

## **TI\_GERICHTE 35.2019.16 vom 4. Dezember 2019**

TI Tribunale d'appello, 2019-12-04, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_35.2019.16](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2019.16)

FR: TI\_GERICHTE 35.2019.16 du 4 décembre 2019

IT: TI\_GERICHTE 35.2019.16 del 4 dicembre 2019

### **Regeste**

Penetrazione di uno spillo nella coscia sx. Sviluppo di dolori irradianti a tutto l'arto inferiore sx. Discussa questione oggettivazione dei disturbi denunciati. Ammessa mancata oggettivazione per i disturbi neurologici. Rinvio all'ammin. per complemento istruttorio trattandosi di quelli muscolari

### **Erwägungen**

#### **E. 24**

gennaio 2018, la dott.ssa \_\_\_\_\_, spec. FMH in neurologia, ha affermato trattarsi di una "... lieve neuropatia cicatriziale di un ramo del nervo femoro-cutaneo laterale che si associa anche ad un decondizionamento muscolare con dolore da sovraccarico a carico del quadricipite sinistro. Ricordo che la risonanza magnetica lombare escludeva già conflitti radicolari e in data odierna ho eseguito anche un esame elettromiografico che non mostra alterazioni del funzionamento del muscolo." (doc. 58, p. 1). Il 17 aprile 2018, l'assicurata è stata visitata dal dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in medicina interna, il quale ha diagnosticato dei dolori di origine multifattoriale alla coscia sinistra in esiti di estrazione di corpo estraneo con neuropatia del ramo distale del nervo femoro-cutaneo laterale, dolore muscolare su ipotrofia da disuso del muscolo quadricipite femorale e probabile componente somatoforme con disturbo della percezione del dolore. Il fiduciario della CO 1 ha d'altro canto sostenuto che "la coincidenza tra i reperti oggettivi e i disturbi soggettivi è solo parziale. I disturbi dell'assicurata possono essere in parte spiegati dalla neuropatia del ramo distale del nervo cutaneo femorale ed in parte da dolori muscolari su una lieve ipotrofia del muscolo quadricipite femorale dovuta al disuso. Il quadro clinico nel suo insieme non può però essere spiegato solo su base organica e lascia piuttosto pensare ad una componente somatoforme con una elaborazione alterata del sintomo somatico, favorita almeno in parte dalla convinzione di essere stata trattata in modo non corretto, soprattutto nella fase iniziale.". Interrogato a proposito dell'ulteriore procedere terapeutico, egli ha rilevato che l'assicurata stava "... effettuando fisioterapia in misura di due sedute alla settimana, effettua inoltre esercizi per la muscolatura in palestra ed in acqua oltre che passeggiate. L'obbiettivo dell'assicurata è di ritrovare una normale funzionalità della gamba sx. In relazione di causalità naturale con l'infortunio del 04.05.2017 è opportuno effettuare ancora 1-2 cicli di fisioterapia, al termine dei quali verrà probabilmente raggiunto lo stato definitivo.". Il dott. \_\_\_\_\_ ha infine affermato che i disturbi residui interessanti l'arto inferiore sinistro compromettevano in parte la capacità lavorativa, la quale non era comunque inferiore al 50% (doc. 79). In data 7 giugno 2018 ha avuto luogo un consulto presso il dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in neurologia. Dal relativo referto, datato 8 giugno 2018, risulta la diagnosi di stato da asportazione di corpo estraneo alla coscia posteriore sinistra con lievi alterazioni cicatriziali anche sottocutanee residue e dolori laterali alla

