

TI_GERICHTE 35.2018.120 vom 13. März 2019

TI Tribunale d'appello, 2019-03-13, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2018.120

FR: TI_GERICHTE 35.2018.120 du 13 mars 2019

IT: TI_GERICHTE 35.2018.120 del 13 marzo 2019

Erwägungen

E. 22

dicembre 2000; STFA I 623/98 del 26 ottobre 1999. Vedi pure: STF 9C_807/2014 del 9 settembre 2015; STF 9C_585/2014 dell'8 settembre 2015).

Nel merito

Secondo l'art. 6 cpv. 1 LAINF, per quanto non previsto altrimenti dalla legge, le prestazioni assicurative sono effettuate in caso d'infortuni professionali, d'infortuni non professionali e di malattie professionali.

2.3. Giusta l'art. 10 LAINF, l'assicurato ha diritto alla cura appropriata dei postumi d'infortunio, segnatamente alla cura ambulatoriale da parte del medico, del dentista o, previa loro prescrizione, del personale paramedico e del chiropratico, nonché alla cura ambulatoriale in ospedale (lett. a), ai medicinali e alle analisi ordinati dal medico o dal dentista (lett. b), alla cura, al vitto e alloggio in sala comune ospedaliera (lett. c), alle cure complementari e a quelle balneari prescritte dal medico (lett. d), nonché ai mezzi ed agli apparecchi occorrenti per la sua guarigione (lett. e).

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 (art. 19 cpv. 1 LAINF; Ghélew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), Losanna 1992, p. 41 ss.).

L'Alta Corte ha inoltre precisato che la questione del sensibile miglioramento di cui all'art. 19 cpv. 1 LAINF va valutata in funzione dell'entità del previsto aumento oppure del ripristino della capacità lavorativa, nella misura in cui quest'ultima è pregiudicata dalle sequele infortunistiche (DTF 134 V 109 consid. 4.3 e riferimenti).

2.4. 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 giustificarne 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. Nella concreta evenienza, l'assicuratore LAINF, basandosi sull'apprezzamento del 24 gennaio 2018 del dr. _____, ha reputato di potere assumere (dal 1° agosto 2016 al 1° settembre 2017) unicamente le prestazioni dovute alla frattura vertebrale Th12, ad esclusione di tutte le altre, da considerare, invece, estranee all'infortunio (doc. 44 e doc. A).

Con referto del 24 gennaio 2018, il dr. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica, incaricato dall'amministrazione di visitare l'assicurata, ha dapprima sottolineato che dagli atti emergono descrizioni diverse a proposito degli eventi che hanno condotto al ricovero del 2 agosto 2016 con successivo riscontro di una frattura del corpo vertebrale Th12: secondo l'annuncio di infortunio, infatti, all'origine dei disturbi vi sarebbe stata una caduta con contusione della schiena, mentre, secondo il referto d'uscita del 6.9.2016 dal reparto di medicina interna dell'Ospedale di _____, una intensa lombalgia in seguito ad un movimento brusco tre giorni prima dell'ammissione.

Egli ha precisato che sia una caduta con contusione alla schiena, sia un movimento brusco di una certa entità, sono suscettibili di condurre ad una frattura vertebrale in presenza di una struttura ossea fragilizzata.

Lo specialista interpellato dall'amministrazione ha poi espresso le seguenti considerazioni a proposito degli aspetti specifici della causalità medico-assicurativa: la frattura del corpo vertebrale Th12 corrisponde a una lesione corporale parificabile a postumo di infortunio secondo l'art. 9, cpv. 2 OAINF, lett. a; le diverse fratture vertebrali successivamente oggetto di misure diagnostiche e terapeutiche non sono in relazione con l'asserito evento del 1° agosto 2016, essendo insorte più tardivamente e in momenti diversi; il tenore degli atti a disposizione non fa riferimento a eventi puntuali in corrispondenza temporale con il riscontro di fratture dei corpi vertebrali L1, L3, Th10 e Th11; le fratture dei corpi vertebrali L1, L3, Th10 e Th11 corrispondono dal punto di vista medico a delle lesioni corporali parificabili a postumo di infortunio secondo l'art. 9, cpv. 2 OAINF, lett. a; l'associazione di un'osteopenia e di un'ipovitaminosi D con una corticoterapia introdotta per il trattamento di una arterite di Horton ha condotto ad una fragilizzazione della struttura ossea di entità tale da poter correlare con delle fratture morbose (doc. 37).

