

TI_GERICHTE 36.2002.78 vom 17. Februar 2003

TI Tribunale d'appello, 2003-02-17, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2002.78

FR: TI_GERICHTE 36.2002.78 du 17 février 2003

IT: TI_GERICHTE 36.2002.78 del 17 febbraio 2003

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 20

maggio 2001 e nella misura del 100% dal 21 maggio 2001 al 10 febbraio 2002 (cfr. petitum dell'attore). Va innanzitutto rilevato che precedentemente all'inoltro della petizione l'assicurato è stato sottoposto ad approfondite e numerose indagini di natura medica. Egli è infatti stato visitato dal Dr. med. _____, FMH medicina interna e reumatologica, dal Dr. med. _____, FMH medicina interna, dal medico fiduciario della _____, Dr. med. _____, spec. FMH, chirurgia ortopedica, dal Dr. med. _____, capo-servizio dell'Ospedale _____, dal dr. med. _____, chirurgia ortopedica e ortopedia, dal dr. med. _____ della _____, medicina generale FMH, dai dr. med. _____, _____ e _____ della _____, dal dr. med. _____, specialista FMH neurologia, dal Dr. _____, medico fiduciario della Cassa e dal dr. Med. _____, medico psichiatra e caposervizio del _____. Nel rapporto del 27 novembre 2000 il Dr. med. _____, Spec. FMH Chirurgia ortopedica, Medico di Circondario della _____, ha innanzitutto rilevato: "(...) Il nesso causale tra gli attuali disturbi al ginocchio destro e gli eventi infortunistici del 25.12.1992, rispettivamente 25.11.1993, viene ritenuto solo possibile. Questo più specificamente tenuto conto del referto normale riscontrato all'artroscopia del 25.1.1995. Anche il nesso causale tra gli attuali disturbi e l'evento infortunistico del 27.11.1995 viene ritenuto solo possibile. (...) Per quanto attiene l'attività lavorativa, il quadro clinico riscontrato in data odierna alla caviglia destra non giustifica nessuna inabilità lavorativa. In relazione con i disturbi accusati al ginocchio destro viene attestata una capacità lavorativa nella misura del 50 %. Concretamente tuttavia il paziente sarebbe stato licenziato con effetto dalla settimana scorsa." (cfr. doc. _) Il Dr. med. _____, medicina generale FMH, Medico di circondario supplente della _____, nel rapporto del 12 gennaio 2001 afferma: "(...) All'atto della visita odierna non si evidenziano segni infiammatori in atto né tanto meno versamento. L'assicurato tuttavia enuncia la medesima sintomatologia come prima dell'artroscopia. L'unico dato di nuovo obiettivabile è una modica riduzione del tono-muscolare a carico del ginocchio destro che a nostro avviso può essere ricostituita mediante le cure fisioterapiche già messe in atto dal medico curante dr. _____. Abbiamo sensibilizzato l'assicurato sull'importanza di svolgere tale trattamento riabilitativo in modo intensivo almeno 3 volte alla settimana. Sulla base di quanto sopra enunciato e tenuto conto dell'attività lavorativa svolta dall'assicurato, riteniamo ragionevole proporre un incremento dell'abilità lavorativa pari al 50 % a decorrere dal 16.1.2001, preconizzando un ritorno all'attività lavorativa in modo completo, in assenza di nuovi eventi, fra 3-4

settimane." (cfr. doc. _) Successivamente l'attore è stato degente presso la Clinica di riabilitazione di _____ dal 28 febbraio 2001 al 28 marzo 2001. Dal rapporto redatto dai medici _____, _____ e _____ emerge quanto segue: " (...) Medizininische Abklärungen / Konsilien Psychosomatisches Konsilium vom 07.03.2001, Dr. phil. _____: Keine psychische Störung von Krankheitswert, Tendenz zur Symptomausweitung. Funktionelle Ultraschalluntersuchung vom 08.03.2001: Minimer Gelenkserguss rechts, ansonsten Kniegelenke bds. sonomorphologisch unauffällig. (...) Organische Schädigungen und funktionelle Störungen 5 Jahre nach dem letzten Unfallereignis u.a. mit Distorsion des rechten Kniegelenks und des rechten Sprunggelenks sowie 7 Jahre nach Unterschenkelfraktur rechts Typ Weber A, besteht aktuell nach einer im November 2000 durchgeführten diagnostischen Kniearthroskopie rechts mit einer ventrolateralen Meniskusteilresektion, ein belastungsabhängiger Knieschmerz rechts, der peripatellär lokalisiert, ist z.T. mit Ausstrahlungen in den rechten M. gastrocnemius. Klinisch findet sich im Bereich des rechten Kniegelenks eine im Vergleich zur Gegenseite verminderte Überstreckbarkeit sowie ein ventrolateraler und ventromedialer Druckschmerz. Sonographisch konnte ein minimaler Kniegelenkserguss nachgewiesen werden. Die angefertigten Röntgenbilder von Knie und OSG zeigten eine leichte Arthrose im rechten OSG. Beide Kniegelenke sind unauffällig und zeigen keine arthrotischen Veränderungen. Unter Berücksichtigung des klinischen und radiologisch erhebaren Befundes sind uns die ausgeprägten belastungsabhängigen Schmerzen des Patienten nicht vollständig erklärlich. Der Patient zeigte seine Schmerzen sehr demonstrativ, z. B. _____ während des durchgeführten Gangtests. Während des Aufenthaltes wurde ein psychosomatisches Konsilium durchgeführt. Es findet sich keine psychische Störung von Krankheitswert, hingegen lässt der Verlauf ohne jede Besserungstendenz sowie die schwierig gewordene soziale Situation mit dem Verlust der Arbeitsstelle als Zimmermann nach 10-jähriger Betriebszugehörigkeit die Vermutung zu, dass sich allmählich eine Symptomausweitung abzuzeichnen beginnt. Es bleibt ungeklärt, welchen Einfluss die Erwartungshaltung des Patienten bezüglich einer rückwirkenden Aufhebung seiner 50 %-igen Arbeitsfähigkeit seit der letzten kreisärztlichen Untersuchung bei Dr. _____ auf das Rehabilitationsergebnis hatte. Behinderungen / Fähigkeitsstörungen Herr _____ ist subjektiv in seiner Gehstrecke und Gehdauer mässiggradig eingeschränkt. Es bestehen objektiv Einschränkungen für den repetitiven Gang in unebenem Gelände sowie für die repetitive Einnahme von Zwangshaltungen des Rumpfes wie tiefes Knien und Hocken. Berufliche und soziale Auswirkungen Herr _____ war zuletzt als Zimmermann tätig. Bezüglich eines noch bestehenden Arbeitsvertrages bestehen unterschiedliche Angaben. Im psychosomatischen Konsilium gab der Patient an, keine Arbeitsstelle mehr zu haben und sich noch nicht bei der Arbeitslosenkasse gemeldet zu haben. Bei unserer Sozialdienst gab der Patient an zwar die Kündigung erhalten zu haben, aber diese sei nach einer Intervention der Gewerkschaft nicht in Kraft getreten. Es gelang uns nicht, diesen Widerspruch entgültig aufzuklären. Wir attestieren Herrn _____ eine Arbeitsfähigkeit von 50 % für den Beruf als Zimmermann ab dem 02.04.2001." (cfr. doc. _, sottolineature del redattore) Il 20 aprile 2001 il medico curante dell'interessato, Dr. Med. _____, FMH medicina interna, ha ribadito al dr. _____: " Caro collega Le chiedo aiuto e nuove proposte sul caso di questo paziente, che ha visto del resto ancora ieri. Vedo che viene posto abile al 50%, in uno stato dopo meniscectomia al ginocchio destro, con esito pure da intervento per frattura alla caviglia sinistra. Sia il paziente che anche il datore di lavoro riferiscono di una incapacità a raggiungere questo percento, visto che il paziente non

