

TI_GERICHTE 41.2017.1 vom 13. September 2017

TI Tribunale d'appello, 2017-09-13, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_41.2017.1

FR: TI_GERICHTE 41.2017.1 du 13 septembre 2017

IT: TI_GERICHTE 41.2017.1 del 13 settembre 2017

Regeste

Infortunio durante la scuola reclute. Esclusa la responsabilità ex art. 5 LAM visto che alla fine della SR e nel seguente CR non annuncia alcun danno al ginocchio. Nessuna responsabilità ex art 6 LAM perché non dato un nesso causale (non si é trattato di una distorsione al ginocchio)

Erwägungen

E. 10

km nella quale è stato aiutato dai camerati con il porto dell'equipaggiamento. Visto che i dolori non passavano si è recato in infermeria, è stata richiesta una radiografia, negativa per fratture. Ha quindi continuato il servizio con dispense. Persistendo i disturbi, è stata disposta una RM del ginocchio sinistro. 27.08.2014: MRI nativa del ginocchio sinistro, indicazione: sospetta lesione del menisco mediale. L'esame non evidenzia alcuna lesione, sia meniscale sia dei legamenti crociati sia dei legamenti collaterali. È stato poi svolto un ciclo di fisioterapia sempre in servizio (...)” (doc. 37, pag. 2). In effetti il dr. _____, medico presso il servizio di radiologia dell’ospedale intercantonale di la _____, nel rapporto del 29 luglio 2014 ha attestato: “(...) Reinsegnements cliniques Trauma di tibia proximal gauche il y a une semaine avec persistance de douleurs. Suspicion de fracture. Genou gauche du 29.07.2014 Résultat Pas de fracture visualisée. Pas d’épanchement intra-articulaire. (...)” (doc. 8) e il dr. _____, medico presso il medesimo servizio, nel rapporto del 27 agosto 2014 ha attestato: “(...) Reinsegnements cliniques Suspicion de lésion du ménisque interne. IRM genou gauche du 27.08.2014 Technique Protocole IRM genou standar. Résultat Liquide articulaire en quantité physiologique. Systhème extenseur sp. Rotule en place, bien centrée avec une rotule à facette interne courte e sagittalisée. Compartiment interne: ligament collatéral interne sp. Ménisque interne sp. Compartiment externe: ménisque externe et ligament collatéral externe sp. Compartiment intermédiaire: LCA e LCP sp. Conclusion IRM du genou gauche sans lésion décelée. (...)” (doc. 7). Anche il dr. _____, FMH in radiologia medica, nella valutazione dell’8 agosto 2016 ha certificato: “(...) RM ginocchio sinistro del 27.08.2014 Rivalutazione del 08.08.2016 Referto: Regolare intensità di segnale del midollo osseo dei capi articolari. Cartilagini femoro-tibiali e retro rotulee conservate. Non versamento articolare Legamenti collaterali: intatti Tendine quadricipite: intatto Tendine patellare: intatto e regolare Corpo di Hoffa s.p. Bicipite s.p. Semitendinosi s.p. Conclusioni: Risonanza magnetica del ginocchio sinistro regolare. Non lesioni osteo-cartilaginee, meniscali o legamentarie. (...)” (doc. 58). RI 1 ha quindi svolto un corso di ripetizione nei mesi di gennaio e febbraio 2015. Dal succitato verbale del 4 settembre 2016 emerge infatti che “(...) ho svolto il corso di ripetizione dal 21.01.2015 al 10.02.2015. Sul libretto di servizio risulta a _____ ma eravamo stazionati ad _____. All'entrata in servizio non mi è stato detto chi necessitasse della

