

## **TI\_GERICHTE 36.2011.73 vom 30. Juli 2012**

TI Tribunale d'appello, 2012-07-30, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2011.73](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2011.73)

FR: TI\_GERICHTE 36.2011.73 du 30 juillet 2012

IT: TI\_GERICHTE 36.2011.73 del 30 luglio 2012

### **Regeste**

Caduto in casa. Ricovero in reparto semiprivato che l'assicuratore non copre, perché attore ha abusato di alcol. Interpretazione della nozione di abuso. Non c'è stato esame del sangue. Foeor etilico non è sufficiente per concludere che infortunio è avvenuto a causa dell'abuso. Assicuratore assume i costi

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Cadute recidivanti nell'ambito di 2. con - attualmente: trauma facciale con frattura della parete laterale del seno mascellare sinistro con ematoseno, frattura della parete laterale dell'orbita sinistra, frattura dell'arco zigomatico sinistro (TAC cerebri, 26.12.2010); - recente frattura della branca ischio-pubica destra (27.10.2010).

#### **E. 2**

Abuso etilico cronico con - disturbi dell'equilibrio di origine multifattoriale: sindrome atassica di origine verosimilmente cerebellare, polineuropatia etiltossica; - atrofia sottocorticale diffusa, maggiormente in sede frontale (TAC cerebri, 16.9.2010); - steatosi epatica con sospetta impronta cirrotica di origine etiltossica CHILD B (7 punti) - ernia iatale, varici esofagei stadio I e gastrite del moncone gastrico (EGDS, 28.12.2010); - gastrite eritematosa, legatura del cordone delle varici esofagee (1.200).

#### **E. 3**

Cardiopatía ischemica ipertensiva con FRCV: tabagismo, dislipidemia, abuso etilico - stato dopo infarto posterolaterale (04.1993); - PTCA del RIVA e tentativo di ricanalizzazione dell'arteria circonflessa (07.1993); - infarto inferiore (09.1995) con ricanalizzazione ed impianto di Stent nella coronaria destra; - re-infarto (10.1995) per occlusione dello stent (lisi intravenosa senza successo seguita da intervento di by-pass coronarico con impianto di Graft venoso sul RIVA, Graft venoso sulla coronaria destra distale e sul grosso ramo della circonflessa il 05.10.1995); - esame coronaroangiografico del 29.12.2005 con by-pass pervi in presenza di lievi alterazioni parietali con funzione sistolica moderatamente ridotta dopo IMA infero-postero-laterale: FE 52%

#### **E. 3.2**

L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des

rappports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel." (...) Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Tali criteri di valutazione devono guidare il Tribunale Cantonale delle Assicurazioni anche nelle fattispecie rette dalla LCA, come quella qui in discussione. 2.9. La sera del 26 ottobre 2010, alle ore 22, alzandosi dalla poltrona per andare a dormire, l'attore è caduto per terra, provocandosi la frattura del bacino e dell'anca. Soccorso al proprio domicilio soltanto l'indomani, dove è stato trovato a letto assistito dalla moglie, l'ambulanza l'ha trasportato d'urgenza all'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, dove è stato operato per la frattura del ramo ischio-pubico destro del bacino. Dagli atti risulta che malgrado sia stata eseguita una serie di esami del sangue al paziente (doc. 7), tuttavia nessun esame specifico del tasso d'alcolemia è stato effettuato in occasione del suo ricovero del 27 ottobre 2010 al pronto soccorso. Questa circostanza è stata confermata dalla dottoressa che ha stilato tanto il rapporto di dimissione provvisorio il 30 novembre 2010 (doc. 11: ad 5), quanto il parere del 23 maggio 2012 (doc. XXIV/1) in risposta alle domande del Tribunale. Anche il responsabile del pronto soccorso dell'Ospedale di \_\_\_\_\_, dottor \_\_\_\_\_, ha rafforzato questa presa di posizione, precisando che l'esame dell'alcolemia viene eseguita a discrezione del medico presente in pronto soccorso e che, nel caso in esame, non è stato richiesto. Contrariamente all'opinione dell'assicuratore malattia, ma come d'avviso del dr. med. \_\_\_\_\_ e del medico curante dottor \_\_\_\_\_, anche il TCA ritiene che un semplice fetore etilico riscontrato ben 17 ore dopo la caduta non sia ancora sufficiente per sostenere che l'attore fosse sotto influsso etilico la sera in cui è caduto per terra nel suo appartamento, procurandosi la frattura del ramo ischio-pubico destro del bacino. Infatti, soltanto dei dati oggettivi di laboratorio, quali la specifica analisi del sangue, può comprovare che una persona abbia assunto dell'alcol, analisi che nel caso concreto, però, non è stata eseguita. Inoltre, la circostanza, ammessa dalle persone interpellate, che all'interessato fosse stato diagnosticato un abuso etilico cronico con conseguenze epatiche, non dimostra ancora che, proprio la sera del 26 ottobre 2010, AT 1 sia caduto per terra a causa dell'alcol che avrebbe ingerito. L'istruttoria non ha permesso di rendere preponderantemente verosimile un tale abuso, come detto il foetor etilico a se solo non bastando. Neppure i certificati medici concernenti i ricoveri passati e futuri dell'attore, dovuti a causa del decadimento delle sue condizioni generali su abuso di alcol, possono portare questo Tribunale a concludere, nemmeno secondo il principio della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali (DTF 129 V 56 consid. 2.4), che anche

