

TI_GERICHTE 41.2014.1 vom 6. August 2014

TI Tribunale d'appello, 2014-08-06, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_41.2014.1

FR: TI_GERICHTE 41.2014.1 du 6 août 2014

IT: TI_GERICHTE 41.2014.1 del 6 agosto 2014

Regeste

Infortunio alla schiena fuori servizio. Esclusa responsabilità ex 5 LAM: non provato che il cedimento al ginocchio sia un danno collaterale dell'affezione alle ginocchia assunta dall'assicurazione militare e che tale cedimento sia all'origine del male di schiena. Neppure responsabilità ex 6 LAM

Erwägungen

E. 5

cpv. 2 LAM). L'assicurazione militare, se fornisce la prova prevista al capoverso 2 lettera a ma non quella menzionata al capoverso 2 lettera b, risponde dell'aggravamento dell'affezione. La prova prevista al capoverso 2 lettera b vale anche per il calcolo dell'affezione assicurata (art. 5 cpv. 3 LAM). Nelle situazioni di fatto contemplate dall'art. 5 LAM, il cui tenore è rimasto invariato a seguito dell'entrata in vigore al 1° gennaio 2003 della Legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA; RS 830.1), la responsabilità dell'assicurazione militare si fonda sul cosiddetto principio della contemporaneità (DTF 111 V 372). La predetta disposizione legale trae infatti dalla contemporaneità della manifestazione (e dell'annuncio o dell'accertamento) di un'affezione con il servizio militare, la conclusione della responsabilità dell'assicurazione. Senza tener conto di una relazione causale, la responsabilità è, quindi, data soltanto in virtù di un mero criterio temporale (Mäschi, Kommentar zum Bundesgesetz über die Militärversicherung (MVG), Berna 2000, ad art. 5, pag. 83, N. 13). Nelle eventualità previste dall'art. 5 LAM, il nesso di causalità adeguata fra l'affezione e le influenze subite durante il servizio militare è, secondo giurisprudenza, presunto (DTF 123 V 138, 111 V 373; Scartazzini, Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale, tesi Ginevra 1991, pag. 284). La presunzione dell'esistenza del succitato rapporto di causalità adeguata può tuttavia venir rovesciata fornendo la prova certa dell'assenza di un tale nesso (Steger-Bruhin, Die Haftungsgrundsätze der Militärversicherung, Zurigo 1996, pag. 71). Secondo il TFA, la nozione di certezza non va compresa in un senso teorico e scientifico, bensì nella sua accezione empirica. La prova della certezza si considera pertanto raggiunta se è stabilito che, secondo l'esperienza medica, l'influenza di fattori legati al servizio militare è praticamente esclusa (DTF 111 V 146, 105 V 230; Scartazzini, op. cit., pag. 286). Ne deriva che, nella suindicata ipotesi di cui all'art. 5 cpv. 2 lett. b LAM, la responsabilità dell'assicurazione militare perdura soltanto fintanto che l'aggravamento dell'affezione preesistente non è certamente eliminato, presupposto che è adempiuto qualora l'assicurato raggiunga lo "status quo ante" (ossia lo stato di salute paragonabile a quello esistente immediatamente prima dell'infortunio) oppure lo "status quo sine" (ossia lo stato di salute che, prima o poi, secondo l'evoluzione ordinaria, sarebbe sopraggiunto anche senza l'infortunio stesso; cfr. DTF 123 V 138 consid. 3, 111 V 146 consid. 4 in initio, 105 V 230

consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. inoltre RAMI 1992 no. U 142 pag. 75 consid. 4b e riferimenti). 2.3. Va ricordato che l'art. 6 LAM (anch'esso rimasto invariato a seguito dell'entrata in vigore della LPGA) statuisce che se l'affezione è accertata solo dopo il servizio da un medico, un dentista o un chiropratico e annunciata in seguito all'assicurazione militare, oppure se sono invocati postumi tardivi o una ricaduta, l'assicurazione militare risponde soltanto se, con probabilità preponderante, l'affezione è stata causata o aggravata durante il servizio oppure soltanto se è stabilito con probabilità preponderante che si tratta di postumi tardivi o della ricaduta di un'affezione assicurata. Al riguardo va fatto presente che, conformemente alla giurisprudenza federale, si parla di ricaduta quando una malattia, apparentemente guarita, riappare in modo tale da richiedere cure mediche e da provocare, eventualmente, un'incapacità lavorativa. Si tratta di postumo tardivo allorché un'affezione, dopo un lungo periodo, porta ad un quadro clinico o ad un'affezione completamente diversa (DTF 123 V 138). Affinché un'affezione annunciata come ricaduta o come postumi tardivi di un danno assicurato sia assunta dall'assicurazione militare dev'essere accertato con probabilità preponderante che i disturbi si trovano in relazione causale con l'evento assicurato (DTF 111 V 374 consid. 2b; Mäschi, op. cit., ad art. 6, N. 17 pag. 96). Questo presupposto è da considerarsi adempiuto qualora si possa ammettere che, senza l'evento infortunistico, il danno alla salute non si sarebbe potuto verificare o non si sarebbe verificato nello stesso modo. Non occorre, invece, che l'infortunio sia stato la sola o immediata causa del danno alla salute; è sufficiente che l'evento, se del caso unitamente ad altri fattori, abbia comunque provocato un danno all'integrità corporale o psichica dell'assicurato, vale a dire che l'evento appaia come una condizione sine qua non del danno. Quanto alla prova dell'esistenza di un nesso causale tra i disturbi accusati e l'evento assicurato essa deve essere portata dall'assicurato (Mäschi, op. cit., ad art. 6, N. 18 pag. 96). Ne discende che ove l'esistenza di un nesso di causalità tra infortunio e danno sia possibile ma non possa essere reputata probabile, il diritto a prestazioni derivato dall'infortunio assicurato dev'essere negato (DTF 117 V 360 consid. 4a e sentenze ivi citate). 2.4. Nella fattispecie in esame, il 29 luglio 2011, nel rapporto informativo complementare alla notifica del 1. luglio 2011, il dr. _____, FMH in medicina generale, al punto 9. "decorso" ha indicato che "(...) il 9.7.11 scivola su un pendio e picchia la schiena in quanto ha ceduto il ginocchio dx (...)" attestando un'inabilità lavorativa del 100% dal 9 luglio al 15 agosto 2011 (doc. 35). Lo stesso sanitario, nel riannuncio del 1. luglio 2011 – ritenuta la diagnosi di "(...) stato da contusione ginocchia bilaterale 19.4.2007 (...)" (doc. 34) – non aveva invece attestato alcuna inabilità lavorativa. In simili circostanze si deve concludere che l'inabilità lavorativa dal 9 luglio al 15 agosto 2011 è riconducibile agli effetti alla schiena del nuovo evento del 9 luglio 2011 e non invece allo "(...) Stato da contusione ginocchia bilaterale nel 2007 (...)" per il quale l'CO 1 ha riconosciuto la propria responsabilità ex art. 5 LAM (cfr. doc. 101 e consid. 1.2). In questo senso anche il medico della CO 1, dr. _____, nella nuova valutazione medico-assicurativa del 12 novembre 2012, ha concluso che "(...) pur trattandosi della stessa affezione (=identità dell'affezione), dal lato strettamente medico-assicurativo, il riannuncio del dr. med. _____ del 01.07.2011 certifica unicamente la presenza di una sintomatologia dolorosa, che, a mio modesto parere, non giustifica la successiva inabilità lavorativa certificata solo a partire dal 09.07.2011 a causa di un nuovo evento ovvero appunto quello del 09.07.2011 (...)" (doc. 97, pag. 4). L'assicurato sostiene che l'affezione "(...) Stato da contusione ginocchia bilaterale nel 2007 (...)" avrebbe avuto quale effetto collaterale "(...) anche quello di causare il cedimento delle ginocchia (e in particolare del