visita sanitaria d'entrata o non è stato da me compreso per la mia difficoltà a capire il tedesco. I dolori erano sempre presenti e sotto sforzo sono aumentati. Ho svolto prevalentemente servizio in ufficio e beneficiando di vari congedi per frequentare la Scuola _____ a _____ ho potuto portare a termine il CR il 10.02.2015. (...)" (doc. 31). Il dr. _____, nella "valutazione medico - assicurativa" del 21 ottobre 2015 (doc. 37), ha puntualizzato che "(...) nel frattempo in gennaio-febbraio 2015 l'assicurato ha svolto un ulteriore corso di ripetizione, non si è annunciato alla VSE e non ha riportato ulteriori infortuni. Riferisce che i dolori erano sempre presenti e sotto sforzo sono aumentati. Ha però svolto prevalentemente servizio in ufficio. L'AM ha chiesto eventuali annunci alla cassa malattia e all'assicurazione infortuni, che hanno risposto negativamente per affezioni agli arti inferiori annunciate loro. (...)" (doc. 37, pag. 3). In seguito RI 1, il 27 febbraio 2015, ha consultato il dr. _____, FMH in chirurgia e traumatologia ortopedica e medico presso la clinica ortopedica _____ di _____, il quale, nel rapporto del 1. marzo 2015 – indicato il motivo della consultazione: "(...) Selbstzuweisung zur Einholung einer Zweitmeinung (...)", poste le seguenti diagnosi: "(...) Chronische femoropatellare Schmerzen links und Knieschmerzen links bei/mit - St. n. Sturz mit Kontusion des linken Knies am 22.07.2014 während des Militärdienstes. Senkfüsse bds. (...)" (doc. 2) e descritta l'anamnesi – si è così espresso: "(...) Befunde 21-jähriger Patient, 175 cm gross, 68 kg schwer. Barfussgang mit Senkfüssen beidseits. Physiologische Beinachse. Beckengradstand. Inklination mit Finger-Boden-Abstand von 20 cm, Aufrichtung ohne Kletterphänomen, Reklination indolent. Hüfte frei beweglich und indolent. Linkes Knie: Unauffällige Konturen. Tibiaplateau mit minimaler Druckdolenz. Keine Schwellung, keine Rötung, keine Prellmarken. Kein Erguss. Flexion/Extension 135-0-0 ° ohne Endphasenschmerzen. Keine Instabilität medial bei 0 und 30 °, keine Instabilität sagittal und lateral. Patellar glide normal, Patellar tilt normal. Keine Patellaverschiebeschmerzen. Minimale Schmerzen beim Varusstress mit Flexion und Rotationsbewegungen. Keine reinen Varusstressschmerzen. Radiologie Beide Knie a.p. stehend, seitlich 30 °, Patella tangential sowie Rosenbergaufnahme vom 27.08.2014: Altersentsprechende ossäre Befunde, normales femorotibiales Gelenkkompartiment, medial symmetrisch. Gute Zentrierung der Patella. Keine Dysplasie. MRI Knie links vom 27.08 2014: Keine Hinweise für eine frische Knochenmarkskontusion im Bereiche des medialen Tibiaplateaus. Keine Hinweise für eine Kontusion des medialen Seitenbandes. Leichte Kontusion an der Meniskusbasis (DD Intramuralläsion), kein Erguss. Keine intraartikuläre Bandläsion. Beurteilung und Procedere Der Patient leidet an chronischen Knieschmerzen links, gemäss Angaben des Patienten seit dem Ereignis im Juli 14. Aufgrund der kernspintomographischen Befunde vom August 2014 bestehen keine Hinweise, dass damals eine schwere Verletzung des linken Knies eingetreten wäre. Das Tibiaplateau, das mediale Seitenband und der mediale Femurkondylus zeigen auf den T1 - und T2-gewichteten Sequenzen auf den MRT-Aufnahmen vom 27.08.2014 keine Hinweise für eine Knochenmarkskontusion, bzw Markraumödem, so dass es damals wahrscheinlich zu keiner schweren Verletzung gekommen ist. Zur genauen Bilanzierung der jetzigen Verhältnisse und zur Abklärung einer evt. zusätzlichen femoropatellaren Schmerzsymptomatik, welche nicht auf das Unfallereignis vom Juli 14 zurückzuführen ist, werden wir eine Arthro-MRI Untersuchung des linken Knies durchführen und danach den Patienten noch einmal reevaluieren. (...)" (doc. 2). Su richiesta del dr. _____, responsabile del servizio di chirurgia dell'Arto superiore dell'ospedale italiano, il 20 maggio 2015 è stata eseguita una "artro risonanza magnetica del ginocchio sinistro" . Il dr. _____, medico caposervizio

