

TI_GERICHTE 35.2018.58 vom 27. November 2018

TI Tribunale d'appello, 2018-11-27, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2018.58

FR: TI_GERICHTE 35.2018.58 du 27 novembre 2018

IT: TI_GERICHTE 35.2018.58 del 27 novembre 2018

Erwägungen

E. 20

luglio 2018 e riferimenti ivi menzionati). 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). 2.3. Secondo il già citato art. 16 LAINF, l'assicurato totalmente o parzialmente incapace di lavorare a seguito d'infortunio o di malattia professionale ha diritto all'indennità giornaliera. Giusta l'art. 6 LPGGA, è considerata incapacità al lavoro qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica, di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo d'attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività. L'entità dell'incapacità lavorativa (e, quindi, il diritto all'indennità giornaliera ex art. 16 LAINF) deve essere valutata considerando le mansioni che l'assicurato è concretamente chiamato a compiere nell'esercizio della sua abituale professione. Nella RAMI 2004 U 529, p. 572ss., consid. 1.4., il TFA ha precisato che la definizione di incapacità al lavoro, così come quelle d'incapacità al guadagno e d'invalidità contenute nella LPGGA, corrispondono alle definizioni e ai principi dell'assicurazione contro gli infortuni elaborati finora dalla giurisprudenza. La questione di sapere se l'assicurato sia o meno incapace di lavorare in misura giustificante il riconoscimento del diritto a prestazioni deve essere valutata sulla base dei fatti forniti dal medico. Spetta al medico fornire una precisa descrizione dello stato di salute dell'assicurato e tracciare un esatto quadro degli impedimenti che egli incontra nell'esplicare determinate funzioni. Il medico indicherà per prima cosa se l'assicurato può ancora svolgere la sua professione, precisando quali sono le controindicazioni in quell'attività. Determinante ai fini della graduazione dell'incapacità lavorativa non è comunque l'apprezzamento medico-teorico, bensì la diminuzione della capacità di lavoro che effettivamente risulta dall'impedimento (RAMI 1987 K 720 p. 106 consid. 2, U 27 p. 394 consid. 2b e giurisprudenza ivi citata; RJAM 1982 n. 482 p. 79 consid. 2). L'assicurato che rinuncia a utilizzare la sua residua capacità oppure che non mette in atto i provvedimenti da lui ragionevolmente esigibili per sfruttare al meglio la propria capacità lavorativa è, ciò nonostante, giudicato per l'attività che egli potrebbe esercitare dimostrando buona volontà. Carenze di volontà risultanti da un'anomalia caratteriale non sono prese in considerazione nell'ambito dell'assicurazione infortuni: possono essere, tutt'al più, considerate nell'ambito dell'assicurazione malattia se la loro causa è da ricercare in un'affezione patologica (DTF 101 V 145 consid. 2b; 111 V 239 consid. 1b e 2a; RAMI 1986 p. 56; 1987 p. 105 consid. 2; 1987 p. 393 consid. 2b; 1989 p. 106 consid. 1d; Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 91). 2.4. Presupposto essenziale per l'erogazione di prestazioni da parte dell'assicurazione contro gli infortuni è però 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 attendono, 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). 2.5. 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). 2.6. In virtù dell'art. 11 OAINF, l'assicuratore LAINF è tenuto a riprendere l'erogazione delle prestazioni assicurative in caso di ricadute o conseguenze tardive (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., 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 è soltanto l'esistenza di un nesso di causalità (cfr. STFA U 122/00 del 31 luglio 2001). 2.7. Dalle carte processuali emerge che l'amministrazione ha fondato la propria decisione di negare, dal 25 agosto 2017, ulteriori prestazioni a dipendenza degli infortuni di cui è rimasto vittima l'assicurato, sull'apprezzamento eseguito dal dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia. In effetti, in occasione della visita _____ del 9 agosto 2017, il medico _____ appena citato, preso atto degli esiti degli accertamenti compiuti nel frattempo (approfondimento neurologico eseguito dal dott. _____ e valutazione ortopedica e biomeccanica), ha dichiarato l'insorgente abile al lavoro in misura completa a dipendenza dei postumi residuali degli infortuni assicurati: " (...). L'infortunio ha portato ad una frattura dell'acetabolo sinistro senza evidente danno all'articolazione dell'anca sinistra. L'osso è guarito in modo anatomico e senza spostamento. Clinicamente non ho trovato nessun disturbo dei nervi dell'anca sinistra che possano ricondurre all'infortunio del giugno 2015. L'esame neurologico come pure l'esame della deambulazione hanno confermato un vecchio problema di un infortunio del 1988 con una lesione preesistente del nervo peroneo. Anamnesticamente e clinicamente non si nota un peggioramento. Per quanto riguarda i dolori nella zona gluteale come pure femorale, questi sono ben spiegabili come descritto esplicitamente anche nella valutazione, dal disequilibrio dell'anca che è ben visibile e dimostrato dall'assicurato durante la deambulazione. Si nota anche una colonna toraco-lombare leggermente destro convessa nella parte lombare con degenerazione a molti livelli con formazione osteo-fibrotica, spondilosi lombare con condrosi intervertebrale. Nella radiografia in carico si nota uno slittamento del bacino a causa della gamba destra più corta che può spiegare il conflitto della muscolatura del bacino sinistro con eventuale schiacciamento del nervo sciatico. Attualmente la forza del femore è conservata con una