l'infortunio occorso all'attore il 26 ottobre 2010 in casa propria sia stato (esclusivamente) cagionato dall'assunzione di alcol. L'assicuratore, che procede per mera deduzione "logica" sulla sola scorta dell'esposta valutazione dei fatti antecedenti e posteriori al giorno oggetto del contendere, non può essere seguito. L'analisi della situazione dell'assicurato, e quindi l'intera problematica, è complessa ed articolata. Pertanto, le indicazioni della dottoressa dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, che il 17 gennaio 2011 ha riferito al medico curante dello stato di salute dell'interessato in relazione al ricovero del 26 dicembre 2010 per un trauma facciale, rilevando che "Le cadute vengono interpretate sull'abuso etilico ripreso dal paziente e su dei disturbi multifattoriali dell'equilibrio" (doc. 15 pag. 2), non possono essere applicate, per semplice analogia, al caso di specie. Da quanto precede discende che le supposizioni dell'assicuratore malattia, secondo cui l'attore sarebbe stato (talmente) ubriaco tanto da non sentire dolore al momento della caduta dalla poltrona e tanto da non chiamare subito i soccorsi, ma di attendere ben 17 ore, in assenza di elementi oggettivi in questo senso, rimangono come tali delle mere supposizioni, alle quali il TCA non può dunque allinearsi in virtù del principio della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali. D'avviso di questo Tribunale, i dati raccolti non sono in effetti sufficienti per ammettere che l'evento del 26 ottobre 2010 sia stato causato da situazione di abuso di alcolici da parte dell'attore. Non va dimenticato che, a differenza del caso già trattato dal TCA con CV 1 quale controparte (36.2010.56), nella fattispecie nessuna specifica analisi del sangue è stata eseguita per la determinazione del tasso alcolemico in assenza di sufficienti elementi (diagnostici e terapeutici) per procedervi, ciò anche alla luce del fatto che l'attore era perfettamente orientato nel tempo e nello spazio e reagiva conformemente a quanto ci si poteva attendere in tale situazione. Non è reso verosimile che l'attore abbia superato il limite legale consentito nell'ambito della circolazione stradale che, come visto, può essere qui ritenuto quale linea guida per determinare quando vi è un abuso di alcol e neppure che l'attore fosse sotto l'influsso di alcol e che a ciò l'infortunio sia riconducibile. Il semplice fetore etilico annotato nella cartella medica, come detto, non è sufficiente per concludere ad un abuso di alcol nel senso delle considerazioni suesposte in merito all'analisi dell'art. 4 CGA. Va ribadito che, al momento del ricovero al pronto soccorso, l'interessato era lucido, orientato e collaborante, ciò che relativizza molto il foetor rilevato dal medico. Di nessun rilievo, ai fini del giudizio, la disquisizione delle parti in merito alla soglia del dolore di fronte ad una frattura importante come quella del ramo ischio-pubico del bacino, l'assicuratore convenuto ritiene che, per forza di cose, l'attore fosse sotto l'influsso di alcol se ha atteso oltre 17 ore prima di chiamare l'ambulanza, poiché i suoi dolori erano calmierati dai fumi dell'alcol. L'assicurato è invece dell'opinione che il dolore è soggettivo. Questo Tribunale osserva in proposito unicamente che la cartella clinica dell'attore (doc. 2), al momento della prima valutazione effettuata dai soccorritori intervenuti con l'ambulanza, indica che il dolore all'anca destra era di 3 su una scala massima di 10, mentre alla valutazione finale il dolore era diminuito a 1 su 10. È soltanto durante la mobilitazione che (comprensibilmente) il dolore è aumentato a 10. 2.10. Come già osservato nelle considerazioni che precedono, i medici che hanno avuto in cura l'assicurato hanno evidenziato che quest'ultimo soffriva pure di disturbi dell'equilibrio di origine multifattoriale. Il dr. med. \_\_\_\_\_, responsabile del Pronto Soccorso dell'\_\_\_\_\_, ha specificato che i "disturbi dell'equilibrio alla base delle cadute (...) derivano in buona parte dall'abuso etilico cronico, nel senso che l'alcol ha avuto un effetto degenerativo sulle cellule nervose (...) è lecito supporre che già allora [ndr: nel 2009] i disturbi di coordinazione e di equilibrio fossero presenti, anche se eventualmente in forma