di radiologia dell'Ospedale _____ di _____, nel relativo referto radiologico si è così espresso: "(...) Indicazioni - sospetta lesione legamento crociato ginocchio sinistro Referto Esame eseguito con sequenze T1 e T2 pesate, anche con soppressione del grasso e dopo infiltrazione di mezzo di contrasto paramagnetico. Non evidenti alterazioni dell'intensità di segnale di significato traumatico recente a carico delle strutture muscolo-scheletriche nel campo d'esame. Minima distensione liquida della borsa mucosa infra-patellare sottotendinea. Minima disomogeneità dell'intensità di segnale di legamento patellare all'inserzione rotulea con associata lieve imbibizione del tessuto adiposo di Hoffa. Non evidenti lesioni capsulo-ligamentarie, cartilaginee o meniscali. Incipiente fissurazione orizzontale del corno posteriore del menisco mediale. Non altri rilievi significativi. (...)” (doc. 23). Sempre il dr. _____, con lettera del 22 maggio 2015, ha chiesto al dr. _____ una consultazione specialistica indicando che "(...) il paziente riferisce di un trauma contusivo/distorsivo il 22.07.2014 al ginocchio sinistro. Da allora il paziente presenta dolore e soprattutto difficoltà di accosciamento. È stata richiesta un'artro-RM del ginocchio sinistro che ha evidenziato una fessurazione del corno posteriore del menisco interno. Pertanto ti prego di valutare il procedere terapeutico. (...)” (doc. 16). Il dr. _____, FMH in chirurgia ortopedica, nel rapporto del 27 luglio 2015 indirizzato al dr. _____, si è così espresso: "(...) ti ringrazio per avermi inviato il paziente sopra menzionato che ho valutato in data 03.06.2015 e successivamente attraverso una artroscopia diagnostica in data 14.07.2015. La mia prima supposizione era una lesione del crociato posteriore, ma a mia sorpresa si è invece presentata una lesione del fascio antero-mediale del crociato anteriore. Il paziente però in sede di artroscopia aveva già deciso di effettuare soltanto un trattamento diagnostico. Abbiamo per tanto fissato di effettuare durante le sue vacanze scolastiche nel mese di ottobre una Augmentation del crociato anteriore in artroscopia. (...)” (doc. 24). Il dr. _____, nella “valutazione medico - assicurativa” del 21 ottobre 2015 (doc. 37) – considerate le risultanze mediche suesposte e poste le seguenti diagnosi: "(...) 1) Trauma contusivo ginocchio sinistro (in servizio) il 22.07.2014, con tumefazione dolorosa al ginocchio e sospetta lesione del menisco mediale, non confermata alla RMN del ginocchio sinistro del 27.08.2014, peraltro normale. 2) Gonalgia sinistra sotto sforzo; difficoltà nell'accovacciamento (22.05.2015); - fissurazione del corno posteriore del menisco interno del ginocchio sinistro (artro-RMN del ginocchio sinistro del 20.05.2015); - lesione del fascio antero-mediale del LCA del ginocchio sinistro (artroscopia diagnostica del 27.07.2015). (...)” (doc. 37, pag. 4) – si è così espresso: "(...) Le conseguenze di tale evento in servizio [ndr.: si riferisce all'infortunio del 22 luglio 2014] sono ben riassunte nella MRI nativa del ginocchio sinistro, del 27.08.2014, che - ricordo qui - fu effettuata per una sospetta lesione meniscale. L'esame non evidenzia alcuna lesione, sia meniscale sia dei legamenti crociati sia dei legamenti collaterali. Il signor RI 1 ha riannunciato i suoi disturbi in febbraio 2015, recandosi in visita dal dr. med. _____ presso la clinica _____ di _____: nel suo rapporto il dr. med. _____ parla di dolori cronici femoro-patellari a sinistra su / con contusione al ginocchio sinistro il 22.07.2014 durante il servizio militare. Il paziente lamentava dolori al ginocchio sinistro sotto carico e a riposo stando a lungo seduto. Nelle conclusioni il dr. _____ escludeva che i dolori allora presenti fossero ancora in relazione con la contusione del luglio 2014, anche sulla base delle risultanze della RM svolta durante il servizio il 27.08.2014, che - ricordo ancora - non aveva evidenziato alcuna lesione dei legamenti crociati. Inoltre il paziente clinicamente presentava una sintomatologia clinica riferibile a problemi meniscali e / o cartilaginei, che ritroviamo nell'indicazione dell'artro-MRI del ginocchio sinistro, poi

