

TI_GERICHTE 35.2015.88 vom 18. November 2015

TI Tribunale d'appello, 2015-11-18, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2015.88

FR: TI_GERICHTE 35.2015.88 du 18 novembre 2015

IT: TI_GERICHTE 35.2015.88 del 18 novembre 2015

Erwägungen

E. 19

cpv. 1 LAINF): 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, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), Losanna 1992, p. 41ss.).

2.3. Presupposto essenziale per l'erogazione di prestazioni da parte dell'assicurazione contro gli infortuni è 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).

2.4. 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).

2.5. Nel caso di specie, dall'esame degli atti emerge che l'assicuratore LAINF convenuto ha affidato al dr. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e ortopedia, l'incarico di eseguire una perizia specialistica, al fine di valutare se tra i disturbi presentati dall'interessato e l'evento del 7 giugno 2014 esista un nesso di causalità naturale

dimostrabile secondo il principio della probabilità preponderante oppure no.

Con referto peritale del 27 gennaio 2015, il dr. _____ ha posto le diagnosi di ■ stato post-contusivo al ginocchio sinistro; stato dopo trauma contusivo alla colonna lombo-sacrale in paziente portatore di fenomeni degenerativi preesistenti all'■ infortunio ■ (doc. 44 pag. 3).

A seguito di nuova documentazione medica fornita dall'■ assicurato dopo avere privatamente consultato altri medici (cfr. doc. 64), sottopostagli per una presa di posizione, con scritto del 14 aprile 2015 il dr. _____ ha confermato interamente la correttezza della propria precedente valutazione peritale del 27 gennaio 2015, escludendo che i disturbi ancora presentati dall'■ assicurato sia al ginocchio sinistro, che in sede lombare, siano tuttora in relazione causale con l'■ infortunio assicurato.

Il dr. _____ ha minuziosamente passato in rassegna i referti medici prodotti dall'■ assicurato, spiegando dettagliatamente i motivi per i quali gli stessi non sono in grado di modificare il proprio parere.

Egli ha infatti così motivato il proprio giudizio:

L'■ Istituto resistente, facendo propria la valutazione del dr. _____, ha quindi rifiutato il diritto a prestazioni dopo il 23 febbraio 2015 (cfr. doc. 66 e 76).

Con la propria impugnativa, l'■ assicurato ha contestato l'■ apprezzamento del perito incaricato dall'■ amministrazione, producendo un referto, datato 21 agosto 2015, con il quale il dr. _____, spec. FMH in chirurgia, ha rilevato come ■ prima dell'■ infortunio il paziente stava bene e lavorava normalmente ■, aggiungendo che ■ l'■ infortunio ha creato delle lesioni aggiuntive, quali la protrusione discale L5-S1 ed una lacerazione del menisco al ginocchio sinistro, che causano ancora oggi disturbi dolorosi e riduzione dell'■ attività lavorativa ■, concludendo che ■ l'■ effetto dell'■ infortunio non si è ancora risolto e prognosticamente non è possibile definirlo concluso con guarigione ad integrum, o ridurlo a semplice malattia, in quanto di malattia non si tratta. Le lesioni di base sono frutto di difetti di nascita e non di malattia ■ (cfr. doc. I).

Nella risposta di causa, l'■ assicuratore ha rilevato che ■ il dottor _____ ammette che il ricorrente poteva essere portatore, senza saperlo, di ■ difetti di nascita ■, sia a livello del ginocchio che della colonna lombare. Sotto il profilo assicurativo, il semplice fatto che l'■ infortunio abbia reso sintomatiche queste ■ lesioni di base ■ non basta tuttavia per dimostrare che l'■ infortunio le ha peggiorate in modo duraturo e definitivo ■ (doc. III).

La valutazione con la quale il dr. _____ ha sottolineato di non avere più ■ evidenziato dei problemi di origine post-traumatica a livello della schiena a distanza di quasi otto mesi dall'■ infortunio ■ (cfr. doc. 44 pag. 4), è peraltro conforme alla dottrina medica dominante, secondo la quale dopo traumi quali contusioni o distorsioni alla colonna vertebrale, 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; si veda pure E. Morscher, Schäden des Stütz- und Bewegungsapparates nach Unfällen: Wirbelsäule, in Versicherungsmedizin, Hrsg. E. Baur, U. Nigst, Berna 1973; 3. Auflage 1985).

Questa tesi dottrinale è stata peraltro recepita dalla giurisprudenza. Secondo il Tribunale federale, un aggravamento post-traumatico (senza lesione strutturale associata) di uno stato degenerativo anteriore della colonna vertebrale, precedentemente asintomatico, cessa di produrre i propri effetti trascorsi dai sei ai nove mesi, al più tardi dopo un anno (cfr. SVR 2009 UV n 1 p. 1; STF 8C_562/2010 del 3 agosto 2011 consid. 5.1, 8C_314/2011 del 12 luglio 2011 consid. 7.2.3, 8C_416/2010 del 29 novembre 2010 consid. 3.3 e 8C_679/2010 del 10 novembre 2010 consid. 3.3).

Un aggravamento significativo e quindi duraturo di un'affezione degenerativa preesistente alla colonna vertebrale in seguito a un infortunio è dimostrato soltanto quando l'indagine radiologica mette in evidenza una compressione improvvisa delle vertebre nonché la comparsa o il peggioramento di lesioni successivamente a un trauma (cfr. RAMI 2000U 363, p. 46s.).