minore. (...) Quindi, per concludere, non possiamo scindere in modo categorico i disturbi dell'equilibrio e il problema dell'alcool: l'alcool, assunto in modo cronico, favorisce una degenerazione delle cellule nervose che porta a una marcia scoordinata e a disturbi dell'equilibrio, i disturbi dell'equilibrio portano a cadute recidivanti, le cadute recidivanti a traumi cranici, i traumi cranici a peggiorare la situazione già precaria a livello cerebrale. " (doc. XXIV). In occasione del successivo ricovero del 26 dicembre 2010, la dr.ssa med. \_\_\_\_\_ dell'Ospedale di \_\_\_\_\_ ha ritenuto che " Le cadute vengono interpretate sull'abuso etilico ripreso dal paziente e su dei disturbi multifattoriali dell'equilibrio (sindrome atassica cerebellare e polineuropatia periferica di origine etiltossica). " (doc. 15 pag. 2). Lo stesso medico curante ha diagnosticato che nel 2010 l'attore soffriva di atassia cerebellare con disturbo dell'equilibrio. Infatti, a precisa domanda del Tribunale se nel 2010 l'assicurato soffriva di disturbi dell'equilibrio e quale ne fosse l'origine, il dr. \_\_\_\_\_ ha risposto positivamente, specificando che l'origine di questi disturbi dell'equilibrio era multifattoriale: abuso etilico cronico e malattia vascolare. Per quanto concerne le cadute dell'interessato avvenute nel 2009, nel 2010 e nel 2011, il medico curante ha affermato che senza un esame che accerti il tasso di alcolemia, la causa delle cadute non può essere unicamente dovuta ad un abuso etilico acuto, mentre può essere dovuta al noto disturbo dell'equilibrio. Il TCA osserva che il medico curante, che vede il suo paziente soprattutto in fase di esacerbazione di una patologia, raggiunge facilmente una diversa impressione circa la gravità del danno alla salute rispetto a quella che può farsi un perito che non incentra il proprio esame principalmente sulle esigenze terapeutiche in un determinato momento (STF 9C\_605/2008 del 2 giugno 2009, consid. 3.2.5; STF I 514/06 del 25 maggio 2007, consid. 2.2.1). Ciò nonostante i certificati medici e le considerazioni del curante trovano conforto nelle attestazioni degli altri medici intervenuti (Dr. \_\_\_\_\_, Dr. \_\_\_\_\_). Alla luce di questo Tribunale ritiene che i disturbi dell'equilibrio originati da più fattori potrebbero essere la causa della caduta dell'attore il 26 ottobre 2010 e della conseguente frattura del ramo ischio-pubico. Non è invece dimostrato dall'assicuratore, secondo il principio della verosimiglianza preponderante, che l'evento (caduta) ha trovato nell'abuso etilico la sua causa. 2.11. Visto quanto precede l'assicuratore convenuto deve rimborsare all'attore il costo della degenza ospedaliera in camera semi-privata dal 9 novembre al 23 novembre 2010 presso la Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_. Su questo punto la petizione deve dunque essere accolta senza carico di tasse e spese. 2.12. Resta ancora da esaminare la richiesta dell'attore di condannare l'assicuratore a farsi carico della differenza di costo di Fr. 425.- per il trasporto in ambulanza del 27 ottobre 2010 in virtù della sua copertura complementare per le cure \_\_\_\_\_, avendo l'assicurazione malattia obbligatoria legalmente riconosciuto (solo) il 50% del costo totale di Fr. 850.-. La polizza assicurativa del 5 novembre 2009 (doc. 1A) prevede anche la copertura per l'assicurazione delle cure \_\_\_\_\_, che fa riferimento sia alle CGA del 2004, sia alle Condizioni \_\_\_\_\_, Edizione 01.2008, consultabili sul sito internet dell'assicuratore malattia. L'art. 1 C\_\_\_\_\_ concernente il contratto, lo scopo e le varianti assicurative, prevede che l'assicuratore versa le prestazioni, elencate nella tabella sottostante, prescritte da un medico che non sono coperte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. L'art. 3 C\_\_\_\_\_ specifica anche quali siano le prestazioni assunte dalla copertura per le cure \_\_\_\_\_ e, per quanto concerne i costi di trasporto/costi di salvataggio, riconosce Fr. 2000.- per anno civile per trasporti d'emergenza necessari per ragioni mediche fino al prossimo medico o al più vicino ospedale. In queste circostanze, l'assicuratore malattia non si può sottrarre al suo obbligo di riconoscere all'attore, sulla scorta dell'art. 3 C\_\_\_\_\_

