n. 2.2). Nella concreta evenienza, un'attenta disamina della documentazione medica consente di affermare che il sinistro in questione non ha causato alcun danno strutturale alle vertebre lombari e che le alterazioni degenerative oggettivate a questo livello, sono preesistenti all'infortunio del 1° ottobre 1999. In effetti, è praticamente impossibile che le lesioni degenerative, peraltro a carattere plurisegmentale, evidenziate grazie alla RMN del 13 ottobre 1999, possano essere insorte nei 13 giorni che separano l'infortunio dall'esecuzione del menzionato esame strumentale. Non si tratta dunque di lesioni degenerative di natura post-traumatica. D'altro canto, nessuno dei sanitari interessati ha mai preteso che il sinistro assicurato abbia comportato un aggravamento delle preesistenti alterazioni degenerative. I presupposti per potere ammettere un peggioramento duraturo delle preesistenti affezioni degenerative (compressione improvvisa delle vertebre, comparsa o peggioramento di lesioni) non appaiono pertanto soddisfatti. Il dott. _____, nel suo rapporto del 19 novembre 1999, ha sostenuto che i disturbi constatati in occasione del consulto del 28 ottobre 1999, si trovavano in una relazione causale con l'infortunio in questione (doc. GM 7). Ciò non può tuttavia essere di soccorso all'insorgente. È la stessa CO 1 ad avere riconosciuto che il nesso di causalità naturale è persistito sino al 1° aprile 2000. Una conclusione analoga si impone per quanto riguarda il certificato 31 gennaio 2005 del dott. _____ (doc. U), nella misura in cui la sua opinione non è suscettibile di mettere in dubbio quella più generalmente ammessa in seno alla comunità scientifica internazionale. In simili condizioni, non è necessario dare seguito ai provvedimenti probatori richiesti dall'insorgente (esecuzione di una perizia medica giudiziaria, nonché audizione testimoniale del dott. _____ e di _____, dipendente dell'assicurato; cfr. D). 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 dicembre 2003 nella causa R., U 239/02; STFA del 31 gennaio 2003 nella causa V., H 5/02; STFA del 5 marzo 2003 nella causa G., H 411/01; SVR 2003 IV Nr. 1 pag. 1; 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). Occorre dunque concludere che l'evento infortunistico del mese di ottobre 1999 ha giocato un ruolo (semplicemente) scatenante per rapporto ai disturbi lamentati da RI 1 al

rachide lombare e che, pertanto, in ossequio alla prassi sviluppata in materia di traumi vertebrali, l'assicuratore convenuto era legittimato a dichiarare estinto il nesso di causalità naturale trascorsi 6 mesi dallo stesso sinistro. Il fatto che l'UAI abbia ritenuto il ricorrente invalido al 55% in considerazione della problematica dorsale, è irrilevante ai fini del presente giudizio. In effetti, l'assicurazione per l'invalidità, in quanto assicurazione finale, è chiamata ad indennizzare la perdita di guadagno patita da un assicurato, a prescindere dall'eziologia del danno alla salute che ne è all'origine.

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