

TI_GERICHTE 35.2018.48 vom 18. Dezember 2018

TI Tribunale d'appello, 2018-12-18, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2018.48

FR: TI_GERICHTE 35.2018.48 du 18 décembre 2018

IT: TI_GERICHTE 35.2018.48 del 18 dicembre 2018

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). 2.5. In concreto, dalla decisione su opposizione impugnata risulta che l'assicuratore resistente ha negato il proprio obbligo a prestazioni in relazione alla neuropatia, fondandosi sul parere espresso dai propri consulenti medici (cfr. doc. A, p. 5). In effetti, nel corso del mese di maggio 2017, l'amministrazione ha interpellato il dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia, essenzialmente in vista dell'intervento chirurgico che ha poi effettivamente avuto luogo in data 29 agosto 2017. Con parere del 10 maggio 2017, il medico consulente ha rilevato che l'infortunio assicurato aveva "... causato la frattura del capitello radiale gomito dx, operata con beneficio ed in seguito consolidazione ossea, attualmente poco sintomatico. La pseudoartrosi dello stiloide ulnare al polso dx, tramite l'infortunio del 12.12.2016 è stata al massimo traumatizzata, ma non causata. Ritengo causalità estinta per tale problematica. Molto probabilmente l'infortunio del 12.12.2016 non ha provocato una compressione del nervo ulnare nel solco cubitale, si tratta piuttosto di una patologia di origine non traumatica ." (doc. M 21, p. 2 – il corsivo è del redattore). Il dott. _____ è stato di nuovo consultato dall'amministrazione il 28 agosto 2017, affinché si pronunciasse in merito alla presa a carico della prospettata neurolisi del nervo ulnare. Per quanto qui d'interesse, in data 29 agosto 2017, egli ha dichiarato che "in base alla documentazione medica non vi sono segni per postumi traumatici sul lato ulnare del gomito (lesione di legamenti, ematomi). Un'origine traumatica della neuropatia del nervo ulnare al gomito non è probabile, si tratta piuttosto di malattia." (doc. M 32, p. 2). Prima dell'emanazione della decisione su opposizione e dopo che era stato accertato, intraoperativamente, che a comprimere il nervo ulnare era del tessuto cicatriziale (cfr. doc. M 35, p. 2), il dott. _____, spec. FMH in chirurgia, si è espresso in questi termini a proposito della diagnosticata neuropatia: " (...) A mio parere il nesso di causalità tra la neuropatia e l'infortunio del 12 dicembre 2016 è al massimo a livello della possibilità. Nella fattispecie l'assicurato aveva subito la frattura del capitello radiale. Si tratta di un trauma nella zona radiale laterale del gomito. In caso di tali fratture isolate, non risulta praticamente mai un contemporaneo trauma nella zona mediale del gomito dove si trova il solco del nervo ulnare. L'esame RMI ed ecografico del gomito destro del 14 aprile 2017 evidenzia un nervo ulnare destro che a livello sonografico passa molto vicino alla superficie rispetto alla parte sinistra. Nell'esame sonografico è molto vicino all'osso dell'omero. Ciò lascia presupporre che il nervo possa lussare dal proprio solco. In questi casi si tratta spesso di uno stato costituzionale che nel corso della vita porta a frequenti lussazioni del nervo dal solco, provocando danni cronici al nervo che possono causare una neuropatia. (...). A mio parere la presente neuropatia è con probabilità preponderante in relazione con una instabilità