situazione invariata per quanto riguarda la vecchia lesione del nervo tibiale sinistro. Ho anche spiegato che tutte le terapie sopra proposte riguardanti il disequilibrio, dovranno essere a carico della sua Cassa malati siccome chiaramente non conseguenza dell'infortunio. Quindi l'esauritiva valutazione e l'esame mi permettono di esprimere un'estinzione del nesso causale per la problematica odierna per l'infortunio del 12.06.2015." (doc. 129, p. 5 s.) Nel frattempo, l'assicurato ha prodotto documentazione medica che, a suo avviso, metterebbe in dubbio la fondatezza delle considerazioni enunciate dal fiduciario dell'CO 1. A margine della consultazione del 28 settembre 2017, il dott. _____, spec. in neurochirurgia, ha escluso che la sintomatologia denunciata dall'insorgente fosse imputabile a problemi presenti a livello spinale/sacroiliaco (doc. 149, p. 7). D'altro canto, con la relazione di consulenza tecnica medico-legale del 9 ottobre 2017, il dott. _____, spec. in medicina legale e delle assicurazioni a _____, ha in particolare sostenuto che "alla nostra indagine clinica attuale, come postumi a carattere permanente, si sono appalesati alla nostra valutazione gli esiti del violento trauma a carico dell'anca sinistra con frattura da sfondamento dell'acetabolo e residuo deficit del nervo otturatore sx, come per altro documentato dall'esame EMS praticato già precedentemente (7/7/15); tali esiti sono rappresentati da una grave limitazione funzionale dell'anca sx, evidente zoppia alla deambulazione e turbe parestetiche coscia. (...). D'altra parte, non esiste frattura articolare a cui non residua una limitazione dell'articolazione interessata specialmente se la frattura, per la sua gravità, ha necessitato di intervento chirurgico di osteosintesi. Nel caso che ci occupa le lesioni subite dal sig. RI 1 non possono che essere annoverate fra quelle di medio-grave portata clinico-ortopedica e medico legale. Orbene, tali patologie, tutte ormai stabilizzate, trovano stretto nesso di causa con le lesioni riportate dal periziando a seguito del noto infortunio sul lavoro." Lo specialista privatamente consultato dall'insorgente ha inoltre precisato che "i postumi inabilitanti permanenti sono da valutare in misura del 25% come danno biologico ed in misura del 20% di danno patrimoniale ..." (doc. 151, p. 12 s.). Infine, con rapporto del 9 novembre 2017, il dott. _____, spec. FMH in medicina interna incaricato dalla Cassa malati _____, ha segnatamente sostenuto che l'assicurato è portatore di "... disturbi algici e funzionali all'arto inferiore sinistro in esiti di infortuni professionali del 26.11.1988 e del 12.06.2015, entrambi di pertinenza CO 1 (...). Non ci sono cause estranee a questi infortuni all'origine dei disturbi all'arto inferiore sinistro: in particolare, non ci sono elementi in favore di una sindrome radicolare o di altre patologie lombosacrali che permettano di spiegare i disturbi, come ben risulta dagli accertamenti effettuati dalla CO 1 ed anche dall'ultima visita del Dr. med. _____ del 28.09.2017. La decisione informale della CO 1 di considerare non più di sua pertinenza il caso dal 25.08.2017 non è corretta e non può essere condivisa." Secondo il medico fiduciario della _____, "indipendentemente dalle responsabilità assicurative, a causa dei disturbi persistenti all'arto inferiore sinistro, l'assicurato non è per il momento in grado di riprendere l'attività lavorativa abituale di pavimentatore di strade, neppure in modo parziale." (doc. 149, p. 3 – il corsivo è del redattore). Prima di procedere all'emanazione della decisione formale, l'amministrazione ha ancora invitato il dott. _____ a prendere posizione in merito alla documentazione acquisita nel frattempo. A proposito delle problematiche riguardanti il piede sinistro coinvolto nel pregresso infortunio (mancanza/riduzione di forza alla flessione dorsale dell'alluce, rispettivamente del piede), il medico _____ ha osservato che si è in presenza di una "... lesione che è stata trattata correttamente nel 1989 e con una piena abilità lavorativa fino in data odierna. Non è mai stato dichiarato un problema al piede sinistro negli ultimi 27 anni e anche l'infortunio