sopporta il carico di peso comportato da attività di carpentiere in piccola impresa. La mobilità appare buona. A me sembra che il paziente mostri vera intenzione di lavorare e mi sembra credibile sulla sua incapacità. Proporrei di inviare il paziente al collega _____, che mi legge in copia, per la valutazione sostegni meccanici del ginocchio stesso, allo scopo di dare eventualmente stabilità e raggiungere o mantenere per intanto il 50%. Parallelamente fisioterapia di rinforzo muscolare da _____. Chiederei di accettare il 0% di capacità fino alla visita presso il collega _____, e nel contempo lavoro intenso in fisioterapia." (cfr. doc. _) Da parte sua il Dr. Med. _____ ha rilevato: " (...) - La capacità lavorativa nella misura del 50% era stata attestata già prima del oggiorno a _____ e nuovamente confermata alla dimissione dalla Clinica dopo un soggiorno di osservazione di diverse settimane. Con riferimento al quadro clinico riscontrato in occasione dell'esame medico-circondariale recente non vi sono motivi di sorta per discostarsi di una tale valutazione, almeno nel senso di un aumento dell'inabilità lavorativa. - Se il datore di lavoro non è disposto o non ha la possibilità di attribuire al paziente delle attività lavorative adattate alle limitazioni attestate dal punto di vista medico, la questione deve essere risolta sul piano amministrativo: si tratta di un problema specifico non di competenza medica. Dal punto di vista medico non vi è nessun motivo ragionevole per accettare un'inabilità lavorativa completa. - I disturbi accusati dal paziente al ginocchio destro sono stati accettati dalla _____ alla stregua di una lesione corporale parificabile a postumo d'infortunio secondo l'articolo 9/2 OAINF, trattandosi di una lesione meniscale. Visto che questo intervento non ha portato a miglioramenti significativi della sintomatologia si potrebbe ragionevolmente considerare che già a suo tempo i disturbi non erano da attribuire alle alterazioni meniscali operate. L'accettazione da parte della _____ potrebbe quindi dimostrarsi manifestamente erronea. - In un'occasione precedente mi ero già espresso chiaramente sull'assenza di nesso causale tra la lesione alla caviglia e i disturbi accusati al ginocchio. Una volta in possesso dell'insieme degli atti (attualmente ancora presso la Clinica di _____) prenderò posizione pure sulla competenza medico-assicurativa da parte della _____ attinente alla problematica attuale del ginocchio." (cfr. doc. _) Dalla cartella clinica del Dr. med. _____, spec. FMH ortopedia e chirurgia ortopedica, datata 30 aprile 2001, emerge che: " (...) Il paziente si ripresenta per controlli in quanto dice di avere sempre dolori al ginocchio destro e ora anche all'alluce sinistro dove nel 1991 aveva asportato un piccolo frammentino pseudoartrosico. Dice che non può assolutamente lavorare nemmeno nella misura del 50%. Riferisce dolore sotto carico. Cedimenti. Sensazione di bruciore. Sarebbe stato ricoverato al centro riabilitativo di _____ dal 28.3 (recte: 2).2001 al 28.3.2001. Alla dimissione sarebbe stato giudicato abile al 50%. Gli specialisti di _____ nel loro rapporto non hanno ritenuto necessaria la prosecuzione della fisioterapia. Ogg. andatura con importante zoppia. Il ginocchio destro viene mantenuto praticamente in estensione completa. All'esame clinico il ginocchio non presenta alcun versamento. La circonferenza misura 49 cm bilaterali. Non trovo un'importante ipotrofia muscolare Assenza di ispessimento capsulare. Funzione completamente libera. Non segni di instabilità. Dolori diffusi al compartimento mediale senza riferimento ad una particolare struttura anatomica. Ad un controllo ripetuto dei punti dolenti questi vengono modificati ogni volta. Dal punto di vista clinico alla visita odierna non vi è nessun reperto oggettivabile al ginocchio destro. Al piede sinistro l'articolazione metatarso falangea è completamente libera. Vi è una piccola esostosi senza infiammazione della cute, dorsale alla testa metatarsale peraltro bilaterale. Non segni di rigidità dell'articolazione. Non deviazione in valgo. Non aumento del termotatto o rossore.