effettuata il 20.05.2015. Da notare anche l'incongruenza tra il referto della citata artro-RMN del ginocchio sinistro del 22.05.2015: incipiente fissurazione del corno posteriore del menisco mediale, la sospetta diagnosi clinica posta dal dr. med. _____ in occasione della sua visita del 03.06.2015: sospetta lesione del legamento crociato posteriore ed infine la diagnosi artroscopica del 27.07.2015: lesione del fascio antero-mediale del LCA (sic!). (...)” (doc. 37, pagg. 4-5). 2.5. Questo Tribunale – viste le succitate risultanze (cfr. consid. 2.4) e ritenuto anche che il dr. _____, interpellato dall'avv. _____ (cfr. doc. 56), nella “nota per gli atti” del 13 giugno 2016 ha dichiarato: “(...) In data odierna, l'avvocato signor _____ mi ha richiesto delle informazioni complementari ed ulteriori chiarimenti nell'ambito di un colloquio durato circa 30 min. che abbiamo avuto nella sede dell'AM presso il BCB. Abbiamo rivisto assieme la mia valutazione medico-assicurativa del 21.10.2015 che ho confermato integralmente e l'avvocato ha potuto ulteriormente osservare quanto è necessario sapere del caso, a mio parere molto chiaro nella sua causalità con il servizio militare. L'evento infortunistico avuto durante lo svolgimento della SR 2014 da parte del signor RI 1 infatti non ha comportato alcun danno al suo ginocchio sinistro e la scuola reclute potè essere conclusa regolarmente: questo è quanto gli atti dicono e comprovano. (...)” (doc. 56) – deve innanzitutto concludere che a ragione la CO 1 non ha applicato l'art. 5 LAM. Va al riguardo ricordato che, secondo costante giurisprudenza federale, ai r apporti 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 (DTF 125 V 351). L'art. 83 LAM regola l'obbligo di notificazione dell'avente diritto. Secondo il cpv. 1 “ al momento della visita sanitaria di entrata, durante il servizio e alla fine del medesimo, l'assicurato è tenuto a notificare al medico di truppa o del corso qualsiasi affezione di cui ha conoscenza. Se la notificazione non può essere fatta al medico di truppa o del corso, l'assicurato deve notificare l'affezione a un superiore, all'attenzione del medico di truppa o del corso. Se l'assicurato disattende tali obblighi senza un motivo sufficiente, l'assicurazione militare risponde soltanto se, con probabilità preponderante, l'affezione è stata causata o aggravata durante il servizio (art. 6)”. Ai sensi del cpv. 2 “dopo il servizio, l'assicurato deve notificare ogni affezione connessa con il servizio a un medico, un dentista o un chiropratico. Fintanto che non ha ricevuto questa notificazione, l'assicurazione militare non è tenuta ad entrare nel merito di una domanda”. Ora, viste le succitate risultanze mediche (cfr. consid. 2.4) e ribadito che il dr. _____ nella succitata nota del 13 luglio 2016 ha evidenziato come “(...) l'evento infortunistico avuto durante lo svolgimento della SR 2014 da parte del signor RI 1 infatti non ha comportato alcun danno al suo ginocchio sinistro e la scuola reclute potè essere conclusa regolarmente: questo è quanto gli atti dicono e comprovano. (...)” (doc. 56), l'insorgente, in ossequio a quanto stabilito dall'art. 83 cpv. 1 LAM, avrebbe dovuto annunciare alla fine della scuola reclute del 2014 e/o in occasione del corso di ripetizione del 2015 l'affezione al ginocchio sinistro. Non avendolo fatto (dagli atti risulta che sia alla fine della scuola reclute del 2014 che durante il corso di ripetizione del 2015 egli non ha notificato alcun disturbo) questo Tribunale deve pertanto concludere che egli ha violato l'obbligo di notificazione ai sensi dell'art. 83 cpv. 1 LAM e che pertanto l'assicurazione militare risponde solo se, ai sensi dell'art. 6 LAM, con probabilità preponderante l'affezione è stata causata durante il servizio. Va qui infatti ricordato che la responsabilità dell'assicurazione militare ex art. 5 LAM si fonda sul cosiddetto principio della contemporaneità (cfr. consid. 2.2). In questo senso a ragione la CO 1 ha addotto che “(...) il