ginocchio destro) (...)” (I, pag. 4) e pertanto – visto che l’evento del 9 luglio 2011 è stato causato da un cedimento del ginocchio destro – l’ CO 1 dovrebbe rispondere ex art. 5 LAM anche per gli effetti dell’infortunio del 9 luglio 2011. Le conclusioni dell’assicurato non possono essere confermate da questo Tribunale per le seguenti ragioni. Il dr. _____, allora capo clinica del servizio di chirurgia ortopedica e traumatologia dell’apparato locomotore dell’Ospedale regionale di _____, nel rapporto del 26 luglio 2007, ha così descritto l’esame clinico: “(...) non osservo zoppia né segni meniscali. L’arco di movimento è completo. Assenza di lassità patologica. Non vi sono dei dolori palpatori. Crepitazione retro-rotulea bilaterale, con scricchiolio udibile. (...)” (doc. 27, la sottolineatura è del redattore). Dal canto suo il dr. _____, nella visita medica del 31 luglio 2007, con riferimento allo status dell’assicurato, ha, tra l’altro, evidenziato: “(...) Ginocchia: stabili, asciutte. A destra: Zohlen test nettamente positivo, con scroscii udibili alla mobilizzazione; a sinistra: Mc Murray positivo al menisco mediale. Muscolatura quadricipite bilateralmente: normotonica-trofica. (...)” (doc. 28, la sottolineatura è del redattore). Il dr. _____, nel rapporto del 29 agosto 2007, ha certificato che “(...) il paziente presenta solo dolori sotto sforzo al ginocchio sinistro (...)” (doc. 32, la sottolineatura è del redattore) e pronosticato una capacità lavorativa del 100% dal 1. settembre 2007. Sempre il dr. _____, nel rapporto del 30 marzo 2012, ha, in particolare, osservato che “(...) clinicamente non posso altro che confermare una problematica algica in sede femoro-rotulea senza versamento articolare né indizio d’instabilità. (...)” (doc. 81, la sottolineatura è del redattore). Le succitate risultanze mediche “(...) assenza di lassità patologica (...)”, “(...) ginocchia stabili (...)”, “(...) solo dolori sotto sforzo (...)” e “(...) senza [...] indizio d’instabilità (...)” non parlano a favore di possibili cedimenti del ginocchio destro e/o delle ginocchia. Nemmeno è possibile concludere diversamente per il solo fatto che il dr. _____ – interpellato dall’avv. _____ e oltretutto contraddicendosi – nello scritto del 4 febbraio 2013 abbia concluso in modo del tutto generico che “(...) dalla descrizione dell’anamnesi e della situazione clinica del paziente, si può dedurre con ragionevole probabilità, che i cedimenti del ginocchio dx siano dovuti alla problematica del ginocchio. (...)” (doc. 103). Lo stesso vale anche avuto riguardo alle conclusioni del dr. _____, FMH in chirurgia ortopedica, che – dopo aver indicato, nel rapporto di consultazione del 24 giugno 2013, circa lo stato clinico, che “(...) Le morphotype des membres inférieurs est normal. Il n’y a pas de boiterie à la marche. La mobilité est complète des deux côtés, la stabilité est également excellente, tant du point de vu du pivot central que des ligaments périphériques. A droite, on note des douleurs de la facette rutilienne externe, avec un grattement qui fait penser à une zone dépourvue de cartilage. A gauche, au moment de la consultation, il n’y a pas de douleur déclenchable. (...)” (doc. D, la sottolineatura è del redattore) –, avuto riguardo alle MRI e RX ginocchio sinistro e destro dell’11 luglio 2013 (cfr. doc. 144), ha attestato uno stato delle ginocchia sostanzialmente invariato rispetto al 2007, limitandosi ad evidenziare in modo possibilistico che “(...) la situation actuelle du genou droit, peut parfaitement provoquer des lâchages. (...)” (doc. D). Va qui rilevato che – dopo la consultazione del 25 aprile 2007 del medico di truppa (doc. 2) e i succitati rapporti del 26 e 31 luglio e del 28 agosto 2007 del dr. _____, del dr. _____ e del dr. _____ (doc. 27, 28 e 32) – fino al rapporto del 29 luglio 2011 del dr. _____ (doc. 35) nessun medico ha attestato dei cedimenti al ginocchio destro e/o alle ginocchia rispettivamente un’inabilità lavorativa ad essi riconducibile. Anche dal verbale del 25 agosto 2011, da lui sottoscritto, risulta che “(...) dopo l’evento occorsomi il 20 aprile 2007 durante il corso di