della copertura complementare \_\_\_\_\_, la differenza del costo del trasporto in ambulanza non coperta dalla LAMal, fino ad un massimo di Fr. 2'000.- all'anno. Più concretamente, CV 1 si deve assumere il pagamento della fattura n. \_\_\_\_\_ del 28 ottobre 2010 (doc. A3) del \_\_\_\_\_ di Fr. 425.- posta a carico dell'assicurato per la parte non coperta dall'assicurazione malattia obbligatoria di base, non essendo ostacolato dall'art. 4 CGA che, occorre qui ribadirlo, non è applicabile alla degenza dal 9 al 23 novembre 2010 nel reparto semi-privato presso la Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_. Anche su questo punto, la petizione dell'attore deve pertanto essere accolta. Malgrado sia vincente in causa, poiché non è patrocinato da un legale non sono concesse delle indennità per ripetibili all'attore (art. 30 LPTCA). 2.13. Il valore di causa è rappresentato dalla somma risultante dalla pretesa dell'attore di annullare sia i costi di Fr. 4'114,75 posti a suo carico a dipendenza della degenza in reparto semi-privato dal 9 al 23 novembre 2010, sia quelli della fattura dell'ambulanza di Fr. 425.-. L'importo di Fr. 30'000.- per potere inoltrare un ricorso in materia civile al Tribunale federale in funzione del valore litigioso non è manifestamente raggiunto (art. 74 cpv. 1 lett. b LTF). Secondo l'art. 49 cpv. 2 LSA, i tribunali svizzeri devono trasmettere gratuitamente all'autorità di sorveglianza una copia di tutte le sentenze concernenti disposizioni del diritto in materia di contratto d'assicurazione; s'impone perciò di notificare all'autorità di sorveglianza anche la presente sentenza in forma elettronica e senza il nominativo dell'attore.