fatto che un assicurato abbia annunciato di essere rimasto vittima di un infortunio durante la sua scuola reclute non ha quale conseguenza che l'assicurazione qui convenuta debba automaticamente trattare il caso, sempre e comunque, secondo i disposti dell'art. 5 LAM. Intanto occorre rilevare che il ricorrente, durante la scuola reclute, il 22.07.2014 ha riportato una contusione al ginocchio sinistro, la quale ha cagionato una tumefazione dolorosa con sospetta lesione del menisco mediale. Naturalmente, il disturbo in questione venne, a quel momento, rettammente assunto dalla convenuta secondo i disposti di cui all'art. 5 LAM. Tra gennaio e febbraio del 2015, il ricorrente svolse poi un corso di ripetizione, durante il quale egli non annunciò più alcun disturbo. Tornato in vita civile, il ricorrente si recò in visita presso il dr _____, a _____ (clinica _____), e fu solo a seguito di quella visita che un problema al ginocchio sinistro fu nuovamente annunciato alla convenuta. Stando al referto redatto dal dr _____, il quale aveva rilevato come il paziente lamentasse dolori al ginocchio sotto carico e a riposo stando a lungo seduto, il nuovo annuncio fu correlato a dolori cronici femoro-patellari. Giova qui ricordare che, secondo l'art. 83 cpv. 1 LAM, al momento della visita sanitaria di entrata, durante il servizio e alla fine del medesimo, l'assicurato è tenuto a notificare al medico di truppa o del corso qualsiasi affezione di cui ha conoscenza. Se la notificazione non può essere fatta al medico di truppa o del corso, l'assicurato deve notificare l'affezione a un superiore, all'attenzione del medico di truppa o del corso. Se l'assicurato disattende tali obblighi senza un motivo sufficiente, l'assicurazione militare risponde soltanto se, con probabilità preponderante, l'affezione è stata causata o aggravata durante il servizio (art. 6 LAM). In specie, si fa notare che la problematica annunciata dal ricorrente dopo la visita presso il dr _____ non è sovrapponibile, visti gli esiti della visita presso il dr _____, con l'affezione che è stata rilevata dopo la contusione al ginocchio sinistro avvenuta il 22.07.2014 durante la scuola reclute. Già solo per questo motivo, la convenuta non poteva trattare il caso riannunciato a fine febbraio 2015 che secondo i disposti di cui all'art. 6 LAM. Tenuto poi conto, da un lato, che le risultanze della risonanza magnetica del 27.8.2014 così come dell'arto-risonanza del 20.05.2015 non hanno mostrato alcuna lesione ai legamenti del ginocchio sinistro e, d'altro lato, che durante il corso di ripetizione svolto nell'inverno 2015 il ricorrente non ha annunciato alcuna affezione, è ancor a maggior ragione che il riannuncio ha dovuto essere trattato secondo i dettami dell'art. 6 LAM. (...)” (VI, punto Ad 4/5.). Va qui ancora rilevato che dal verbale del 4 settembre 2015, circa il corso di ripetizione del 2015, risulta che RI 1 ha dichiarato che “(...) all’entrata in servizio non mi è stato detto chi necessitasse la visita sanitaria d’entrata o non è stato da me compreso per le mie difficoltà a capire il tedesco. I dolori erano sempre presenti e sotto sforzo sono aumentati. Ho svolto prevalentemente servizio in ufficio e beneficiando di vari congedi per frequentare la Scuola _____ a _____ ho potuto portare a termine il CR il 10.02.2015. (...)” (doc. 31). Quanto addotto dall’insorgente non configura un motivo sufficiente atto a giustificare la violazione dell’obbligo di notificazione ai sensi dell’art. 83 cpv. 1 LAM. Infatti, così come durante la scuola reclute egli è stato in grado di esprimere i propri dolori al ginocchio sinistro ottenendo anche degli accertamenti medici – “(...) I dolori al ginocchio sinistro non passavano ed il 29.07.2015 [ndr. recte: 2014] mi sono recato in infermeria. Il giorno stesso il medico di truppa ha disposto una radiografia all'ospedale della _____ a _____. Sono ritornato dal medico militare il quale mi ha rilasciato delle dispense per le marce e altre attività fisiche. Ho quindi continuato il servizio con le dispense e con varie visite in infermeria per la problematica del ginocchio sinistro. Finché su mia insistenza il medico militare ha ordinato una risonanza magnetica il 27.08.2014 all'ospedale di _____. Ho