Anche all'alluce sinistro il reperto risulta quindi completamente nullo. Dopo aver attentamente letto il rapporto d'uscita da _____ si nota che ad un test di deambulazione della lunghezza di 130 metri il paziente si sia dovuto fermare per ben 3 volte ed abbia necessitato un tempo di 3 minuti. Durante il trasferimento a piedi tra la località del test e la clinica di _____ della distanza di circa 150 metri il paziente non si sarebbe dovuto mai fermare e non avrebbe accusato mai alcun disturbo. Vi è quindi una certa discrepanza tra i disturbi soggettivi e i reperti oggettivi. Non si nasconde un certo dubbio per un'aggravazione da parte del paziente stesso. Per quanto riguarda il procedere penso che una ginocchiera non sia necessaria in quanto oggettivamente il ginocchio è perfettamente stabile e si tratterebbe quindi eventualmente di pseudocedimenti e non di cedimenti veri. Per quanto riguarda la fisioterapia il paziente è stato già sottoposto ad innumerevoli sedute di fisioterapia tra cui anche ricovero di 1 mese intero presso un centro riabilitativo, non penso quindi che con ulteriori 9 sedute si possa sostanzialmente modificare l'attuale situazione. Personalmente non mi ritengo più abile a curare questo paziente nel senso che non ho più ulteriori proposte concrete da fare. Del resto anche all'esame artroscopico eseguito da me il 30.11.2000 e documentato con videocassetta non si sono potute mettere in evidenza delle ulteriori patologie importanti a parte questo frammento meniscale lacerato." (cfr. doc. __, sottolineature del redattore) Il dott. med. _____, specialista FMH neurologia, nel suo referto del 14 maggio 2001 ha rilevato: " VALUTAZIONE: non ho riscontrato deficit sospetti di natura neurologica alla base dei dolori nel ginocchio lamentati dal paziente. Importanti reazioni antalgiche, alla palpazione di praticamente tutte le strutture osteotendinee muscolari con una zona di ipestesia e di disparestesie coinvolgente più territori radicolari o troncolari. A livello della coscia piuttosto sul nervo cutaneo laterale del femore, a livello del ginocchio la sintomatologia deborda il territorio del ramo intrapatellare del nervo safeno, poca tendenza ad irradiare nella gamba. Si tratta di disturbi piuttosto funzionali legati al dolore, una componente psicogena è probabile, con una possibile tendenza ad una sindrome di conversione, fatto probabile in assenza di un reperto ortopedico evidente. Non ho quindi proposte terapeutiche da parte mia, non so fino a che punto sia indicata della fisioterapia, da discutere eventualmente con il dottor _____." (cfr. doc. __) Successivamente l'attore è stato visitato dal Dr. med. _____, che in data 6 luglio 2001 ha rilevato: " (...) Attualmente il paziente lamenta dolori diffusi al ginocchio destro, prevalentemente anteriori e inferiori, nella regione dell'epifisi prossimale della tibia. I dolori tendono a progredire. Al mattino vi è una tendenza al miglioramento e verso il pomeriggio un peggioramento. La notte il paziente dorme con un cuscino sotto al ginocchio e un altro sotto la caviglia. I dolori sono nettamente dipendenti dal lavoro e dalle posizioni. Particolarmente difficoltosi risultano il lavoro sui tetti o su terreni accidentati. Cedimenti molto frequenti, descritti nel rapporto del Dr. _____, neurologo, dei 14.05.2001 sono attualmente nettamente migliorati da quando il paziente, riprendendo il lavoro ha potuto rinforzare la muscolatura della coscia. Il paziente non ha più osservato gonfiore al ginocchio. (...) Si pone ora un problema assicurativo. Dal rapporto del Dr. _____ del 17.05.2001 si deduce come non fosse chiaro se la _____ dovesse prendere a carico la lesione meniscale operata il 30.11.2000. In ogni caso la pratica riguardante tale lesione sarebbe stata chiusa il 21.05.2001 dopo l'esame medico circondariale in questione. Se l'edema tibiale corrisponde ad un'algodistrofia, insorta dopo l'artroscopia, va discussa una relazione con l'intervento e quindi la possibilità che si tratti di una imprevedibile complicazione del trauma causato dall'intervento. Se si trattasse invece di una frattura da stress, si tratterebbe di una lesione assimilata a infortunio, quindi in ogni caso a carico della

_____ . Ritengo quindi utile una nuova valutazione del caso da parte della _____ alla luce di questo nuovo elemento. Un ultimo dettaglio riguarda 2 periodi in cui il paziente non ha potuto lavorare a causa delle gonalgie ma è stato risarcito dalla _____ solo nella misura del 50 %. Si tratta dei periodi dal 16.01.-28.02.2001 e dal 02.04.-21.05.2001. Alla luce del nuovo elemento rappresentato dall'edema tibiale si giustifica a mio avviso un'inabilità lavorativa in misura completa nei 2 periodi citati. Non so se sia possibile ma mi sembra giustificata una rivalutazione dei diritti del paziente ad essere risarcito per la perdita di guadagno durante questi 2 periodi. (...) Un secondo problema sono dolori cronici alla caviglia destra in presenza di un'incipiente artrosi secondaria tibio-tarsica dopo frattura del malleolo mediale il 25.11.1993. Anche per quanto riguarda la caviglia, i disturbi del paziente sono a mio avviso credibili. Il lavoro che il paziente svolge, prevalentemente sui tetti implica infatti posizioni statiche in flessione dorsale della caviglia prolungate. Queste posizioni risultano molto dolorose anche se il paziente lavora attualmente solo al 50 %. Per quanto riguarda il lavoro ho proposto al signor _____ di provare a continuare la sua attività al 50 %. Il paziente si trova infatti in una situazione particolare, in un buon rapporto con il datore di lavoro che gli permette di fare "quello che può". Il paziente è convinto che nessun altro datore di lavoro lo assumerebbe in queste condizioni. Personalmente ritengo la posizione del paziente realistica. L'edema della tibia prossimale, qualunque sia la sua natura, ha una buona prognosi e dovrebbe regredire entro alcuni mesi. Se entro questo lasso di tempo il paziente non potesse riprendere il lavoro a tempo pieno e con pieno rendimento, riterrei giustificato annunciare il paziente all'AI per misure professionali. In Kosovo il paziente era venditore diplomato, non sa scrivere e leggere in italiano. Il passaggio all'attività pesante attuale a un'attività leggera non qualificata implicherebbe una perdita di salario di circa fr. 1500 al mese." (cfr. doc. _) Il 3 dicembre 2001 il Dr. med. _____, con lettera al dr. med. _____, ha rilevato: " (...) La progressiva estensione dei disturbi ora con coinvolgimento di ambedue gli arti inferiori, così come del rachide da una parte si situa in contrasto con il quadro clinico effettivamente oggettivabile. Questo dato di fatto traspare pure in maniera evidente dal periodo di osservazione estesosi su 4 settimane presso la Clinica di riabilitazione a _____. Le considerazioni esposte dal dr. _____ nei referti del 6.7.2001 e del 5.9.2001 contengono degli argomenti che domandando una valutazione, rispettivamente ponderazione. Essi tuttavia non sono suscettibili d'invalidare le considerazioni espresse, rispettivamente le decisioni prese in precedenza. In effetti: - Il sospetto diagnostico di una frattura da stress all'altezza dell'epifisi prossimale della tibia non viene ritenuta nel rapporto del dr. _____ del 22.6.2001 e neppure confermata a un'analisi rigorosa delle immagini effettuata in occasione del regolare incontro mensile dei membri della _____ a cui partecipa pure il dr. _____, specialista FMH radiologia. - L'edema trabecolare regrediente all'altezza dell'epifisi tibiale rappresenta un referto non specifico, eventualmente compatibile pure con una sindrome algo-distrofica. Per quanto attiene a una sua relazione con l'intervento di meniscectomia artroscopica effettuato il 30.11.2000, bisogna notare in primo luogo la localizzazione ben distante dalla regione sotto-condrale, in secondo luogo la costanza del carattere dei disturbi prima, rispettivamente dopo l'intervento e in terzo luogo l'assenza di indizi clinici nell'ambito delle valutazioni effettuate da diversi specialisti (esami medici-circondariali, dr. _____ il 30.4.2001 e durante il soggiorno stazionario a _____). Anche lo stesso dr. _____ si esprime ritenendone unicamente la possibilità. - Per quanto attiene ai periodi d'inabilità lavorativa riconosciuti solo nella misura del 50% da parte della _____, la presa di