coscia sinistra estesi anche alle regioni anteriori distali non spiegati da patologia neurologica, verosimilmente in parte di origine muscolotensiva. Il consulente dell'amministrazione ha quindi negato che vi fossero "diagnosi di competenza neurologica riferibili all'evento del 4.05.2017: in particolare i dolori descritti dalla paziente non sono spiegati da una patologia neurologica." Al riguardo, egli ha sostenuto che "... una lesione nervosa non sia attualmente documentabile: l'esame elettroencefalografico eseguito in dicembre 2017 ha messo in evidenza solo un reperto di dubbia rilevanza con una asimmetria d'ampiezza del potenziale d'azione sensibile che, viste le particolarità tecniche di questo esame e tenuto presente le considerazioni anatomiche discusse in dettaglio più sopra, non penso che possano essere ritenute con certezza significative." Valutata la situazione dal suo punto di vista (quello neurologico), il dott. \_\_\_\_\_ ha affermato di non avere "... proposte terapeutiche specifiche in assenza di lesioni delle strutture nervose" e di ritenere l'insorgente "... abile al lavoro al 100% come consulente nel ramo del commercio di prodotti tessili." (doc. 94). Nella cartella clinica del 10 settembre 2018, il dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia, ha osservato di non aver ritrovato "... alterazioni strutturali o spiegazioni di tipo ortopedico per i disturbi della paziente se non quelle di uno stato cicatriziale ancora sintomatico e per il quale non ho particolari proposte terapeutiche." Egli ha però consigliato di rinforzare la muscolatura in quanto ancora ipotrofica (doc. 103). Con rapporto del 13 settembre 2018, la dott.ssa \_\_\_\_\_ ha confermato la diagnosi di neuropatia del nervo femoro-cutaneo laterale sinistro, in prima ipotesi su base cicatriziale e secondaria a esiti di asportazione di un corpo estraneo a livello della coscia sinistra, precisando che "altre cause dei problemi della paziente sono state escluse da un ampio bilancio eseguito recentemente." In merito al parere del dott. \_\_\_\_\_, ella ha dichiarato di concordare con quest'ultimo nella misura in cui "... la lesione del nervo femoro-cutaneo laterale non può spiegare il deficit di forza della paziente, quest'ultimo da me attribuito ad un decondizionamento muscolare dovuto ad una pregressa infezione dei tessuti molli." A suo avviso, però, la neuropatia del nervo femoro-cutaneo sarebbe stata "documentata a due riprese con un esame elettroencefalografico, che ritengo un esame di routine nella pratica neurologica (ritenuto invece "esame difficile" dal collega). Il reperto elettroencefalografico è ben riproducibile e del tutto congruo con la sintomatologia della paziente." Dal profilo terapeutico, la curante specialista ha ritenuto indicato intensificare la fisioterapia di rinforzo muscolare, abbinata a una terapia antinfiammatoria sistemica e locale (doc. 104, p. 2 s.). Con dettagliato apprezzamento del 2 ottobre 2018, il dott. \_\_\_\_\_ ha preso posizione a proposito di quanto sostenuto dalla neurologa curante, giungendo alla conclusione che nel caso di specie non vi sono argomenti convincenti, né di tipo anatomico, né di tipo clinico, né di tipo elettrofisiologico, a favore dell'esistenza di "reperti indicativi di un danno delle strutture nervose" (cfr. doc. 109). Con il ricorso è stato prodotto un referto, datato 28 gennaio 2019, del dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in neurologia, consultato privatamente dall'assicurata. In quel documento, lo specialista ha dichiarato che, dal profilo clinico, la ricorrente presenta un "... quadro compatibile con la presenza di un neuroma cicatriziale, con dei dolori di tipo allodinia residuali legati verosimilmente al contatto del moncone terminale del nervo con tessuti adiacenti, costantemente in movimento. Il neuroma non è altro che una proliferazione locale di cellule Schwann e di piccole fibre nervose terminali, consecutive a una lesione di un nervo periferico, che rappresenta l'esito di un tentativo inefficace di rigenerazione del nervo stesso ... (...). Il danno del nervo in questione è probabilmente legato all'intervento chirurgico d'asportazione del corpo estraneo, più che a una diretta lesione da parte dello