ancora continuato il servizio con le dispense fino al termine della SR il 21.11.2014. Nel servizio svolto a _____ sono seguite ulteriori 2-3 visite in infermeria con svolgimento di un ciclo di fisioterapia presso un fisioterapista civile. (...)” (doc. 31) – questo Tribunale ritiene che (se non già alla fine della scuola reclute) l’insorgente doveva notificare sin dall’inizio del corso di ripetizione del 2015 l’esistenza di eventuali disturbi ancora presenti al ginocchio sinistro. Stante tutto quanto precede è dunque a torto che l’insorgente pretende, per il solo fatto di aver segnalato l’infortunio durante la scuola reclute, che al suo caso venga applicato l’art. 5 LAM (cfr. consid. 1.3). 2.6. Quanto ad una responsabilità ex art. 6 LAM questo Tribunale rileva quanto segue. Nell’ambito dell’art. 6 LAM, come accennato (cfr. consid. 2.3), la prova dell’esistenza di un nesso causale tra i disturbi accusati e l’evento assicurato deve essere portata dall’assicurato. In concreto, nello scritto del 18 maggio 2017, l’insorgente sostiene che “(...) durante la scuola reclute ha avuto l’impressione che non si volesse mai approfondire o risolvere il caso, ma unicamente tirare a campare fino alla fine del corso SR, così come lamenta il fatto di non aver mai avuto un medico che parlasse italiano con il quale potersi confrontare in modo preciso e approfondire le sue condizioni. (...)” (VIII). Al riguardo va innanzitutto evidenziato che é proprio grazie agli accertamenti svolti durante la scuola reclute (cfr. consid. 2.4, in particolare la risonanza magnetica del 27.08.2014 sub doc. 7 confermata anche dal dr. _____ nella rivalutazione dell’8 agosto 2016 sub doc. 58) che la CO 1 ha potuto escludere una lesione al menisco sinistro e ai legamenti del ginocchio. Inoltre, lo stesso dr. _____ – interpellato personalmente dall’assicurato: “(...) I dolori erano sempre presenti e visto che mia madre aveva sentito parlare del Dr. _____ della Clinica _____ di _____ abbiamo chiesto un appuntamento. Ho però dovuto attendere fino al 27.02.2015 per la consultazione. Consultazione che è durata circa 15 minuti (non effettivamente calcolati), egli ha effettuato delle radiografie e visionato la risonanza magnetica del 27.08.2014 svolta in servizio. Il Dr. _____ mi ha riferito di svolgere eventualmente una artro-RM per una rivalutazione del caso. Ho però disdetto l'appuntamento perché non convinto del dr. _____ . (...)” (doc. 31) – nel rapporto del 1. marzo 2015, dopo aver esposto i risultati radiologici (in particolare la risonanza magnetica del 27.08.2014 così descritta: “(...) MRI Knie links vom 27.08 2014 : Keine Hinweise für eine frische Knochenmarkskontusion im Bereiche des medialen Tibiaplateaus. Keine Hinweise für eine Kontusion des medialen Seitenbandes. Leichte Kontusion an der Meniskusbasis (DD Intramuralläsion), kein Erguss. Keine intraartikuläre Bandläsion (...)” (doc. 2, la seconda sottolineatura è del redattore)) ha concluso che “(...) der Patient leidet an chronischen Knieschmerzen links, gemäss Angaben des Patienten seit dem Ereignis im Juli 14. Aufgrund der kernspintomographischen Befunde vom August 2014 bestehen keine Hinweise, dass damals eine schwere Verletzung des linken Knies eingetreten wäre. Das Tibiaplateau, das mediale Seitenband und der mediale Femurkondylus zeigen auf den T1 - und T2-gewichteten Sequenzen auf den MRT-Aufnahmen vom 27.08.2014 keine Hinweise für eine Knochenmarkskontusion, bzw Markraumödem, so dass es damals wahrscheinlich zu keiner schweren Verletzung gekommen ist. Zur genauen Bilanzierung der jetzigen Verhältnisse und zur Abklärung einer evt. zusätzlichen femoropatellaren Schmerzsymptomatik, welche nicht auf das Unfallereignis vom Juli 14 zurückzuführen ist, werden wir eine Arthro-MRI Untersuchung des linken Knies durchführen und danach den Patienten noch einmal reevaluiieren. (...)” (doc. 2, la sottolineatura è del redattore). Al riguardo l’insorgente non ha apportato valida documentazione medica atta a mettere in dubbio la valutazione del dr. _____. Il dr. _____ (che non ha visitato l’assicurato e non si è confrontato con la valutazione del