recente non ha portato un danno al piede sinistro. L'assicurato non ha mai dichiarato un nuovo problema infortunistico al piede sinistro, né informato i medici coinvolti di avere un nuovo problema, né menziona l'intervento di 27 anni fa. Oggettivamente l'esame clinico non ha portato ad un problema neurologico né meccanico in un paziente che ha sempre camminato in modo sicuro con il piede sinistro. Durante l'esame era in grado di stare in piedi in quanto la flessione plantare era normale e ha mostrato una funzionalità del tendine dell'allucis longus, anche se questa era ridotta in confronto a destra. Questa mobilità ridotta non comporta un influsso importante sull'abilità lavorativa. Resta quindi valida la mia dichiarazione della piena abilità lavorativa riguardante l'infortunio del 12.06.2015 e per le conseguenze dello stesso (mai annunciato) circa del 1986." D'altra parte, il dott.

_____ ha rilevato che la valutazione del dott. _____ non contiene elementi atti a modificare le sue conclusioni, in quanto "a parte un esame clinico soggettivo, non posso condividere la presa di posizione del medico-assicurativo che ha mostrato un problema motorio importante. Anche la valutazione non ha mostrato nessun influsso importante né sul passo, né clinico sulla stabilità dell'assicurato per la quale il nervo non gioca un ruolo dominante e l'esame neurologico ha trovato solo un "minimo" deficit di forza! Con un globale miglioramento, segni molto lievi di una sofferenza neurogena "segni che la rimodulazione delle unità motorie è quasi assente (recte: avvenuta, n.d.r.) [...] senza segni di una sofferenza neurogena cronica"." (doc. 154). 2.8. 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, 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, durante la procedura amministrativa, a medici esterni all'amministrazione o a servizi specializzati indipendenti, esse godono di piena forza probatoria, a condizione che non esistano indizi concreti che ne mettano in dubbio l'affidabilità (cfr. STF 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).

2.9. Chiamato ora a pronunciarsi nel caso di specie, il TCA ritiene di poter condividere la decisione dell'assicuratore resistente di ritenere l'insorgente pienamente abile nella sua precedente attività professionale, a fronte dei soli postumi residuali degli infortuni assicurati. Questo Tribunale constata innanzitutto che l'infortunio del 12 giugno 2015 ha in particolare causato la frattura della parete anteriore dell'acetabolo di sinistra, trattata mediante osteosintesi (cfr. doc. 26). Il decorso della frattura si è rivelato molto favorevole, tanto che è stata attestata una piena abilità al lavoro già dal febbraio 2016 (cfr. doc. 33 e 36). A margine del consulto del 29 agosto 2016, il PD dott. _____, Viceprimario di chirurgia presso l'Ospedale _____ di _____, ha refertato una "anca completamente libera senza nessun dolore. (...). Radiologicamente non si apprezza nessuna artrosi, nessuna dislocazione secondaria."). Lo stesso medico curante specialista, nel suo referto del 17 febbraio 2017, ha sostenuto che la sintomatologia algica denunciata dall'insorgente era imputabile "alla problematica del n. obturatorio a sx. Non ha quindi senso intervenire chirurgicamente sull'articolazione ileo-sacrale." (doc. 87). Pertanto, a quel livello e dal profilo ortopedico, non sono emersi reperti patologici suscettibili di giustificare una qualsiasi incapacità lavorativa. In secondo luogo, per quanto concerne la problematica del nervo otturatorio evocata dal dott. _____, anch'esso lesa in occasione dell'evento traumatico del giugno 2015 (cfr. rapporto di uscita 18 luglio 2015 dell'Ospedale _____ di _____ – doc. 24: "Si esegue una consulenza neurologica che riporta un deficit neuromotore del nervo otturatorio sinistro di M3."), questa Corte osserva che, in occasione della consultazione del 5 aprile 2017, il dott. _____, spec. FMH in neurologia, ha al riguardo refertato unicamente "un minimo deficit di forza dei muscoli del gruppo degli adduttori che fra l'altro è presente anche negli altri muscoli della coscia anteriore e posteriore di sinistra, questo deficit di forza potrebbe dipendere anche da un'attivazione minore di questi muscoli per esempio nell'ambito della sintomatologia algica riferita. Comunque la forza è nettamente migliorata rispetto a quella descritta nel 2015, anche del gruppo degli adduttori. Nell'esame EMG del muscolo grande adduttore vi sono segni molto lievi di una sofferenza neurogena sub-acuta cronica, segni che la rimodulazione delle unità motorie è quasi avvenuta non lasciando segni maggiori di una sofferenza neurogena cronica. Nella norma l'esame EMG del muscolo vasto laterale sinistro. (...). L'evoluzione della lesione post-traumatica del nervo otturatorio sinistro invece come suddescritta è stata molto favorevole." (doc. 104, p. 4 s. – il corsivo è del redattore). L'approfondimento