posizione da parte del dr. _____ mostra come quest'ultimo non abbia purtroppo avuto a disposizione la documentazione antecedente necessaria per una presa di posizione in condizione di causa. La capacità lavorativa parziale durante il mese di gennaio/febbraio 2001 è in effetti stata confermata pure durante il soggiorno stazionario presso il Centro di Riabilitazione a _____. Per quanto attiene al periodo aprile/maggio 2001, con riferimento al referto del dr. _____ del 30.4.2001 la _____, pur possedendo gli elementi per decretare una capacità lavorativa completa, ha generosamente continuato a versare le proprie prestazioni sulla base di una capacità lavorativa solo parziale nella misura del 50%. - Anche per quanto attiene alla caviglia destra, di pertinenza _____, i rapporti del dr. _____ non apportano nuovi elementi di giudizio. Il 5.9.2001 in particolare, esso si limita a descrivere l'importanza dei disturbi asseriti dal paziente, senza tuttavia procedere a inserire gli stessi nell'ambito del quadro clinico riscontrato senza in particolare anomalie di rilievo, rispettivamente gonfiore e senza parametri infiammatori biologici. - Per quanto attiene al rachide nel suo insieme, il quadro clinico attuale si presenta favorevolmente, in particolare senza contrattura della muscolatura paravertebrale né in posizione eretta né tanto meno in quella prona e senza segni d'irritazione mielopatica o radicolare. - La nozione di "sovraccarico" utilizzata dal dr. _____ per cercare di spiegare i disturbi che il paziente accusa recentemente all'arto inferiore sinistro presenta una base biomeccanica ben poco solida. Questo in considerazione del fatto che il carico effettivo (in chili) sugli arti inferiori non supera ragionevolmente quello del peso corporeo (come nel caso della marcia dove la totalità del peso viene spostata alternativamente prima su di una gamba e poi sull'altra, senza possibilità di caricare maggiormente l'una a favore dell'altra!), così come del fatto che l'aspetto statico, rispettivamente funzionale di una gamba (più specificatamente caviglia e ginocchio) non vengono ragionevolmente coinvolte/stravolte/cambiate da un'affezione pure periferica (ginocchio, caviglia) dell'arto inferiore contro-laterale. Vedi in questo contesto i risultati conosciuti di studi epidemiologici. Complessivamente, con riferimento ai referti clinici oggettivabili, vengono confermate le considerazioni espresse in occasione dell'esame medico-circondariale del 17.5.2001 e, più specificatamente: - La capacità lavorativa nella misura completa con chiusura della pratica a decorrere dal 21.5.2001 per quanto attiene alla meniscectomia artroscopica parziale e mediale sinistra del 30.11.2000. - La considerazione secondo la quale la lesione meniscale non possa essere ritenuta la causa della sintomatologia algica accusata dal paziente, valutando il decorso dei disturbi prima, rispettivamente dopo tale intervento e, più specificatamente, la loro costanza. - Il reperto oggettivo alla caviglia destra sovrapponibile a quelli già descritti in precedenza con abilità lavorativa completa. Inoltre assenza di referti strutturali patologici di rilievo all'arto inferiore contro-laterale, così come al rachide. I disturbi asseriti dal paziente in questa sede non sono di pertinenza _____. Per finire, tenuto conto del decorso e dei reperti effettivamente oggettivabili, ritengo personalmente che il nocciolo della questione non sia quello di giocare "a ping-pong" tra la _____ e la Cassa malati, rispettivamente di scaricare sulla Cassa malati quando non riconosciuto dalla _____, per prendersi carico di un certo tasso d'inabilità lavorativa, ma piuttosto di considerare se addirittura un'incapacità lavorativa sia obiettivamente giustificata, ciò che non ritengo essere il caso." (cfr. doc. __, sottolineature del redattore) Con scritto 10 dicembre 2001 al dr. med. _____, il Dr. med. _____ ha rilevato: " (...) Da un lato la nuova, coscienziosa analisi di tutti i dati finora disponibili da parte del Dr. _____, da un lato il decorso che non vede alcun nuovo elemento clinico mentre la IRM del 03.10.2001 mostra la regressione completa dell'edema