spillo stesso, possibile anche il coinvolgimento del ramo nervoso nel tessuto cicatriziale e infiammatorio. Una relazione dunque fra i dolori residui e l'incidento è fortemente verosimile, anche se non necessariamente direttamente legata al corpo estraneo stesso, ma alle conseguenze dell'estrazione e dell'infezione subite." Il dott. \_\_\_\_\_ ha inoltre precisato che la RMN del 24 gennaio 2018 non aveva evidenziato una "lesione sospetta per un neuroma", tuttavia, trattandosi di un ramo terminale estremamente sottile non visibile alla RMN, "è possibile che anche un neuroma stesso non sia evidenziabile, anche con immagini ad alta risoluzione." Invitato a esprimersi sulla valutazione del dott. \_\_\_\_\_, il dott. \_\_\_\_\_ ha rilevato che quest'ultimo "... non ha considerato la possibilità di un neuroma cicatriziale, nel suo rapporto non si parla di deficit sensibili mentre sono clinicamente presenti, (...). La valutazione è unicamente clinica, non possibile tecnicamente in modo inequivocabile con metodi tecnici (ENG)." (doc. I). In data 2 aprile 2019, questa Corte ha interpellato il dott. \_\_\_\_\_, al quale è stato chiesto di pronunciarsi a proposito dell'affermazione contenuta nel rapporto 13 settembre 2018 della dott.ssa \_\_\_\_\_, secondo la quale la neuropatia del nervo femoro-cutaneo laterale sarebbe stata oggettivata mediante gli esami elettroencefalografici da lei eseguiti (doc. X). Il neurologo in questione ha segnatamente spiegato che "dalla letteratura in oltre il 15% dei casi una risposta non è trovata, anche in assenza di lesioni del nervo, per motivi soprattutto anatomici, le variazioni in questa regione con interferenza da parte dei nervi sensitivi adiacenti (nervo cutaneo mediale del femore, nervo cutaneo posteriore del femore, il primo ramo terminale sensitivo del nervo femorale, il secondo originato direttamente dalla regione sacrale), per cui lo stimolo può essere trasmesso su questi due nervi e non essere registrato dal nervo cutaneo laterale del femore in esame. Si tratta quindi di variazioni della norma che possono spiegare l'assenza di registrazione del potenziale." Egli ha inoltre rilevato che "la diagnosi di sofferenza del nervo cutaneo laterale è clinica e relativamente facile da fare, da escludere soprattutto delle sofferenze radicolari L2-L3, solitamente legate a deficit motori, assenza o riduzione del riflesso patellare, distribuzione differente dei deficit sensitivi. L'esame elettroencefalografico è solo un supporto in più, soprattutto per dimostrare la lesione del nervo in seguito a lesioni dirette, verosimilmente dopo incidenti o interventi chirurgici. Nel caso particolare, si è trattato di una lesione di un ramo terminale distale del nervo stesso, per cui l'integrità del nervo prossimale non può essere stata coinvolta. Di per sé l'assenza del ritrovamento del potenziale non prova in modo assoluto e definitivo una lesione di tutto il nervo, clinicamente irritato ma deficitario solo distalmente dalla cicatrice in causa." (doc. XI). Il 24 maggio 2019, il TCA ha ripreso contatto con il dott. \_\_\_\_\_, il quale è stato invitato a rispondere alla questione di sapere se "... i disturbi fatti valere dalla signora RI 1 a livello della coscia sinistra sono da considerare oggettivati ai sensi della giurisprudenza appena citata" (doc. XVII). Con rapporto del 29 maggio 2019, lo specialista si è espresso in particolare nei seguenti termini: " (...) Il piccolo danno sensitivo è probabilmente legato all'intervento chirurgico, più che a una lesione diretta da parte dell'ago in questione, il processo infiammatorio locale essendo stato più in profondità. Il danno residuale attuale è minimo, puramente sensitivo, limitato a una superficie di 3x2 cm, sotto la cicatrice in causa. I disturbi iniziali, descritti nei rapporti e dall'assicurata, sono da riferirsi piuttosto al processo infiammatorio secondario alla presenza di un corpo estraneo nel muscolo in questione, rimasto non diagnosticato per più settimane, con sviluppo di un dolore locale persistente, anche dopo l'intervento di asportazione del corpo estraneo e lento riassorbimento del processo infiammatorio. Ricordo che la percezione del dolore è variabile da persona a persona, il caso particolare è stato documentato dal punto di vista radiologico e