costituzionale e quindi predisposizione alla lussazione del nervo ulnare dal solco .” (doc. M 36 – il corsivo è del redattore) In corso di causa, questo Tribunale ha chiesto al dott. _____ di precisare il proprio parere, con particolare riguardo alla natura del tessuto cicatriziale refertato dal dott. Tami in occasione dell’intervento del 29 agosto 2017 (cfr. doc. XII). Con rapporto del 12 novembre 2018, lo specialista in questione ha spiegato, fornendo puntuali argomenti medico-scientifici, perché non si può ritenere dimostrato, con probabilità preponderante, che la nota neuropatia del nervo ulnare sia stata causata dall’evento infortunistico accaduto nel dicembre 2016. In primo luogo, egli ha evidenziato che il trauma ha causato una frattura sul lato radiale del gomito destro e che, sul lato ulnare (dove scorre appunto il nervo ulnare), non sono invece stati riscontrati “... segni per instabilità legamentosa, lesione ossea, ematomi o sofferenza dei tessuti molli ...”. D’altro canto, il dott. _____ ha ammesso che, anche in assenza di segni traumatici sul lato ulnare, non si può escludere con certezza che sia avvenuta una traumatizzazione del nervo ulnare a livello del gomito, tuttavia, in quel caso, la corrispondente sintomatologia avrebbe dovuto insorgere immediatamente o, almeno, entro i primi giorni dopo l’infortunio. Ad ogni modo, secondo la letteratura medica, “... una lesione traumatica del nervo ulnare nel canale cubitale in una situazione di frattura semplice del capitello radiale, senza lussazione del gomito, è da ritenere una rarità .”. Il consulente medico dell’CO 1 ha quindi sostenuto che gli elementi a sua disposizione parlano piuttosto a favore di una classica sindrome del canale cubitale , ossia di una “... compressione cronica statica e dinamica del nervo ulnare a livello del tunnel cubitale con conseguente sintomatologia e progressivo danno del nervo. In assenza di una variante anatomica, deformazione ossea, artrosi, artrite, condromatosi, masse extranervali o lussazione del nervo, all’origine della compressione rispettivamente irritazione del nervo vi sono un retinacolo stretto, ripetuta microtraumatizzazione e recidivante compressione esterna del nervo tramite appoggio ripetitivo e prolungato del gomito. Nel caso del paziente in oggetto, la posa di una stecca gessata temporanea e la fisioterapia di mobilizzazione eventualmente potrebbero aver svolto un ruolo negativo, comunque non decisivo e non scatenante, nello sviluppo rispettivamente manifestazione di una sindrome del canale cubitale. Durante l’intervento del 29.08.2017 il chirurgo ha ritrovato aderenze cicatriziali attorno al nervo, reazione caratteristica dei tessuti circostanti in caso di compressione cronica del nervo. Non ha rilevato tessuto espansivo e non ha dovuto asportare tessuto in eccesso nel canale cubitale, ma ha liberato il nervo dalle aderenze e allargato il canale cubitale. Assenza di evidente attrito nel solco cubitale su alterazione ossea o capsulolegamentosa di possibile origine posttraumatica. L’alterazione di segnale del nervo ulnare nel canale cubitale alla risonanza magnetica non è patognomica per una neuropatia e secondo la letteratura medica viene evidenziata in 60% delle persone sane senza neuropatia. Invece la lieve alterazione di segnale del tessuto adiposo circostante indica la presenza di neuropatia che comunque è stata confermata tramite l’esame elettrofisiologico. In caso di alterazioni cicatriziali in seguito a ematoma extraarticolare nel solco cubitale e sottocutaneo sul lato ulnare del gomito, ci si aspetterebbe un cordone cicatriziale rispettivamente alterazione cicatriziale circoscritta dopo assorbimento dell’ematoma, tuttavia situazione non compatibile con il referto radiologico. Il tessuto iperecogeneo all’ecografia e disomogeneo alla risonanza magnetica dell’08.06.2017 localizzato nel solco cubitale tra l’omero ed il nervo ulnare radiologicamente è di origine indeterminata, come menzionato nel referto radiologico del 09.06.2017 (“L’origine è indeterminata: tessuto cicatriziale dopo ematoma? ispessimento focale della sinovia?”). Dall’aspetto radiologico alla risonanza magnetica, eseguita senza contrasto intraarticolare o