midollare tibiale interpretato come di origine algodistrofica (una frattura da stress è definitivamente esclusa) permettono a mio avviso una presa di posizione più chiara. Alla luce di questi dati mi sembra accettabile la posizione della _____, attraverso il Dr. _____, secondo cui le lesioni riportate dal signor _____ hanno avuto un decorso oggettivamente favorevole, secondo quanto viene osservato di regola in lesioni di questo tipo, tanto da poter ritenere estinta la causalità per gli eventi di competenza _____ sia per quanto riguarda il ginocchio destro che la caviglia destra. Di fatto però il signor _____ continua ad accusare dolori al ginocchio destro che si traducono in una zoppia e dolori alla caviglia destra particolarmente quando questa si trova in flessione. Per quanto riguarda le cause ai dolori del paziente, si tratta probabilmente di una problematica multifattoriale in cui modiche alterazioni degenerative secondarie ai traumi subiti e altri problemi di tipo meccanico giocano un ruolo, accanto ad una probabile sindrome da amplificazione di sintomi (modello di comportamento invalidante, sviluppato e intrattenuto sotto l'influenza di fattori psicologici e sociali, che permette di mantenere un controllo sulle circostanze della propria esistenza). Sono convinto invece che non vi sia una simulazione su base volontaria. Dopo aver discusso nuovamente al telefono con il Dr. _____, ritengo dunque che dal 21.05.2001 la competenza per la problematica al ginocchio e alla caviglia destra debba essere assunta dalla CM. Ritengo che il signor _____ debba essere considerato inabile al lavoro in misura completa nell'attività attuale di manovale che lavora prevalentemente sui tetti. Quest'attività è inadatta sia per il pericolo di caduta (cedimenti al ginocchio), sia per i dolori dovuti a posizioni inadatte con il ginocchio e la caviglia in flessione, sia che perché si tratta di lavori pesanti. In attività leggere che comportino saltuariamente anche compiti mediamente pesanti ma adatti, che permettano il rispetto delle regole di ergonomia, che evitino movimenti di flessione-estensione ripetuti con le ginocchia, che evitino posizioni di iperflessione della caviglia, che evitino il lavoro in posizione inginocchiata prolungata, che evitino spostamenti ripetuti oltre a qualche centinaio di metri, possibilmente non su terreni accidentati e non in equilibrio, l'A, è da ritenere abile al lavoro in misura completa." (cfr. doc. _) Il 29 gennaio 2002 l'assicurato è stato visitato dal Dr. med. _____, medico di fiducia della Cassa, il quale ha rilevato: " (...) L'artroscopia effettuata il 30.11.2000 (Dr. _____) mostrò una lacerazione a lembo del corno anteriore del menisco mediale ma non di quello laterale (risultato indenne). Vi fu inoltre una plica sinoviale laterale. Il paziente asserisce che dopo l'artroscopia i dolori al ginocchio sarebbero peggiorati. Da parte della _____ venne suggerita la ripresa del lavoro, in seguito fallita al punto che il paziente fu inviato nella Clinica di Riabilitazione _____ a _____ dove soggiornò tra il 28.02. ed il 28.03.2001. L'evoluzione fu ulteriormente negativa; soggettivamente non vi fu alcun miglioramento. L'incapacità lavorativa venne giudicata del 50% a partire dal 02.04.2001, confermata anche dal medico circondariale Dr. _____ (sua visita del 19.04.2001). Data la persistente sindrome algica al ginocchio seguì una rivalutazione ortopedica presso il Dr. _____ che in data del 30.04.2001 constatò "nessun reperto oggettivabile al ginocchio destro" ipotizzando "un'aggravazione da parte dal paziente". La discrepanza tra le dichiarazioni del paziente ed i reperti oggettivabili venne confermata anche dal medico circondariale _____ Dr. _____ (sua visita del 17.05.2001) quando riscontrò un quadro clinico praticamente normale dichiarando il paziente abile al lavoro in misura completa a partire dal 21.05.2001. Negò la necessità di ulteriori cure. Il medico curante Dr. _____ chiese quindi una valutazione reumatologica presso il Dr. _____ il quale fece effettuare una MRI sia della caviglia destra che del ginocchio destro (reperti allegati).

L'indagine al ginocchio mise in evidenza un edema nell'epifisi prossimale della tibia interpretata come possibile algodistrofia che avrebbe spiegato "almeno in parte i disturbi". Fu prescritta una farmacoterapia a base di FANS e calcitonina. Indagini in merito ad un'affezione infiammatoria risultarono negative. Un controllo radiologico (MRI del 02.10.2001) mostrò la completa regressione dell'edema osseo nella tibia prossimale. Da parte della _____ venne confermata la chiusura della pratica per il 21.05.2001 riguardante gli esiti da meniscectomia. Il medico circondariale della _____ Dr. _____ confermò il contrasto tra le dichiarazioni del paziente e le constatazioni oggettive (visita del 19.10.2001) ritenendo l'edema trabecolare della tibia un referto aspecifico e riferendosi anche al fatto che i sintomi del paziente erano costanti prima e dopo l'artroscopia senza segni clinici per un'algodistrofia. Al di là della responsabilità assicurativa ritenne che non sussiste in alcun caso un'incapacità lavorativa oggettivamente giustificabile (sua relazione del 03.12.2001). Il reumatologo Dr. _____ dal canto suo sostiene nella sua lettera del 10.12.2001 al medico curante Dr. _____ che la sofferenza giustifichi l'incapacità al lavoro "in misura completa nell'attività attuale di manovale che lavora prevalentemente sui tetti. Questa attività è inadatta sia per il pericolo di caduta (cedimenti al ginocchio) sia per i dolori dovuti a posizioni inadatte con il ginocchio e la caviglia in flessione, sia perché si tratta di lavori pesanti". Ritenne l'origine della sofferenza "multifattoriale in cui modiche alterazioni degenerative secondarie ai traumi subiti ed altri problemi di tipo meccanico giocano un ruolo accanto ad una probabile sindrome da amplificazione di sintomi...". Il medico curante mi ha trasmesso infine l'ultima relazione del Dr. _____ del 18.12.2002 dopo una rivalutazione clinica del paziente; il reumatologo descrive ora "una zoppia evidentemente dimostrativa, volontaria, incostante, del tutto eliminata facendolo camminare più rapidamente. Nessuna atrofia muscolare agli arti inferiori. Le due ginocchia sono s.p. Le caviglie sono normalmente mobili e indolori. La mobilità della colonna vertebrale é normale", giudicando la problematica di natura "prevalentemente psicosomatica" suggerendo al curante la "presa a carico psichiatrica, anche nel meglio definire la capacità di lavoro da questo punto di vista" in quanto sarebbe tornato in secondo piano il problema somatico anche se ritiene che "il paziente non è più in grado di svolgere un lavoro pesante e prevalentemente sui tetti" (vedi allegato). (...)

Commento L'esame reumatologico odierno risulta quindi praticamente normale in particolare per quanto riguarda un'alterazione funzionale della caviglia destra o del ginocchio destro. Le estese indagini radiologiche hanno messo in evidenza al ginocchio destro una condropatia retropatellare ed alla caviglia destra moderate alterazione involutive degenerative posttraumatiche della tibia-tarsica (MRI del 02.10.2001 per il ginocchio e del 25.06.2001 per la caviglia), patologie che però non trovano un riscontro clinico al di fuori di un piccolo scricchiolio articolare in sede retropatellare. Non è in particolare possibile ricondurre la sofferenza soggettiva del paziente, rispettivamente i punti dolorosi indicati nell'esame clinico alle minime alterazioni strutturali documentate. Persiste quindi una certa discrepanza tra l'intensità dei sintomi riferiti dal paziente e le constatazione oggettive tutto sommato normali all'apparato locomotorio, anche se l'esame si è svolto in maniera meno teatrale, rispettivamente dimostrativa di quanto descritto dai colleghi che hanno esaminato il paziente precedentemente (vedi i rapporti del medico circondariale della _____ , Dr. _____ e da ultimo anche valutazione reumatologica del Dr. _____, cit.). Dal lato reumatologico/ortopedico non sussistono elementi che potrebbero giustificare un'incapacità lavorativa qualsiasi né per il lavoro svolto né per un'altra attività adatta alle capacità manuali ed intellettuali del paziente. Questa affermazione combacia con la