#### **E. 4**

posa di stent endovascolare (20.06.2006) per aneurisma aorta addominale infrarenale, con - attualmente: alterazione del flusso peri-protetico (eco addome, 03.01.2011). Valutazione, decorso e procedere Ad 1-2. Confrontati con una difficile ricostruzione anamnestica, con cadute recidivanti, episodi di vomito e probabile ematemesi (riferito dalla moglie), eseguiamo una TAC cerebrale, che non evidenzia segni per lesioni traumatiche intra-craniche, mostrando però le fratture sopradescritte. La frattura dell'orbita, in assenza di disturbi della mobilità bulbare, viene trattata conservativamente come da consulto con l'otorinolaringoiatra (...). Le cadute vengono interpretate sull'abuso etilico ripreso dal paziente e su dei disturbi multifattoriali dell'equilibrio (sindrome atassica cerebellare e polineuropatia periferica di origine etiltossica). Non potendo escludere quale causa delle cadute una crisi epilettica con incipiente sindrome da astinenza, proseguiamo con una sostituzione vitaminica, una terapia con benzodiazepine ed eseguiamo un EEG (28.12.2010), che mostra una diffusa attività beta, in assenza di focolai epilettogeni (...). A causa di una probabile ematemesi eseguiamo inoltre una gastroscopia, che evidenzia una gastrite del moncone e varici esofagee stadio I, senza segni per un sanguinamento attivo. A tal proposito manteniamo la terapia con inibitori della pompa protonica e la terapia beta-bloccante in profilassi di sanguinamento delle varici esofagee. Per quanto riguarda la sospetta cirrosi epatica controlliamo l' $\alpha$ -fetoproteina, che risulta nei limiti della norma e ad una sonografia addominale non si riscontrano lesioni focali a carico del parenchima epatico. Il decorso clinico risulta favorevole e il paziente, motivato ad un'astinenza di bevande alcoliche, accetta un colloquio con la Sig.ra \_\_\_\_\_, consulente di \_\_\_\_\_ e viene quindi stabilita una convalescenza presso la Clinica \_\_\_\_\_ con successiva degenza presso la struttura di \_\_\_\_\_, per programma di terapia disintossicante (...).". In merito alla degenza dal 26 dicembre 2010 al 7 gennaio 2011, l'assicuratore malattia ha chiesto il 23 febbraio 2011 (doc. 18) all'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ di indicare la diagnosi principale e collaterale, di specificare se si tratta di un abuso di alcol, di dire se il paziente era sotto l'influsso di alcol al momento dell'entrata e di comunicare il tasso di

alcolemia. Il 4 marzo 2011 (doc. 18) il medico di fiducia dell'assicuratore ha ricevuto di ritorno la sua stessa lettera, con la risposta crociata sul "sì" per la quarta domanda e con l'indicazione scritta a mano, per l'ultima domanda, che il tasso di alcolemia era di 0,68 g/l.