chirurgico. In seguito la situazione locale si è normalizzata a livello radiologico. Concludendo, basandomi sugli atti, confermo che la situazione iniziale di un processo infiammatorio/infettivo a livello della coscia sinistra, provocato da uno spillo rimasto conficcato nel muscolo per più settimane, con consecutivo intervento di estrazione dello stesso, è un fatto oggettivo. Il quadro flogistico associato è stato documentato radiologicamente. È probabile che l'intervento chirurgico abbia comportato una lesione di un ramo terminale del nervo cutaneo laterale del femore sinistro, nervo puramente sensitivo cutaneo, con persistenza di una piccola zona di sensibilità ridotta, possibile la presenza di un neuroma cicatriziale del moncone del nervo tagliato, con persistente dolenzia durante i movimenti del muscolo. Per accertare il problema, bisognerebbe praticare una revisione locale da parte di un chirurgo competente di nervi periferici, con l'uso di un microscopio, fatto che, in considerazione dei disturbi minimi lamentati dall'assicurata attualmente, sconsiglierei vivamente." (doc. XVIII). 2.5. Secondo la giurisprudenza federale, per poter parlare di lesioni traumatiche oggettivabili dal punto di vista organico, i risultati ottenuti devono essere confermati da indagini effettuate per mezzo di apparecchiature diagnostiche o di immagine radiologica e i metodi utilizzati riconosciuti scientificamente. Qualora i disturbi denunciati si trovino in nesso causale naturale ma non siano oggettivabili, nell'ambito della valutazione dell'adeguatezza occorre partire dalla dinamica oggettiva dell'evento, tenuto eventualmente conto di ulteriori criteri connessi all'infortunio (STF 8C\_261/2019 dell'8 luglio 2019 consid. 3 e riferimenti). Nella presente fattispecie, attentamente vagliata tutta la documentazione agli atti, il TCA ritiene di poter condividere la posizione dell'amministrazione, nella misura in cui ha concluso che i disturbi neurologici denunciati dall'insorgente non sono stati sufficientemente oggettivati ai sensi della giurisprudenza federale appena citata. In questo senso, va osservato che la diagnostica per immagini – la TAC e la RMN della coscia sinistra eseguite il 23, rispettivamente il 24 gennaio 2018 -, non ha evidenziato alcun rilevante reperto patologico (doc. 57: "... non si apprezzano immagini iper-dense da riferire a residui di corpo estraneo a carico dei distretti corporei esaminati" e doc. 59: "Non argomenti per ritenere un neuroma (end-bulb od in contiguità) persistente nella zona dove è stato estratto il corpo estraneo. Scomparsa anche dei focolai ipointensi visibili sul primo MRI nei tessuti sottocutanei in concordanza con la TAC recente negativa (quindi nessun residuo dello spillo). Tutto sommato esame da considerare come quasi normale a prescindere da discrete alterazioni cutanee/sottocutanee a livello dell'ingresso del corpo estraneo ma anch'esse in netta regressione."), così come è stato del resto riconosciuto anche dal dott. \_\_\_\_\_ (cfr. doc. I, p. 4). In corso di causa, il TCA ha interpellato il neurologo privatamente consultato dall'assicurata allo scopo di sapere se condividesse l'affermazione della dott.ssa \_\_\_\_\_ secondo la quale, grazie agli esami elettroencefalografici da lei effettuati, sarebbe stata oggettivata la presenza di una neuropatia del nervo femoro-cutaneo laterale, e ciò alla luce del fatto che il dott. \_\_\_\_\_ aveva invece espresso in proposito un parere contrario. Innanzitutto, è utile segnalare che già nel suo rapporto 28 gennaio 2019, il dott. \_\_\_\_\_ aveva sottolineato che la valutazione dei disturbi denunciati dalla ricorrente, a suo avviso riconducibili a un neuroma cicatriziale, "... è unicamente clinica, non possibile tecnicamente in modo inequivocabile con metodi tecnici (ENG)." (doc. I, p. 5 – il corsivo è del redattore). In data 5 aprile 2019, egli ha inoltre precisato che, in base alla letteratura, la neurografia del nervo cutaneo laterale del femore, per ragioni soprattutto anatomiche, in più del 15% dei casi non registra una risposta (come è stato il caso in concreto: "... l'elettroencefalografia del nervo cutaneo laterale del femore sinistro non permise di mettere in evidenza un potenziale