valutazione finale del medico della _____ (suo rapporto del 03.12.2001 riguardante la visita circondariale del 19.10.2001). Anche il reumatologo Dr. _____ riferisce di uno stato clinico del tutto normale al momento della sua ultima valutazione del 18.12.2001. In contrasto con ciò ritiene comunque giustificata un'ulteriore incapacità lavorativa ("il paziente non è più in grado di svolgere un lavoro pesante e prevalentemente sui tetti") senza fornire le ragioni al di fuori di un'ipotetica problematica "prevalentemente psicosomatica" per la quale suggerisce una valutazione psichiatrica. Non sono competente per dare un giudizio in merito alle condizioni psichiche del paziente. Ricordo comunque che egli è già stato sottoposto ad una valutazione specialistica durante la riabilitazione nel Centro _____ di _____. Nel consulto psicosomatico non venne riscontrata nessuna malattia psichica (rapporto del 26.04.2001, cit.). (...) 3.- Grado di capacità lavorativa nella sua abituale professione, attuale e retroattivamente a decorrere dal 21.05.2001 Le condizioni attuali del paziente sono sovrapponibili alle constatazioni cliniche del Dr. _____, medico circondariale _____ quando considerò il paziente abile al lavoro in maniera normale a partire dal 21.05.2001, valutazione che condivido e che ritengo tuttora corretta. 4.- Grado di capacità lavorativa in altre attività più confacenti al suo stato di salute, da quando (anche retroattivamente), specificando il genere di attività con relative limitazione e caratteristiche Il paziente è da ritenere abile al lavoro in maniera normale per qualsiasi attività lucrativa consone alle sue capacità manuali ed intellettuali senza alcuna limitazione fisica." (cfr. doc. __, sottolineature del redattore) Infine, con rapporto del 4 marzo 2002, il Dr. med. _____, ha rilevato: " (...) Status: Il paziente cammina ora senza zoppia. L'atteggiamento non è più "teatrale" come il 18.12.2001. Diametro delle cosce 10 cm sopra la rotula 46 cm a destra, 47 cm a sinistra, Diametro della gamba 10 cm sotto la rotula 36 cm a destra, 37 cm a sinistra. Il ginocchio destro non mostra segni infiammatori, non vi è instabilità, nessun segno meniscale, Dolori alla fossa poplitea all'iperflessione. La caviglia destra non mostra segni infiammatori, non vi è instabilità. Dolori ai movimenti forzati in iperestensione, inversione e eversione. Dolore alla palpazione profonda del gluteus medius a destra, piramidale s.p., Sacroiliache s.p., La colonna lombare mostra una mobilità normale. Neurologia normale, Lasègue negativo. Discussione: Il signor _____ mostra dolori di tipo meccanico al ginocchio destro in presenza di modiche alterazioni degenerative (condromalacia della rotula e stato da meniscectomia parziale al menisco mediale il 30.11.2000) in parte secondarie a traumi. Vi sono inoltre dolori cronici alla caviglia destra che riguardano i movimenti dell'articolazione tibiotarsica e sottotalare, anch'essi in presenza di modiche alterazioni degenerative di natura posttraumatica (frattura del malleolo mediale il 25.11.1993, osteosintesi il 29,11,1993, asportazione del materiale di osteosintesi il 25.11.1995). Entrambi i dolori hanno attualmente un carattere ben definito, non sono costanti ma presenti solo in determinate situazioni. Vi è una insicurezza legata all'impressione di cedimento doloroso improvviso sia a livello del ginocchio che della caviglia. Un problema minore sono panvertebralgie comuni attualmente associate a un'irritazione del muscolo gluteus medius a destra. Si tratta di fenomeni secondari a una deambulazione disarmoniosa a causa della problematica all'arto inferiore destro. Vi è probabilmente inoltre una tendenza alla generalizzazione dei dolori nell'ambito di una sindrome da amplificazione di sintomi. Il paziente ha sviluppato poi progressivamente una sindrome depressiva attualmente presa a carico dal Dr. _____ del servizio _____, Contattato per telefono, il collega psichiatra reputa il paziente attualmente inabile al lavoro al 100% per qualunque attività dal profilo psichiatrico. Ho letto con attenzione il rapporto sulla visita di controllo del 29.1.2002 del Dr. _____,

reumatologo, per l'assicurazione _____. Il rapporto rispecchia la precedente valutazione del Dr. _____o, chirurgo ortopedico e medico della _____ del 19.10.2001. Nel rapporto del Dr. _____ vengono citate a livello del ginocchio destro la condropatia della rotula e lo stato da meniscectomia. A livello della caviglia destra viene descritta una minima artrosi tibio-talare secondaria. Condivido pienamente la valutazione espressa dai colleghi riguardo alla natura e entità delle lesioni a livello del ginocchio destro e della caviglia destra del signor _____. Ho però difficoltà nel convincermi che l'artrosi tibio-talare sia, come si afferma nel rapporto, clinicamente silente e che la condropatia patellare e lo stato da meniscectomia mediale non trovino riscontro clinico. Questa valutazione si riferisce probabilmente al fatto che lesioni di natura e entità analoga a quelle descritte al ginocchio e alla caviglia non sono nella maggior parte dei casi dolorose secondo l'esperienza comune. Vi sarebbe quindi una discrepanza tra l'entità di queste lesioni e i disturbi esternati dal paziente. Una discrepanza di questo tipo può essere osservata solo in tre situazioni: una problematica di tipo psicosomatico, un'aggravazione su base volontaria da parte del paziente o una valutazione incompleta da parte di chi la esprime. Nel rapporto citato viene messa in dubbio anche la presenza di una problematica di tipo psicosomatico. Per esclusione, se le lesioni riscontrate non avessero ragione di essere dolorose e se il dolore non fosse nemmeno spiegabile attraverso una problematica psicosomatica, non vedrei altra interpretazione di quanto si legge nel rapporto citato se non una supposta aggravazione volontaria. Anche di questo non riesco a convincermi. Il dr. _____, lo psichiatra che ha in cura il paziente ed io non condividiamo l'impressione che vi sia un'aggravazione su base volontaria. Secondo lo psichiatra è però presente una problematica di ordine psichiatrico, cioè una sindrome depressiva di importanza tale da giustificare attualmente una incapacità lavorativa totale. La problematica psichiatrica può contribuire e contribuisce probabilmente di fatto a generare e intrattenere un comportamento invalidante. Nonostante la presenza di una sindrome depressiva e di una sindrome da amplificazione di sintomi, ritengo però che i disturbi del paziente a livello del ginocchio destro e della caviglia destra siano compatibili con le lesioni riscontrate, pur in presenza di una sindrome da amplificazione di sintomi che rende estremamente difficile quantificare i diversi aspetti del problema. Si tratta infatti di dolori che insorgono in circostanze ben definite (camminare oltre 500 m, iperestensione della caviglia, iperflessione del ginocchio ecc.). Vi sono chiare misure per evitare i dolori. I dolori non hanno attualmente il carattere diffuso, variabile, senza misure in grado di lenire i dolori, senza chiari fattori scatenanti di una problematica prevalentemente psicosomatica. Ritengo quindi che, anche solo in caso di dubbio, i dolori dovrebbero essere creduti e dovrebbe essere accettato il loro ruolo limitante la capacità di lavoro in attività ragionevolmente inadatte perché pesanti (manovale) o pericolose (lavoro su tetti e impalcature). Ritengo che un paziente che ha subito una meniscectomia mediale e che ha una condropatia della rotula possa avere dolori al ginocchio legati ad attività particolarmente pesanti o a posizioni inadeguate come quelle che un carpentiere deve assumere su un tetto. Ritengo che modiche alterazioni degenerative posttraumatiche della caviglia possano essere molto dolorose in condizioni particolari, se un paziente è costretto a lunghi spostamenti, su terreni accidentati, se fa lavori pesanti in generale e soprattutto se deve mantenere posizioni precarie in iperestensione prolungata lavorando su un tetto. Ritengo inoltre sia pericoloso che un paziente con un'insicurezza legata a cedimenti dolorosi del ginocchio e della caviglia lavori su un tetto, dove potrebbe scivolare in qualunque momento procurandosi ulteriori lesioni. Non me la sentirei di mandare a lavorare sui tetti un carpentiere a cui cedono ripetutamente