dr. _____), nella lettera del 22 maggio 2015 indirizzata al dr. _____, ha rilevato che “(...) è stata richiesta un’artro-RM del ginocchio sinistro che ha evidenziato una fessurizzazione del corno posteriore del menisco interno. (...)” (doc. 16 vedi anche il rispettivo referto radiologico del 20 maggio 2015 sub doc. 23). Il dr. _____ – dopo aver rettificato, su richiesta della CO 1 (vedi il relativo scambio epistolare, doc. 26 e 30), il rapporto operatorio del 14 luglio 2015 (doc. 22) –, senza confrontarsi con la valutazione del dr. _____, nella lettera del 27 luglio 2015 indirizzata al dr. _____, ha indicato che “(...) la mia prima supposizione era una lesione del crociato posteriore, ma a mia sorpresa si è invece presentata una lesione del fascio antero-mediale del crociato anteriore. Il paziente però in sede di artroscopia aveva già deciso di effettuare soltanto un trattamento diagnostico. Abbiamo per tanto fissato di effettuare durante le sue vacanze scolastiche nel mese di ottobre una Augmentation del crociato anteriore in artroscopia. (...)” (doc. 24). Questo Tribunale, chiamato a pronunciarsi in un caso concernente l’assicurazione infortuni e nel quale ha negato che la lesione meniscale sarebbe stata causata da una caduta dell’interessato, ha sviluppato la seguente considerazione: “(...) Chiamata ora a pronunciarsi, questa Corte ritiene che gli apprezzamenti agli atti del medico _____ dell’Y. _____, le consentano di concludere che il danno al ginocchio destro refertato in occasione dell’intervento artroscopico dell’11 marzo 2014 – quindi, lesione del menisco mediale e condropatia femorale di III° – non è come tale stato causato dall’infortunio d’inizio novembre 2013, il quale potrebbe aver tutt’al più scatenato la sintomatologia algica. La tesi difesa dalla dott.ssa _____, secondo la quale la contusione del ginocchio destro riportata il 9 gennaio 2014 (dalla descrizione dell’evento contenuta nel verbale d’audizione del 21 maggio 2014, risulta in effetti che l’assicurato ha battuto il ginocchio direttamente sul fondo dello scavo – cfr. doc. 19, p. 1) non era atta a causare le lesioni appena citate, trova una sostanziale conferma nella letteratura specialistica. Per quanto concerne in particolare le lesioni meniscali, esse sono solitamente causate da traumi indiretti. Il più delle volte si tratta di movimenti di torsione con il ginocchio piegato. Quale esempio classico viene menzionata la rottura meniscale insorta al momento di rialzarsi repentinamente dalla posizione accovacciata (cfr. E. Baur/H. Nigst (ed.), *Versicherungsmedizin*, 2a ed., p. 207 ss., J. Jerosch/J. Heisel/A.B. Imhoff (ed.), *Fortbildung Orthopädie – Traumatologie*, Band 12: Knie, 2007, p. 40, www.chirurgie-toulouse.fr: “ Dans les lésions isolées du ménisque, on distingue le mécanisme de flexion forcée associée ou non à une certaine rotation externe forcée. La position en flexion forcée prolongée du genou diminue temporairement les qualités mécaniques du ménisque (diminution de sa lubrification). Lorsque le sujet se relève brutalement, la corne postérieure du ménisque médial est alors comprimée entre fémur et tibia et en même temps les insertions capsulaires le tirent vers l'avant: le ménisque se déchire (mécanisme de relèvement après une position accroupie prolongée). L'autre mécanisme de survenue d'une lésion méniscale est un mouvement de rotation externe du tibia sur un genou légèrement fléchi, pied fixé en appui au sol. Cela favorise un conflit entre le condyle médial et la corne postérieure du ménisque médial, responsable d'une déchirure de celui-ci. (...). Lors de lésions du ligament croisé antérieur, une translation antérieure violente et soudaine du tibia peut entraîner une lésion de la corne postérieure du ménisque médial (qui normalement contribue à limiter la translation antérieure du tibia). D'autre part, la répétition de mouvements anormaux de translation antérieure excessive, sans forcément de nouveaux accidents d'entorse, entraîne progressivement une rupture du ménisque médial. Il s'agit souvent de lésions très périphériques réalisant une désinsertion capsulo-méniscale. “ e www.clinique-arthrose.fr, in