2.7. Stanti i certificati esposti, in assenza, quindi, di documentazione specifica e, soprattutto, sufficiente in merito all'evento qui in discussione, ossia la caduta del 26 ottobre 2010, il Tribunale ha interpellato sia il medico curante dell'attore (doc. XXII), sia il nosocomio in cui egli è stato ricoverato il 27 ottobre 2010 (doc. XXIII). Al dr. med. \_\_\_\_\_, FMH medicina interna, il 14 maggio 2012 (doc. XXII) il TCA ha chiesto quanto segue: " 1. Da quanti anni è il medico curante di AT 1? 2. Quale diagnosi ha posto del suo paziente nel 2009 , nel 2010 rispettivamente nel 2011 ? 3. Nell'ambito di alcuni ricoveri dell'assicurato che hanno avuto luogo nel 2009 , i medici curanti di allora hanno posto (anche) la diagnosi di "decadimento delle condizioni generali su abuso di alcol". Sulla scorta dei suoi dati e delle sue personali constatazioni, questa valutazione è corretta? Soprattutto, si può dire che essa era valida pure a fine 2010 , quando AT 1, il 26 ottobre 2010 , è caduto a casa procurandosi la frattura del ramo ischio-pubico destro? 4. Già nel 2009 gli stessi medici hanno attestato un abuso etilico cronico del suo paziente. Gli ha prescritto una terapia per contrastare questa malattia? Se sì, quale? AT 1 assumeva dei farmaci contro l'alcolismo, in particolare anche a fine 2010 ? Se sì, quali? Con quali conseguenze sul suo stato di salute? 5. Le risulta che AT 1 soffrisse di disturbi dell'equilibrio nel 2010 ? Quale era, a suo dire, l'origine di questi disturbi? Potevano essere associati all'abuso etilico cronico o v'erano altre cause? 6. Il Tribunale è al corrente che tanto nel 2009 quanto nel 2011 , oltre che nel 2010 , anno oggetto della causa in esame, AT 1 ha avuto delle cadute recidivanti, che hanno avuto quali conseguenze, per esempio, la frattura del ramo ischio-pubico destro (ottobre 2010) ed un trauma facciale (dicembre 2010). A suo dire, qual è stata la causa di queste numerose cadute? Può essere ricondotta all'abuso etilico cronico o piuttosto ai disturbi dell'equilibrio o ad altro? Ci interessa, in particolare, la sua opinione riguardo all'evento del 26 ottobre 2010." Il 26 maggio 2012 (doc. XXV) il dottor \_\_\_\_\_ ha risposto così: " 1) Sono medico curante del sig. AT 1 dal 01.03.2001 2) Diagnosi 2009: a) Epatopatia con steatosi epatica su abuso cronico di OH b) Varici esofagee grado I c) Ricaduta sindrome depressiva Diagnosi 2010: a) Lieve polineuropatia arti inferiori b) Atassia cerebellare con disturbo dell'equilibrio c) Frattura ramo ischio-pubico dx del bacino d) Alterazioni cerebro-vascolari con atrofia corticale e sottocorticale cerebrale e) Frattura parietale laterale seno mascellare sin. f) Frattura parete laterale orbita destra g) Frattura arco zigomatico sinistro Diagnosi 2011: a) Dislocazione caudale protesi endo-aortica b) Capsulite retrattile entrambe le spalle c) Tenosinovite flessori pollice dx 3) La diagnosi di decadimento delle condizioni generali è corretta; sull'abuso di alcol non è corretto poiché l'origine è multifattoriale: - sociale (divorziato, vive solo) - stato depressivo grave Si può quindi dire che le condizioni generali erano decadute su base multifattoriale (vedi sopra) alla fine del 2010, quando il sig. AT 1 si frattura il ramo ischio-pubico. 4) Venne ricoverato a 2 riprese all'ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ per terapia disintossicante da alcol. A fine 2010 non assume alcun farmaco contro l'alcolismo. 5) Il sig. AT 1 soffre di disturbi dell'equilibrio. Nel 2010 l'origine era multifattoriale: abuso etilico cronico e malattia vascolare. 6) La causa delle cadute se non si è fatta un'alcolemia al momento dei due ricoveri (ottobre 2010 e dicembre 2010) non può essere unicamente dovuta ad un abuso etilico acuto, mentre può essere dovuta al noto disturbo dell'equilibrio. Questo vale sia per l'evento di ottobre che per quello di dicembre." All'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ il TCA ha dapprima chiesto, sempre il 14 maggio 2012 (doc.