il ginocchio e la caviglia. Capacità di lavoro: Dal punto di vista reumatologico, senza tenere conto della problematica psico-sociale, ritengo quindi il paziente definitivamente inabile al lavoro come manovale e come carpentiere. Ritengo invece il signor _____ senz'altro abile al lavoro a tempo pieno e con pieno rendimento in un'attività leggera e adatta.

L'assicurato dovrebbe quindi poter beneficiare di una riqualifica professionale non appena la situazione psichiatrica la permettesse." (cfr. doc. _) 2.4. Perché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutti i mali di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (cfr. Ulrich Meyer■Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 p. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa il TFA ha già avuto modo di evidenziare che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176, DTF 122 V 161, 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 p. 2; SZS 1988 p. 329 e 332; ZAK 1986 p. 189; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, p. 332). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV10, p. 33ss.), 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. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 p. 95). Per quel che riguarda il medico curante, infine, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tener conto del fatto che, in caso dubbio, egli attesta a favore del suo paziente (DTF 125 V 353 consid. 3a)cc), STFA del 27 dicembre 2001 nella causa P., I 603/01; cfr. U. Meyer■Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997 p. 230). 2.5. Nella presente fattispecie il TCA, visti i rapporti medici agli atti deve concludere, come sostenuto dalla _____, che all'insorgente dal 21 maggio 2001 al 10 febbraio 2002, giorno precedente l'inizio dell'erogazione delle indennità giornaliere per inabilità al lavoro dovuta a cause psichiche, non vanno versate ulteriori prestazioni assicurative, mentre dal 2 aprile 2001 al 20 maggio 2001 l'inabilità lavorativa era del 50%, dovuta ai soli postumi infortunistici per i quali la _____ non era tenuta a rispondere. Infatti i referti dei medici della Clinica di _____, Dr. med. _____, Assistenzarzt, Dr. med. _____, Oberarzt FMH Orthopädische Chirurgie e Dr. med. _____, Leitendere Arzt Orthopädische Chirurgie (doc. _), nonché del Dr. med. _____ e del medico fiduciario della Cassa, Dr. med. _____, appaiono completi e dettagliati, frutto di un approfondimento coscienzioso con la valutazione dell'anamnesi sia personale che sociale, con l'elencazione di dettagliati dati soggettivi di anamnesi attuale e relativi all'affezione, con la ponderata valutazione dei dati oggettivi a disposizione dei professionisti, la posa successiva della diagnosi precisa e la conseguente valutazione dell'incapacità lavorativa nei termini descritti. Non vi è dubbio che detti pareri medici,

specialistici, dettagliati ed approfonditi vanno ritenuti adempiere pienamente i criteri giurisprudenziali evidenziati in precedenza e vanno pienamente condivisi in questa sede. In particolare il medico fiduciario della Cassa, Dr. _____, rifacendosi pienamente alle valutazioni del medico fiduciario della _____, Dr. med. _____ afferma che il paziente è abile al lavoro in maniera completa a partire dal 21.05.2001 per qualsiasi attività lucrativa consone alle sue capacità manuali ed intellettuali senza alcuna limitazione fisica (doc. _). Nessun medico, eccetto il Dr. _____, rileva, per il periodo tra il 21 maggio 2001 e il 10 febbraio 2002, un'inabilità lavorativa dell'attore. Tutti i medici sono concordi nell'affermare che vi è una discrepanza tra i disturbi soggettivi e i reperti oggettivi e che vi è una componente psicogena probabile. Anche il Dr. _____, nello scritto del 10 dicembre 2001 (doc. _) afferma che per quanto riguarda le cause dei dolori del paziente, si tratta probabilmente di una " problematica multifattoriale in cui modiche alterazioni degenerative secondarie ai traumi subiti e altri problemi di tipo meccanico giocano un ruolo accanto ad una probabile sindrome da amplificazione di sintomi ." (doc. _) Ora, la componente psichiatrica ha dato luogo ad inabilità lavorativa unicamente a partire dall'11 febbraio 2002 (doc. _). La componente somatica invece non permette di concludere ad un'inabilità lavorativa dell'interessato nel periodo litigioso. Tutti gli approfonditi esami medici compiuti da professionisti indipendenti concludono per un'abilità totale dell'attore nella sua professione. Non vi sono elementi oggettivi che permettono di scostarsi da tali valutazioni, ritenuto come il Dr. _____, il dr. _____, il dr. _____, i medici della Clinica di riabilitazione di _____ rilevano che vi è una discrepanza tra i disturbi soggettivi e i reperti oggettivi e verosimilmente ci potrebbe essere un'aggravazione da parte del paziente stesso. Del resto, il Dr. _____ afferma in merito alla visita del 4 marzo 2002 che " l'atteggiamento (nдр: del paziente) non è più "teatrale" come il 18.12.2001.", ammettendo perlomeno implicitamente la possibilità di un aggravamento da parte dell'interessato. Il professionista ha pure indicato che vi è " una zoppia evidentemente dimostrativa, volontaria, incostante, del tutto eliminata facendolo camminare più rapidamente ." e suggerisce la presa a carico psichiatrica del caso (doc. _). Le affermazioni del Dr. _____, il quale asserisce che l'assicurato sarebbe inabile al lavoro in misura completa nell'attività attuale di manovale non trova alcun riscontro nelle convincenti ed accurate valutazioni degli altri medici che hanno visitato il paziente e che hanno stabilito che non vi è abilità lavorativa alcuna, perlomeno fino all'11 febbraio 2002, data a partire dalla quale la _____ ha ripreso a versare le prestazioni assicurative poiché è stato riscontrato un episodio depressivo di grado medio (doc. _). Va poi sottolineato che il Dr. _____, medico fiduciario della Cassa conclude anch'egli per l'abilità completa dell'attore nella propria professione di manovale (doc. _). Va a questo proposito rammentato che per la nuova LAMal, che regola la materia all'art. 57, " 4 Il medico di fiducia consiglia l'assicuratore su questioni d'ordine medico come pure su problemi relativi alla remunerazione e all'applicazione delle tariffe. Esamina in particolare se sono adempite le condizioni d'assunzione d'una prestazione da parte dell'assicuratore. 5 Il medico di fiducia decide autonomamente. Né l'assicuratore né il fornitore di prestazioni e le rispettive federazioni possono impartirgli istruzioni". La LAMal attribuisce quindi un ruolo importante al medico fiduciario rafforzato rispetto alla vecchia LAMI. Il medico fiduciario è divenuto un organo di applicazione dell'assicurazione malattia sociale e si occupa di valutare l'adeguatezza allo scopo e l'economicità di un trattamento (cfr. Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], p. 32-34). Il suo ruolo consiste in particolare nell'evitare agli assicuratori malattia la presa a carico di