endovenoso, il tessuto almeno in parte è ben compatibile con tessuto sinoviale e capsulare nel senso di una plica dell'articolazione adiacente e probabilmente non corrisponde a tessuto cicatriziale in seguito ad un ematoma o lesione capsulolegamentosa. Alla risonanza magnetica comunque tale tessuto non sembra avere un effetto compressivo sul nervo in assenza di deformazione o spostamento dello stesso. Per avere certezza della natura di questo tessuto servirebbe un'analisi istopatologica." (doc. XIII). 2.6. 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, in BJM 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 (in questo senso, si veda pure la STF 8C_329/2017 del 5 settembre 2018 consid. 5.3). 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 procedura 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. 191ss.; 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). 2.7. Chiamato a pronunciarsi, tutto ben considerato, questo Tribunale ritiene di poter fondare il proprio giudizio sul parere espresso dal dott. _____, specialista proprio nella materia che qui interessa e che vanta un'ampia esperienza in medicina assicurativa e infortunistica, secondo il quale non può essere ammesso, con un sufficiente grado di verosimiglianza, che la neuropatia del nervo ulnare sia stata provocata dall'infortunio del dicembre 2016. Innanzitutto, la sua valutazione, contenuta nel rapporto trasmesso al TCA in corso di causa, risulta motivata in maniera particolarmente approfondita e, perlomeno nella misura in cui ha indicato che è raro che una lesione traumatica del nervo ulnare all'altezza del canale cubitale insorga nel contesto di una frattura focale del capitello radiale, trova conferma nelle risposte fornite dall'altro consulente medico della CO 1, dott. _____ (cfr. doc. M 36: "In caso di tali fratture isolate, non risulta praticamente mai un contemporaneo trauma nella zona mediale del gomito dove si trova il solco del nervo ulnare." – il corsivo è del redattore). D'altra parte, nella documentazione medica agli atti non figura alcuna certificazione specialistica che contraddica l'apprezzamento del dott. _____. Le obiezioni sollevate personalmente da RI 1 con l'allegato di osservazioni del 30 novembre 2018, non appaiono atte a generare dei dubbi, nemmeno lievi, circa la fondatezza del parere enunciato dal fiduciario della CO 1. In primo luogo, nemmeno il ricorrente pretende che la sintomatologia legata alla nota neuropatia sarebbe insorta immediatamente o, perlomeno, entro i primi giorni dopo l'infortunio, come avrebbe dovuto essere il caso qualora il nervo ulnare fosse stato traumatizzato (cfr. doc. XIII, p. 1). In effetti, secondo quanto da lui stesso dichiarato, i primi disturbi sarebbero apparsi nel mese di gennaio 2017 (in realtà, dal referto 10 aprile 2017 del neurologo dott. _____ si evince che la sintomatologia in questione è apparsa "nelle ultime 4 settimane", pertanto nel corso del mese di marzo 2017 – doc. M 15), quindi ben al di là dei "primi giorni dopo l'infortunio". In secondo luogo, va sottolineato che il medico consulente dell'amministrazione non mette affatto in dubbio che vi fossero delle aderenze cicatriziali attorno al nervo ulnare, egli ha tuttavia spiegato che, da un profilo medico-scientifico, esse sono piuttosto espressione di una sindrome cronica del canale cubitale, anziché costituire del tessuto cicatriziale dopo ematoma (post-traumatico). Infine, è con riferimento alle ipotesi formulate dal medico radiologo a margine dell'esame di RMN del gomito destro dell'8 giugno 2017 (cfr. doc. M 24, p. 2: "tessuto cicatriziale dopo ematoma? Ipertrofia della sinovia?"), che il dott. _____, a fronte dell'aspetto radiologico, ha ritenuto più probabile trattarsi di "tessuto almeno in parte compatibile con tessuto sinoviale e capsulare nel senso di una plica dell'articolazione adiacente". Al ricorrente è inoltre utile segnalare che la giurisprudenza federale ha stabilito che per il solo fatto di essere insorto dopo l'infortunio, un disturbo alla salute non può già essere ritenuto una sua conseguenza. Tale argomento è insostenibile dal profilo della medicina infortunistica e inammissibile da quello probatorio (cfr. STF 8C_725/2012 del 27 marzo 2013 consid. 7.2.2: "Der Versicherte argumentiert weiter, "woher sonst, wenn nicht vom Unfall aus dem Jahre 1993, kommen die erwähnten Beschwerden an der linken oberen Extremität?" Die mit dieser rhetorischen Frage angerufene Beweisregel "post hoc, ergo propter hoc" (vgl. BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 341 f.) ist jedoch praxisgemäss unfallmedizinisch nicht haltbar und beweisrechtlich nicht zulässig, ..."; STF 8C_245/2017 dell'8 agosto 2017, 8C_230/2017 del 22 giugno 2017 e 8C_548/2018 del 7 novembre 2018

consid. 4). In esito a tutto quanto precede, il TCA non ritiene dimostrato, perlomeno secondo il criterio della verosimiglianza preponderante, caratteristico del settore della sicurezza sociale (DTF 125 V 195 consid. 2 e riferimenti) , che la neuropatia del nervo ulnare di cui soffriva l'insorgente , costituisse una conseguenza naturale dell'infortunio accadutogli il 12 dicembre 2016. In queste condizioni, posto che l'CO 1 era legittimata a negarne l'assunzione, la decisione su opposizione impugnata deve essere confermata.

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