sensitivo ortodromico , ...” – il corsivo è del redattore), anche in assenza di lesioni del nervo . Trova dunque piena conferma l’affermazione, contenuta nell’apprezzamento 2 ottobre 2018 del dott. \_\_\_\_\_, secondo la quale “... la letteratura sul tema sottolinea il fatto che l’esame elettroencefalografico di questo nervo è difficile da eseguire tecnicamente (anche in mani esperte), di conseguenza addirittura poco affidabile (reliable) ed inoltre può succedere di non riuscire a registrare una risposta sensitiva del nervo anche in persone sane, dunque senza un effettivo danno del nervo, ciò che naturalmente relativizza il significato dell’assenza di una risposta sensitiva .” (doc. 109, p. 6 – il corsivo è del redattore). Il dott. \_\_\_\_\_ ha poi ribadito che la diagnosi di sofferenza del nervo cutaneo laterale del femore “ è clinica ” e relativamente facile da porre mediante l’esclusione delle altre patologie che potrebbero entrare in considerazione, soprattutto delle sofferenze radicolari a livello di L2-L3. L’elettroencefalografia rappresenta soltanto un supporto in più, grazie al quale dimostrare la lesione del nervo a seguito di lesioni dirette, in casu da escludere a priori visto che “... l’integrità del nervo prossimale non può esser stata coinvolta.” (doc. XI). Con il referto del 29 maggio 2019, il neurologo interpellato dall’assicurata ha dichiarato che la situazione iniziale di un processo infiammatorio/infettivo a livello della coscia sinistra, consecutivo alla penetrazione dello spillo nel muscolo, è stata documentata radiologicamente e, dunque, oggettivata, circostanza che nessuno contesta (del resto, l’assicuratore ha riconosciuto il proprio obbligo a prestazioni per oltre un anno). D’altro canto, a suo avviso, è probabile che l’intervento chirurgico reso necessario abbia causato una lesione del ramo terminale del nervo cutaneo laterale del femore sinistro, da cui il “ possibile ” sviluppo di un neuroma cicatriziale con persistente dolenzia durante i movimenti del muscolo. Al proposito, egli ha puntualizzato che “ per accertare il problema ”, andrebbe effettuata una revisione locale al microscopio, procedere però vivamente sconsigliato (doc. XVIII). Facendo (anche) riferimento a letteratura scientifica, il dott. \_\_\_\_\_ ha di fatto avallato la valutazione del neurologo fiduciario dell’amministrazione, nella misura in cui ha anch’egli riconosciuto che l’elettroencefalografia non consente di oggettivare con sufficiente attendibilità l’esistenza di una neuropatia del nervo femoro-cutaneo laterale, la cui diagnosi rimane quindi puramente clinica ( ossia non documentabile con indagini effettuate per mezzo di apparecchiature diagnostiche o di immagine radiologica ). Secondo questa Corte , quanto sostenuto in modo apodittico dalla dott.ssa \_\_\_\_\_ nel suo referto del 13 settembre 2018 (la neuropatia “... è stata documentata a due riprese con un esame elettroencefalografico, ...”) , non è suscettibile di generare dei dubbi, nemmeno lievi, circa la fondatezza delle univoche indicazioni fornite dai dottori \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_. Quanto appena esposto riguarda i disturbi neurologici. Dagli atti emerge tuttavia che, oltre a questi ultimi, la ricorrente lamentava pure una problematica di natura muscolare , ancora presente al momento in cui la CO 1 ha posto termine al proprio obbligo a prestazioni (giugno 2018 – cfr. doc. 103 e 104). Quest’ultimo aspetto non risulta essere stato approfondito dall’amministrazione, la valutazione enunciata dal dott. \_\_\_\_\_, sulle cui risultanze è essenzialmente fondata la decisione impugnata, essendo circoscritta al suo campo di specializzazione (neurologia). Sulla scorta di quanto precede, la decisione su opposizione impugnata deve dunque essere annullata e gli atti rinviati all’istituto assicuratore resistente per complemento istruttorio (perizia medica). La CO 1 dovrà accertare se i disturbi muscolari riguardanti l’arto inferiore sinistro costituiscono un danno alla salute oggettivabile ai sensi della giurisprudenza federale e, se sì, se essi si sono trovati in relazione causale naturale con l’evento assicurato anche dopo il 6 giugno 2018. Nell’affermativa, l’ulteriore obbligo a prestazioni non potrebbe essere negato per assenza

d'adeguatezza. Qualora si trattasse invece di disturbi privi di sufficiente substrato organico oggettivabile, l'amministrazione dovrebbe procedere a un esame specifico dell'adeguatezza in base ai criteri applicabili in caso di evoluzione psichica abnorme conseguente a infortunio (DTF 115 V 133 ss.). In proposito, è utile segnalare che ben difficilmente il sinistro in discussione potrebbe essere classificato tra gli infortuni di grado medio al limite della categoria superiore (cfr. doc. I, p. 8), ricordato che, in questo contesto, non devono essere prese in considerazione le conseguenze dell'infortunio né le circostanze concomitanti (cfr. STF 8C\_584/2010 dell'11 marzo 2011 e SVR UV Nr. 8 p. 26). Per un confronto, l'Alta Corte ha classificato nella categoria in questione, l'incidente della circolazione in cui un'automobilista, che viaggiava su un'autostrada a una velocità compresa tra i 110 e i 120 km/h, ha girato il volante verso destra per scansare una carcassa di animale. Sulla corsia di destra ha però trovato un'altra autovettura, cosicché si è vista costretta a girare il volante verso sinistra, perdendo in tal modo la padronanza del veicolo. Quest'ultimo è andato a sbattere contro il guardrail centrale, dopo che esso si era girato su sé stesso per due volte. In seguito, l'automobile si è capovolta ed è slittata sul tetto verso la corsia di destra, dove è entrata in collisione con una seconda vettura, che l'ha spinta di nuovo sulla sinistra. La conducente e l'assicurata si trovavano ancora all'interno dell'autovettura, quando quest'ultima è stata investita da un terzo veicolo, che l'ha sospinta per alcuni metri. In base alle fotografie scattate dalla polizia, l'automobile in questione è andata completamente distrutta (cfr. STFA U 185/05 del 20 ottobre 2005).

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