misure inutili e nell'offrire all'assicurato una certa protezione contro un eventuale rifiuto ingiustificato dell'assicuratore di versare prestazioni (DTF 127 V 48 = STFA del 21 marzo 2001 nella causa V. K87/00 p. 4 consid. 2d e dottrina citata). Il medico fiduciario appare, nel caso concreto, indipendente nel suo esame della situazione ed ha motivato in maniera adeguata il suo parere. Del resto esso corrisponde alle valutazioni degli altri professionisti, rilevato come solo il Dr. med. _____, cui l'attore è stato inviato per un consulto dal medico curante Dr. med. _____, propende per un'inabilità completa. Va tuttavia rammentato che ancora recentemente il TFA ha affermato che per quanto concerne i certificati del medico curante il giudice può ritenere, in base alla generale esperienza della vita che quest'ultimo in caso di dubbio attesti a favore del paziente (STFA del 27 dicembre 2001 nella causa P., I 603/01). Neppure vi è motivo di dubitare delle convincenti conclusioni circa l'inabilità al lavoro al 50% dal 2 aprile 2001 cui sono giunti i medici della clinica di _____ ove l'attore ha soggiornato per un mese ed è dunque stato oggetto di curate e approfondite analisi. Alla luce di quanto evocato, ritenute le evidenze istruttorie, appare inutile procedere all'erezione di una perizia giudiziaria. Infatti, conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47, no. 63; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, IIa ed., pag. 274; Kummer, *Grundriss des Zivilprozessrechts*, 4a ed., pag. 135; Scartazzini, *Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale*, tesi Ginevra 1991, pag. 63; cfr. pure DTF 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e rinvii). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito (DTF 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c e rinvii). Nel caso concreto agli atti sono state acquisite informazioni dettagliate presso numerosi medici. Una perizia, le audizioni testimoniali o l'assunzione di altre prove non potrebbero portare nessun elemento di novità per la valutazione della fattispecie. Alla luce di quanto sopra esposto la petizione va parzialmente accolta per acquiescenza della Cassa, unicamente per quanto concerne il periodo dal 16 gennaio 2001 al 27 febbraio 2001. La _____ è pertanto condannata, per il periodo in oggetto, al versamento all'attore di indennità giornaliera al 50%. 2.6. Infine, l'attore richiede le ripetibili. Di regola, le ripetibili sono assegnate al ricorrente vincente in causa e rappresentato da un'organizzazione sindacale (DTF 122 V 278; STFA non pubblicata dell'8 luglio 1997 nella causa D., I 73/96 e STFA non pubblicata del 13 gennaio 2000 nella causa K.K., U 284/99 circa il diritto a ripetibili della persona cognita in materia) anche in assenza di una esplicita richiesta (DTF 118 V 139). Al proposito, il Tribunale Federale delle Assicurazioni, nella sentenza pubblicata in DTF 126 V 11, ha avuto occasione di ricordare che: " Dans un arrêt du 12 juillet 1996 (ATF 122 V 278), le Tribunal fédéral des assurances a changé sa jurisprudence en matière de droit aux dépens. Il a jugé qu'une partie représentée par l'Association suisse des invalides (ASI) et qui obtient gain de cause a droit à une indemnité de dépens, tant pour la procédure de recours fédérale (ATF 122 V 280 consid. 3e/aa) que pour la procédure cantonale (VSI 1997 p. 36 consid. 5). A cette occasion, la Cour de céans a laissé indécis le point de savoir si cette réglementation est applicable lorsque d'autres organismes offrent une représentation qualifiée aux assurés (ATF 122 V 280 consid. 3e/bb). Selon la jurisprudence, peuvent également prétendre des dépens les assurés qui sont représentés par le Service juridique de

la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés (SVR 1997 IV n° 110 p. 341), Pro infirmis (arrêt non publié K du 30 avril 1998), l'Union Helvetia (arrêt non publié B. du 3 février 1995), le Syndicat industrie et bâtiment (arrêt non publié S. du 18 octobre 1982), un médecin (consid. 7 non publié de l'arrêt ATF 122 V 230), la rédaction du Schweizerischer Beobachter (arrêt non publié H. du 15 février 1999), le Patronato INCA (arrêt non publié G. du 19 novembre 1998), CARITAS (arrêt non publié P. du 28 mai 1998), diverses communautés de travail de malades et d'invalides (consid. 4 non publié dans Praxis 1998 n° 59 p. 374; arrêts non publiés S. du 28 novembre 1989 et H. du 7 mars 1986), l'avocat d'une assurance de protection juridique (arrêt non publié H. du 27 janvier 1992), le Centro Consulenze (arrêt non publié F. du 6 avril 1990) et l'association Schweizerische Multiple Sklerose (arrêt non publié S. du 3 février 1999)." In applicazione della giurisprudenza citata e visto l'esito della procedura la Cassa verserà all'assicurato, rappresentato dall' _____, ripetibili parziali.

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