XXIII), di produrre la cartella medica dell'attore e poi ha affermato quanto segue: " (...) Inoltre, per quanto concerne le analisi del sangue che avete effettuato il giorno stesso del ricovero e che avete trasmesso per fax l'11 novembre 2010 all'assicuratore malattia del paziente, vi chiedo per cortesia di indicare se, dalle stesse, è possibile stabilire se l'assicurato assumesse dei farmaci atti a contrastare un abuso etilico cronico, rispettivamente se dai valori risultanti dalle analisi risulti che vi fosse (in atto) un abuso d'alcol. Vi informo che, a specifica domanda del 17 novembre 2010 di CV 1 in merito allo stato di salute dell'assicurato al momento del suo ricovero, alla domanda " Si tratta di un abuso di alcool? ", la dr.ssa \_\_\_\_\_, medico di reparto, ha risposto " probabilmente sì, al momento della visita in PS era presente fetor etilico. ". Tuttavia, alla successiva domanda dell'assicuratore malattia a sapere se " Al momento dell'entrata il paziente era sotto influsso di alcool? Sì/No ", la dottoressa ha risposto di " no ". Quanto all' " Indicazione del tasso d'alcoolemia ", il medico ha affermato che " non è stata eseguito un'alcoolemia. ". Potete per cortesia chiarire questa (apparente) discrepanza nelle risposte, e meglio se AT 1 era o non era sotto influsso di alcol al momento del suo ricovero al pronto soccorso dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_? Inoltre, se il suo stato di salute era tale da essere presente " fetor etilico ", perché non gli è stato riscontrato, nell'esame del sangue, il tasso alcolemico, come, per contro, è stato eseguito nel ricovero successivo del dicembre 2010? Già nel 2009 i medici curanti dell'assicurato hanno attestato un abuso etilico cronico. Vi risulta che AT 1 soffrisse di disturbi dell'equilibrio nel 2010 ? Quale era, a vostro dire, l'origine di questi disturbi? Potevano essere associati all'abuso etilico cronico o v'erano altre cause? Il Tribunale è al corrente che tanto nel 2009 quanto nel 2011 , oltre che nel 2010 , anno oggetto della causa in esame, AT 1 ha avuto delle cadute recidivanti, che hanno avuto quali conseguenze, per esempio, la frattura del ramo ischio-pubico destro (ottobre 2010) ed un trauma facciale (dicembre 2010). Per questi ultimi due episodi l'assicurato è stato ricoverato presso l'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_. A vostro dire, alla luce, anche, del vostro rapporto del 17 gennaio 2011, qual è stata la causa di queste numerose cadute? Può essere ricondotta all'abuso etilico cronico o piuttosto ai disturbi dell'equilibrio o ad altro? Ci interessa, in particolare, la vostra opinione specialistica riguardo all'evento del 26 ottobre 2010." Il 23 maggio 2012 (doc. XXIV/1) la dr.ssa med. \_\_\_\_\_, medico ospedaliero, si è pronunciata sulle osservazioni del TCA: " Dalla cartella medica risulta effettivamente che all'entrata in ospedale del paziente si è riscontrato clinicamente la presenza di un foetor etilico ma non necessariamente questo vuol dire che il paziente era sotto l'influsso di alcool infatti il signor AT 1 era lucido, orientato e collaborante. Inoltre non abbiamo eseguito un tasso dell'alcoolemia in PS perché tale risultato era comunque ininfluenza sul procedere diagnostico e terapeutico riguardante la diagnosi principale del ricovero. Ricordo che comunque il dosaggio dell'alcoolemia non è un esame di routine che si esegue ogniqualevolta si ha il riscontro di un foetor etilico." Il dr. med. \_\_\_\_\_, responsabile del pronto soccorso, in pari data ha preso posizione sulle citate domande (doc. XXIV): " Mi permetto di esplicitare alcune aggiunte alla lettera della collega \_\_\_\_\_ in risposta alla sua raccomandata del 14 maggio 2012. Ho per questo ricontrollato la documentazione in nostro possesso fin dal 2006, riguardante i ricoveri presso il nostro ospedale o quello di \_\_\_\_\_. In queste degenze viene diagnosticato un abuso etilico cronico con conseguenze epatiche, mentre mai ci risulta una terapia farmacologica atta a contrastare l'abuso (tipo Antabus). Come specificato dalla Dr.ssa \_\_\_\_\_, l'alcoolemia viene eseguita a discrezione del medico presente in pronto soccorso, e nel caso dell'infortunio del 26 ottobre 2010 non è stata richiesta. Il fatto che in cartella venga segnalato un fetore etilico

non è evidentemente sufficiente, in assenza di un dato oggettivo di laboratorio, per sostenere che il Signor AT 1 allora fosse sotto influsso etilico. Infine, a riguardo dei disturbi dell'equilibrio alla base delle cadute, desidero specificare che gli stessi si sono istaurati nel corso degli anni e derivano in buona parte dall'abuso etilico cronico, nel senso che l'alcol ha avuto un effetto degenerativo sulle cellule nervose, sia cerebrali a livello del cervelletto, sia su quelle periferiche (polineuropatia etiltossica). Benché non specificato espressamente nella cartella del 2009, è lecito pure supporre che già allora i disturbi di coordinazione e di equilibrio fossero presenti, anche se eventualmente in forma minore. Poiché è presente una sindrome atassica di tipo cerebellare, è lecito pure supporre che la stessa sia stata favorita dalle cadute recidivanti e da ripetuti traumi cranici. Quindi, per concludere, non possiamo scindere in modo categorico i disturbi dell'equilibrio e il problema dell'alcool: l'alcool, assunto in modo cronico, favorisce una degenerazione delle cellule nervose che porta a una marcia scoordinata e a disturbi dell'equilibrio, i disturbi dell'equilibrio portano a cadute recidivanti, le cadute recidivanti a traumi cranici, i traumi cranici a peggiorare la situazione già precaria a livello celebrale." . 2.8. Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser , Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123) , bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, l'allora TFA (dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale) 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, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher , Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, pag. 332). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la 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 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007 ). Occorre ancora evidenziare che il TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " (...)

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