ripetizione e le relative cure, ho ancora avuto dolori e cedimenti alle ginocchia a periodi di ogni circa 2-3 mesi, a dipendenza anche dello sforzo profuso nell'attività lavorativa. Mi sono capitate anche delle cadute a causa del cedimento delle ginocchia, cadute comunque senza conseguenze. Mi sono curato da solo con antinfiammatori, crema e applicando una ginocchiera sul ginocchio dolorante (a volte il destro a volte il sinistro). Non ho consultato un medico considerato che i disturbi erano sopportabili ed ho sempre lavorato. [...] Verso fine giugno 2011 ho accusato cedimenti del ginocchio con insorgere di dolore acuto, senza tuttavia aver subito un trauma. Mi sono perciò recato il 1° luglio 2011 dal Dr. _____ il quale mi ha prescritto un ciclo di fisioterapia, antinfiammatori e antidolorifici. Ho iniziato la fisioterapia il giorno stesso ovvero il 1 luglio 2011 presso _____ a _____. Fino all'evento del 9 luglio 2011 ho sempre lavorato. (...)” (doc. 43). Va qui evidenziato che, nel succitato riannuncio del 1. luglio 2011, il dr. _____ non ha certificato un cedimento del ginocchio con dolori acuti e – posta, senza ulteriori precisazioni, la diagnosi di “(...) stato da contusione ginocchia bilaterale 19.4.2007 (...)” (doc. 34) – nemmeno ha attestato un'inabilità lavorativa. Lo stesso sanitario, nel rapporto complementare del 29 luglio 2011 (doc. 35), considerato l'infortunio del 9 luglio 2011, ha descritto uno stato “(...) blando (...)” e non ha indicato nessuna cura. Al riguardo il dr. _____, nella nuova valutazione medico-assicurativa del 16 novembre 2012, ha rilevato: “(...) faccio notare che il medico curante dr. _____ in seguito all'evento del 09.07.2011 descrisse lo stato del ginocchio dx come blando e soprattutto che non procedette ad alcuna nuova indagine clinica, segno che lo stato del ginocchio destro era rimasto invariato nonostante il riannuncio del 01.07.2011. Osservo pure che anche quanto scrive il dr. med. _____ sullo stato delle ginocchia non dice il contrario, anzi: in occasione della visita del marzo 2012 lo stato delle ginocchia risulta infatti invariato rispetto al 2007. (...)” (doc. 97, pag. 4). Dal canto suo l'assicurato, nel verbale del 25 agosto 2011 da lui sottoscritto, ha così descritto l'infortunio occorsogli il 9 luglio 2011 e i suoi effetti: “(...) Stavo lavorando con il decespugliatore in località _____ (Comune di _____) su una brughiera di sterpaglie fatta a terrazzi. Mi trovavo sulla parte in pendenza del terreno e improvvisamente e dolorosamente il ginocchio destro che mi dava già dolore, ha ceduto causandomi la caduta sul fianco destro con il decespugliatore sulle spalle. La caduta mi ha causato anche una contusione lombare, varie escoriazioni e mi sono punto in varie parti con spine di rovi. Visto che era sabato ho atteso il lunedì 11 luglio per recarmi dal Dr. _____ dal quale era già fissato l'appuntamento per il controllo dei precedenti disturbi al ginocchio destro. Il medico ha fatto una radiografia della colonna lombare per accertamento. Ho continuato la fisioterapia applicata anche alla schiena che mi dava dolore e bloccaggi. Il Dr. _____ mi ha nel prosieguo prescritto un secondo ciclo di fisioterapia per il ginocchio destro. Ciclo che inizierò prossimamente. (...)” (doc. 43). Dagli atti risulta inoltre che non sono mai stati annunciati casi di malattia o infortuni agli arti inferiori (cfr. doc. 51-54). Ricordato, anche, che il dr. _____, il 29 luglio 2011 (quindi prima del succitato verbale del 25 agosto 2011 sottoscritto dall'assicurato), ha attestato che “(...) il 9.7.11 scivola su un pendio e picchia la schiena in quanto ha ceduto il ginocchio dx (...)” (doc. 35) – ritenuto che non è straordinario scivolare su un pendio – nemmeno è possibile escludere che all'origine dell'infortunio del 9 luglio 2011 ci fosse la menzionata scivolata. In simili circostanze – visto tutto quanto precede e in base al principio della verosimiglianza preponderante valido nell'am-bito delle assicurazioni sociali (STF 9C_316/2013 del 25 febbraio 2014 consid. 5.1; 9C_501/2013 del 28 novembre 2013 consid. 4.1; DTF 138 V 221 consid. 6 pag. 221 e 129 V 177 consid. 3 pag. 181 tutte con riferimenti) – questo Tribunale non ritiene provato, da

una parte, che il cedimento al ginocchio destro sia un effetto collaterale dell'affezione alle ginocchia per la quale l'assicurazione militare ha assunto la propria responsabilità (cfr. doc. 101 e consid. 1.2), dall'altra parte, che un tale cedimento sia all'origine del male di schiena insorto dopo l'evento del