neurologico dell'aprile 2017 ha dunque consentito di oggettivare una situazione “ nettamente migliorata ” rispetto a quella era stata constatata nel luglio 2015, la quale non aveva di per sé impedito all'assicurato di ritrovare una capacità lavorativa completa a far tempo dal mese di febbraio 2016. Anche da questo punto di vista, quindi, nulla contrasta con la decisione di considerare RI 1 nuovamente abile al lavoro a decorrere dall'agosto 2017. Sempre in ambito neurologico, va segnalato che il dott. _____ ha pure refertato l'esistenza di un “deficit sensitivo a tutto l'arto inferiore sinistro maggiormente in un territorio compatibile con quello del nervo femoro-cutaneo laterale sinistro”, che ha inquadrato quale “neuropatia post-traumatica” (doc. 104, p. 5). Tale problematica era del resto già stata osservata nell'immediato post-infortunio (si veda, ad esempio, il rapporto 27 luglio 2015 della Clinica di _____ di _____ – doc. 30, p. 1: “ipoestesia della faccia antero-laterale della coscia su neuropatia del n. femoro cutaneo”). In occasione della visita _____ di controllo del 9 agosto 2017, il ricorrente ha precisato al riguardo che il disturbo della sensibilità in questione “non è sempre presente ma circa una – due volte al giorno e massaggiando il femore questa sensazione sparisce. Non ha questo problema quando è sdraiato a lungo.” (doc. 129, p. 4). Considerata la sua entità (“ massaggiando il femore questa sensazione sparisce ”), questo Tribunale ritiene di poter escludere a priori che tale disturbo possa essere d'ostacolo al ripristino di una totale capacità lavorativa.

Trattandosi dei disturbi a livello del piede sinistro, è utile rimarcare che quella parte del corpo è stata interessata dall'evento traumatico occorso negli anni '80 e, d'altro canto, che nessuno pretende che sia rimasta in qualche modo coinvolta nell'infortunio del 12 giugno 2015. D'altra parte, non è contestato il fatto che dal 1989 (anno in cui gli è stato ricostruito il legamento estensore lungo del pollice) in poi - dunque per circa 26 anni - RI 1 non ha più necessitato di misure terapeutiche particolari e, soprattutto, è stato in grado di svolgere normalmente la sua abituale professione di pavimentatore stradale. Non può neppure essere ignorato che se il ricorrente si è visto costretto a interrompere il lavoro a far tempo dal luglio 2016, non è certo a causa dei disturbi al piede sinistro ma piuttosto per “un peggioramento del dolore lombogluteo” (cfr. doc. 64, p. 1; in questo senso, si veda pure il referto 30 agosto 2016 del PD dott. _____ – doc. 54: “I dolori non sono localizzati né all'inguine, né al fianco ma piuttosto nella zona lombare alta. (...). Anche durante la mia consultazione il paziente riferisce dolori fondamentalmente alla schiena e non all'anca.”).

Alla luce di quanto precede, il TCA ritiene verosimile che i problemi relativi all'estremità inferiore sinistra (secondo la valutazione del neurologo dott. _____, “un deficit di forza specialmente della muscolatura estensoria del piede e delle dita del piede sinistro”), non siano suscettibili di ridurre in maniera apprezzabile l'abilità lavorativa dell'assicurato, così come ha d'altronde sostenuto il dott. _____ (cfr. doc. 154). Su indicazione del dott. _____ (doc. 104, p. 5: “Contrasta però all'evoluzione globalmente favorevole dal lato elettrofisiologico con la qualità del cammino del paziente, paziente che effettivamente presenta un cammino per nulla fisiologico all'arto inferiore sinistro con zoppia, tendenza a lanciare il piede sinistro, ha anche una certa tendenza all'iperestensione del ginocchio. (...). Avrei la proposta di un'analisi accurata del cammino ...” – il corsivo è del redattore), nel giugno 2017, l'assicurato è stato sottoposto per conto dell'CO 1 a una valutazione ortopedica e biomeccanica della deambulazione presso la _____ di _____. Dal relativo rapporto risulta segnatamente che RI 1 presenta un'importante asimmetria del bacino sia strutturale che funzionale, la quale implica un sovraccarico dell'anca sinistra, come pure una grave asimmetria funzionale dell'articolazione ileo-sacrale e della regione lombare del rachide. Lo specialista ha al riguardo spiegato che