La ricorrente ha contestato la decisione dell'amministrazione di riconoscere l'origine traumatica unicamente della frattura vertebrale Th12, rilevando come anche le altre fratture vertebrali da ella presentate derivino dall'infortunio della quale ella è rimasta vittima, come attestato dal dr. _____ (doc. I) e dal dr. _____ (doc. VII), da ella privatamente consultati.

Il dr. _____, spec. FMH in neurochirurgia, nel referto del 30 luglio 2018, ha in particolare rilevato che il ricorso a nuove terapie di vertebroplastica percutanea e cifoplastica realizzate all'Ospedale _____ di _____ in seguito alla prima iniezione sono la conseguenza, a mio parere, dell'evento traumatico iniziale. Non si può escludere effettivamente che già dall'inizio vi fossero delle microfratture a livello vertebrale che l'iniezione di cemento abbia semplicemente fatto ulteriormente scompensare una colonna che era già eventualmente micro-fratturata. In questo senso è difficile dissociare l'evento iniziale traumatico dai successivi interventi chirurgici che sono stati realizzati attribuendoli esclusivamente alla nozione di osteoporosi (doc. 49).

2.7. 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 U 259/02 dell'8 luglio 2003 consid.2.1.1; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, inBJM 1989, p. 30ss.).

Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10 p. 33 ss. 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.

In una sentenza 8C_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465 consid. 4.4 e consid. 4.7, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve, a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti.

Trattandosi invece di perizie affidate dagli assicuratori sociali a medici esterni all'amministrazione o a servizi specializzati indipendenti in ossequio alla procedure di cui all'art. 44 LPGA, esse godono di piena forza probatoria, a condizione che non esistano indizi concreti che ne mettano in dubbio l'affidabilità (cfr. STF 8C_839/2016 del 12 aprile 2017 consid. 3.2 e 8C_862/2014 del 2 aprile 2015 consid. 3.2 e riferimenti ivi citati).

Per quel che concerne il 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 sollevate dalla persona esaminata, che sia stato redatto in piena conoscenza dell'anamnesi, che sia chiaro nella presentazione del contesto medico e che le conclusioni dell'esperto siano motivate (cfr. SVR 2002 IV Nr. 21 p. 63; DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191 ss.; DTF 122 V 160 ss., consid. 1c e riferimenti).

L'elemento rilevante per decidere circa il valore probante, non è né l'origine del mezzo di prova né la sua designazione quale rapporto oppure quale perizia, ma semplicemente il suo contenuto (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti).

È infine utile osservare che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va, tuttavia, precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (cfr. STFA I 811/03 del 31 gennaio 2005, consid. 5 in fine; STFA I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV Nr. 10 p. 35 consid. 4b).

2.8. A titolo preliminare, questo Tribunale rileva che con la decisione del 14 marzo 2018, l'assicuratore infortuni ha riconosciuto che nonostante la lettera d'uscita del 6 settembre 2016 dell'Ospedale regionale di _____ nella quale viene descritto un movimento

brusco e non una caduta, accettiamo la dinamica da lei descritta e riteniamo il concetto di infortunio ai sensi dell'art. 4 della LPGA soddisfatto (doc. 44, corsivo della redattrice).

La questione, pure messa in evidenza dal dr. _____ nel proprio apprezzamento medico posto alla base della decisione e della decisione su opposizione qui impugnata, appare quindi chiarita e non necessita di ulteriori approfondimenti.

2.9. Fatta questa premessa, chiamato a pronunciarsi sul diritto a prestazioni dell'assicurata, questo Tribunale non può, senza che prima vengano svolti ulteriori approfondimenti peritali, concordare con le conclusioni dell'amministrazione a proposito dell'origine traumatica unicamente della frattura vertebrale Th12, ad esclusione di tutte le altre, per le ragioni qui di seguito esposte.

Il TCA rileva, infatti, che nel proprio apprezzamento medico il _____ ha considerato che sia la frattura del corpo vertebrale Th12, sia le successive fratture dei corpi vertebrali L1, L3, Th10 e Th11, corrispondono, dal punto di vista medico, a delle lesioni corporali parificabili a postumo di infortunio secondo l'art. 9, cpv. 2 lett. a OAINFe che indipendentemente dagli aspetti specifici concernenti la causalità medico-assicurativa, le fratture vertebrali insorte in momenti diversi, così come pure le misure terapeutiche ivi connesse messe in atto, hanno comportato un cambiamento direzionale dello stato preesistente (doc. 37, corsivo della redattrice).