E. 9

luglio 2011 ha comportato un peggioramento dello stato delle ginocchia. Va infatti ricordato che se da una parte la procedura davanti al TCA è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d'ufficio dal giudice, dall'altra si rileva che questo principio non è però assoluto, atteso che la sua portata è limitata dal dovere delle parti di collaborare all'istruzione della causa (DTF 122 V 158 consid. 1a, 121 V 210 consid. 6c con riferimenti). Il dovere processuale di collaborazione comprende in particolare l'obbligo delle parti di apportare – ove ciò fosse ragionevolmente esigibile – le prove necessarie, avuto riguardo alla natura della disputa e ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 264 consid. 3b con riferimenti). Pertanto – visto che per il concetto d'infortunio vale quello valido per l'assicurazione infortuni (Mäschi, op. cit., ad art. 4, N. 9 pag. 57-58); per un caso in cui non è stata riconosciuta l'esistenza di un nuovo infortunio vedi la STCA 35.1998.46 del 18 ottobre 1999 – questo Tribunale deve concludere che l'evento del 9 luglio 2011 costituisce un nuovo infortunio che ha colpito la schiena e per il quale, essendo avvenuto durante lo svolgimento dell'attività lavorativa (quindi non in servizio), l'assicurazione militare non è tenuta a rispondere ex art. 5 LAM (cfr. consid. 2.2).

2.5. I problemi alla schiena, annunciati dopo l'evento del 9 luglio 2011 avvenuto durante lo svolgimento dell'attività lavorativa (cfr. consid. 1.3), non configurano nemmeno un'affezione annunciata come ricaduta o postumo tardivo di un danno assicurato, motivo per cui non è applicabile l'art. 6 LAM (cfr. consid. 2.3). In effetti, da una parte, va osservato che l'infortunio occorsogli durante lo svolgimento del corso di ripetizione il 20 aprile 2007 ha interessato solo le ginocchia e non la schiena. Il dr. _____ nel rapporto 26 luglio 2007 indirizzato al medico fiduciario dell'CO 1, ha posto la seguente diagnosi "(...) sindrome femoro-patellare bilaterale post traumatica, con lesione condrale rotulea post traumatica a destra e alterazione di II grado al corno posteriore del menisco mediale; piccolo ganglion del legamento crociato anteriore del ginocchio sinistro (...)" (doc. 27). Dal canto suo il dr. _____, nel rapporto del 29 agosto 2007, ha confermato la diagnosi di "(...) contusione bilaterale delle ginocchia con lesione cartilaginea rotulea destra e alterazioni di II grado corno posteriore del menisco mediale sinistro (...)" (doc. 32).

Dall'altra parte, non risulta provato un possibile nesso causale – richiesto per le ricadute o i postumi tardivi ex art. 6 LAM (cfr. consid. 2.3) – tra i danni alla salute riconducibili alla lesione alle ginocchia (danni questi per i quali l'assicurazione militare ha riconosciuto la propria responsabilità ex art. 5 LAM; cfr. doc. 101 e consid. 1.2) e quelli alla schiena. Va qui inoltre ribadito che l'assicurato accusava disturbi lombari già prima del servizio militare del 2007 (cfr. doc. 21) e che ha subito una contusione alle lombari il 19 febbraio 2010 (cfr. doc. 52). Ritenuto, infine, che un peggioramento dello stato delle ginocchia a seguito dell'infortunio del 9 luglio 2011 non è stato provato (cfr. consid. 2.4), può qui restare aperta la questione a sapere se – come rilevato, a mero titolo abbondanziale, nella decisione impugnata e sostenuto dalla CO 1 – le prestazioni chieste con il ricorso sarebbero state a carico esclusivo dell'assicuratore infortuni tenuto direttamente a fornirle secondo la legislazione applicabile ex artt. 76 LAM e 31 OAM (in argomento cfr. Mäschi, op. cit., ad art. 76, N. 1-5 e 17-24 pagg. 521-522 e 524-526; vedi anche la STF 8C_443/2010 del 24

gennaio 2011). 2.6. In simili circostanze, visto tutto quanto precede, la decisione impugnata va dunque confermata e il ricorso respinto

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