In una sentenza 8C_677/2007 del 4 luglio 2008 - pubblicata in SVR 2009 UV Nr. 1 - il TF ha precisato che non soltanto in caso di aggravazione traumatica di uno stato degenerativo preesistente non manifesto alla colonna vertebrale (STF 8C_326/2008), ma pure in caso di alterazioni degenerative della colonna vertebrale sopraggiunte soltanto dopo l'infortunio, occorre ammettere, in via di massima, che un rapporto di causalità non è più dato dopo un anno.

È inoltre utile segnalare che, in una sentenza U 60/02 del 18 settembre 2002, il TFA ha precisato 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 l'Alta Corte, ciò deve valere in particolare per la dimostrazione del raggiungimento dello status quo sine.

Quanto agli altri disturbi che l'assicurato continua ad accusare al ginocchio sinistro, il dr. _____ ha evidenziato che la lesione messa in rilievo dall'esame RMN del ginocchio sinistro del 12 febbraio 2015 - ossia una meniscosi del corno posteriore del menisco mediale con una piccola lesione orizzontale - è una patologia che, per definizione, è di carattere degenerativo e non di carattere traumatico (doc. 65 pag. 2 e 3).

La decisione su opposizione impugnata deve pertanto essere confermata.

I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (STF 9C_196/2012 del 20 aprile 2012; DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b e riferimenti).

Per valutare se un assicurato si trova in uno stato di bisogno, secondo la giurisprudenza, si tiene conto di un fabbisogno minimo che si situa al di sopra del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo (cfr. SVR 1998 IV Nr. 13 p. 48 consid. 7b, p. 48 consid. 7c).

Al minimo esecutivo va, infatti, aggiunto un supplemento al massimo del 15-25% (cfr. STFA U 102/04 del 20 settembre 2004).

Nella presente fattispecie, dalle carte processuali risulta che il ricorrente, divorziato e con una figlia (nata nel 2010) che vive insieme a lui, disoccupato, è stato fino al mese di maggio 2015 a carico della pubblica assistenza (cfr. doc. IX), mentre a partire dal mese di giugno 2015 è iscritto in disoccupazione e dispone, quali entrate, delle indennità di disoccupazione

di fr. 3'300 mensili (cfr. doc. A8).

L'assicurato non ha dichiarato alcuna sostanza.

E. 23

febbraio 2015. La decisione su opposizione impugnata deve pertanto essere confermata.

2.9. Il ricorrente ha chiesto di essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria con il gratuito patrocinio dell'avv. RA 1 (cfr. doc. I). I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (STF 9C_196/2012 del 20 aprile 2012; DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b e riferimenti). Per valutare se un assicurato si trova in uno stato di bisogno, secondo la giurisprudenza, si tiene conto di un fabbisogno minimo che si situa al di sopra del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo (cfr. SVR 1998 IV Nr. 13 p. 48 consid. 7b, p. 48 consid. 7c). Al minimo esecutivo va, infatti, aggiunto un supplemento al massimo del 15-25% (cfr. STFA U 102/04 del 20 settembre 2004). Nella presente fattispecie, dalle carte processuali risulta che il ricorrente, divorziato e con una figlia (nata nel 2010) che vive insieme a lui, disoccupato, è stato fino al mese di maggio 2015 a carico della pubblica assistenza (cfr. doc. IX), mentre a partire dal mese di giugno 2015 è iscritto in disoccupazione e dispone, quali entrate, delle indennità di disoccupazione di fr. 3'300 mensili (cfr. doc. A8). L'assicurato non ha dichiarato alcuna sostanza. Sul fronte delle uscite, la Tabella per il calcolo del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo, emanata dalla Camera di esecuzione e fallimento del Tribunale d'appello (CEF), quale Autorità di vigilanza cantonale, prevede la somma di fr. 1'350.- quale importo base mensile per il debitore monoparentale con obblighi di mantenimento, a cui vanno aggiunti fr. 400 per il mantenimento della figlia. Tale importo comprende già le spese di sostentamento, abbigliamento, biancheria, igiene, cultura, salute, oneri domestici, quali elettricità, illuminazione, gas (cfr. Tabella per il calcolo del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo; cfr., pure, Lignes directrices pour le calcul du minimum d'existence en matière de poursuite selon l'art. 93 LP du 24.11.2000, in B1SchK 2001, p. 19). Sulla scorta di quanto è stato documentato, vi è poi da computare la pigione mensile di fr. 1'378 più fr. 45 di conguaglio e il premio afferente alla cassa malati, che, tolto il sussidio riconosciuto all'interessato, è di fr. 120/mese, per un ammontare globale di fr. 3'293/mese. Ora, aggiungendo all'importo base mensile il supplemento del 15-25% stabilito dalla giurisprudenza federale (cfr. STFA U 102/04 del 20 settembre 2004), il ricorrente presenta chiaramente un ammanco mensile e deve pertanto essere dichiarato indigente. Visto che anche le altre due condizioni poste da legge e giurisprudenza appaiono adempiute, l'istanza tendente alla concessione dell'assistenza giudiziaria va accolta riservato l'eventuale obbligo di rimborso, qualora la situazione economica dell'assicurato dovesse più tardi migliorare (cfr. art. 61 lett. f LPGA; U. Kieser, op. cit., ad art. 61, n. 93; art. 9 Lag; relativamente al gratuito patrocinio nella procedura davanti al TFA cfr. art. 152 cpv. 3 OG; STFA del 4 maggio 2004 nella causa S., K 146/03, consid. 7.1.; STFA del 15 luglio 2003 nella causa S., I 569/02, consid. 5; STFA del 23 maggio 2002 nella causa D., U 234/00, consid. 5a, parzialmente pubblicata in DTF 128 V 174; DTF 124 V 301, consid. 6).