una gamba più lunga può provocare dei conflitti funzionali tra l'osso ischio e l'osso femorale. Per compensare tale conflitto, la deambulazione avviene con una rilevante abduzione dell'intera gamba, ciò che comporta un'importante attività della muscolatura gluteale, inclusi tutti gli abduttori dell'anca, la quale, a sua volta, causa un sovraccarico dell'anca e un potenziale intrappolamento del nervo ischiatico nella regione gluteale. Ciò che è rilevante in questa situazione di squilibrio muscolare è che il muscolo ileopsoas viene automaticamente escluso cosicché il ginocchio non può più essere correttamente sollevato in avanti e, perciò, il tronco si piega in avanti. Egli ha infine segnalato che l'introduzione di un rialzo di 8 mm nella scarpa destra del ricorrente, ha immediatamente provocato un rilassamento dell'andatura (doc. 116). Al proposito, con nota del

E. 25

luglio 2017, il dott. _____ ha indicato che la diagnosticata asimmetria del bacino (gamba destra 1 cm più corta rispetto alla sinistra) non è con probabilità preponderante una conseguenza infortunistica, ma di origine morbosa. A suo avviso, in effetti, l'intervento del 16 giugno 2015 avrebbe potuto semmai causare un accorciamento della parte sinistra del bacino ma non di quella destra, accorciamento che non è pertanto spiegabile con l'operazione resasi necessaria a seguito dell'infortunio del giugno 2015 (cfr. doc. 118; si veda pure il doc. 129, p. 6). Il TCA non vede alcuna valida ragione per discostarsi da questo apprezzamento del medico _____, che appare logico. Su questo aspetto, dalla restante documentazione medica non risultano del resto pareri divergenti. Per quanto riguarda lo stato del rachide lombo-sacrale, secondo questa Corte, le obiezioni sollevate in proposito dall'assicurato (cfr. doc. I, p. 3 s.) si appalesano come irrilevanti (si veda tuttavia il referto 30 agosto 2016 del PD dott. _____: "... gli ho fatto comunque notare che il problema alla schiena è da considerarsi come malattia ." – il corsivo è del redattore), e ciò per il motivo che è stato accertato, in maniera senz'altro affidabile, che la sintomatologia denunciata dal ricorrente non trova affatto la propria origine a quel livello (cfr., in particolare, il doc. 149, p. 7: "Considerata l'assenza di una genesi spinale/sacroiliaca dei disturbi ..."). Il TCA non ignora che agli atti figurano rapporti medici che imputano, fornendo peraltro generiche spiegazioni, l'incapacità lavorativa di RI 1 interamente ai postumi residuali degli eventi traumatici assicurati (si vedano, segnatamente, quelli dei dottori _____ e _____), tuttavia tale conclusione non regge di fronte a un'analisi più approfondita della fattispecie, quale quella esposta in precedenza. In esito a tutto quanto precede, è dimostrato, perlomeno con il criterio della verosimiglianza preponderante, caratteristico del settore della sicurezza sociale (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 - tenuto conto dei soli postumi residuali degli infortuni assicurati - l'insorgente ha ritrovato una piena capacità lavorativa nei tempi e nei modi indicati dall'amministrazione, cosicché essa era ben legittimata a porre termine alla corresponsione dell'indennità giornaliera a dipendenza della ricaduta del luglio 2016. Posto che il ricorrente ha ritrovato una piena abilità lavorativa nella sua abituale professione, occorre concludere che eventuali ulteriori cure sanitarie non avrebbero più avuto lo scopo di migliorare notevolmente il suo stato di salute infortunistico ai sensi della giurisprudenza citata in precedenza (cfr. supra, considerando 2.2. in fine). Pertanto, la decisione su opposizione impugnata deve essere confermata anche nella misura in cui l'istituto convenuto ha dichiarato estinto il diritto alle prestazioni sanitarie.

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