Ora, visto che lo stesso medico fiduciario dell'amministrazione ha ritenuto che tutte le fratture vertebrali dell'interessata rappresentino delle lesioni corporali parificabili a postumi di infortunio, non basta la verosimiglianza preponderante per escludere l'origine infortunistica delle fratture vertebrali L1, L3, Th10 e Th11 non assunte dalla CO 1, ma occorre stabilire chiaramente l'origine morbosa delle stesse.

Ciò non appare possibile sulla base delle valutazioni mediche agli atti, le quali contengono opinioni contrapposte tra quanto ritenuto dal medico fiduciario dell'amministrazione e quanto invece sostenuto dagli specialisti privatamente consultati dalla ricorrente.

Questo Tribunale rileva, difatti, che l'apprezzamento del dr. _____ è stato contestato attraverso i pareri specialistici del dr. _____ e del dr. _____, i quali hanno apportato argomentazioni medico-specialistiche motivate, in grado di mettere in dubbio l'esistenza di un'origine morbosa delle fratture presentate dall'assicurata a livello L1 e L3 e poi Th10-Th11.

Il dr. _____ ha reputato che tutte le fratture prodottesi dopo quella iniziale a livello Th12 derivino dal trauma del 1° agosto 2016, ritenendo difficile dissociare l'evento iniziale traumatico dai successivi interventi chirurgici che sono stati realizzati attribuendoli esclusivamente alla nozione di osteoporosi (doc. 49).

Vista tale mancanza, gli specialisti in questione non avrebbero quindi potuto in ogni caso ricondurre le fratture vertebrali successivamente presentate dall'interessata al trauma oggetto della presente vertenza.

Alla luce degli elementi appena evidenziati, tenuto conto della contrapposizione esistente tra il parere del dr. _____, da una parte, e le valutazioni, motivate, del dr. _____ e del dr. _____, dall'altra, questo Tribunale non può, con la necessaria tranquillità, escludere l'origine traumatica, al di là della frattura del corpo vertebrale Th12, anche delle altre fratture vertebrali presentate dall'interessata, oltretutto in segmenti adiacenti e a breve distanza dalla prima frattura Th12.

Pertanto, per le ragioni che precedono, questa Corte ritiene imprescindibile la messa in atto, da parte dell'assicuratore LAINF, di approfondimenti peritali volti a chiarire l'origine traumatica o meno della fratture vertebrali L1, L3, Th10 e Th11 presentate dall'interessata dopo quella, iniziale, a livello Th12 già presa a carico da CO 1.

Tale soluzione si impone a maggior ragione, ritenuto che le obiezioni, di carattere medico e ben motivate, sollevate dal dr. _____ riguardo alla valutazione del dr. _____ non sono state sottoposte per una presa di posizione al vaglio del medico fiduciario dell'amministrazione, ma sono state commentate unicamente dal rappresentante dell'assicuratore infortuni, che medico non è.

La necessità di disporre un approfondimento peritale appare tanto più indispensabile, se si pone mente al fatto che lo stesso patrocinatore dell'assicuratore infortuni, nella presa di posizione del 25 gennaio 2019, ha concordato con la richiesta della patrocinatrice della ricorrente di fare capo, nel caso in cui permanessero dei dubbi, ad una perizia neutra affinché la fattispecie sia acclarata o meglio che le valutazioni del dr. _____ siano nuovamente confermate (cfr. doc. IX).

Gli atti devono, quindi essere rinviati all'amministrazione per la messa in atto di una perizia ai sensi dell'art. 44 LPGA (cfr. STF8C_370/2017 del 15 gennaio 2018; 8C_586/2017 del 20 dicembre 2017).

Sulla base delle relative risultanze peritali, l'assicuratore LAINF sarà poi chiamato a definire nuovamente il diritto alle prestazioni dell'assicurata, dal profilo materiale e temporale, a contare dal 1° settembre 2017.

2.10. Visto l'esito favorevole del ricorso, l'assicurata, patrocinata da un legale, ha diritto al versamento da parte dell'assicuratore LAINF di fr. 2'000.-- a titolo di ripetibili.

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