cui si legge tra l'altro che la rottura meniscale traumatica è sovente una rottura verticale e mobile nel ginocchio, per contro la lacerazione meniscale degenerativa è orizzontale oppure detta talvolta complessa con plurime mini lacerazioni ed è talora accompagnata da un inizio di artrosi; nel caso concreto, la RMN del 28 gennaio 2014 ha evidenziato, secondo il medico _____ [cfr. doc. 36, p. 3], una lesione del menisco mediale proprio di forma orizzontale). In questo contesto, va pure giudicata rilevante la circostanza che, in base alle indicazioni fornite dal primo medico curante specialista e riferite a quanto da lui refertato a margine della prima consultazione (febbraio 2014), X. _____ soffriva di gonalgie a destra già da circa un anno (cfr. allegato al doc. VIII). Alla luce di quanto precede, l'insorgente non può dunque essere seguito allorquando fa valere che la nota lesione meniscale sarebbe stata causata dalla caduta occorsagli nel novembre 2013 (cfr. doc. V). (...)” (cfr. STCA 35.2015.121 del 16 agosto 2016, consid. 2.4.5). Nella fattispecie concreta nessun medico – a parte il dr. _____ che nella lettera del 22 maggio 2015, lo si ribadisce senza nemmeno averlo visto, indica che “(...) il paziente riferisce di un trauma contusivo/distorsivo il 22.07.2014 al ginocchio sinistro. (...)” (doc. 16) – e nemmeno l'insorgente (cfr. il consid. 1.1 e le descrizioni del trauma al ginocchio sinistro subito il 22 luglio 2014 durante la scuola reclute) hanno indicato una distorsione del ginocchio sinistro. Di conseguenza, in assenza di un trauma distorsivo del ginocchio e in analogia alla succitata giurisprudenza, questo Tribunale deve confermare quanto addotto dalla CO 1 in sede di risposta e meglio che: “(...) Su peraltro gentile segnalazione del proprio medico _____ dr _____, la convenuta rinvia codesto Lodevole Tribunale - qualora lo ritenesse opportuno - alla lettura dei testi scientifici seguenti : "Clinica ortopedica", di A. Mancini & C. Morlacchi, edizione Piccin ; "Orthopädie Orthopädische Chirurgie", di A. M. Debrunner, 4. Auflage, Verlag Hans Huber, pagina 83; ma anche "Traumatologia", di U. Heim e J. Baltensweiler, Verduci Editore, pagine 138-139. Dal precitato manuale "Clinica ortopedica" di A. Mancini & C. Morlacchi si legge, a proposito delle lesioni acute da trauma distorsivo, alle pagine 309-310, quanto segue: "Didatticamente si può dire che i meccanismi patogenetici più frequenti sono: - sollecitazione in valgismo a ginocchio atteggiato in flessione e tibia in rotazione esterna (trauma in valgo-flessione-rotazione esterna: fig. 39.a): in tale evenienza si verifica dapprima l'impegno del legamento collaterale interno (L.C.I.) e quindi quello del punto d'angolo postero-interno (P.A.P.I.) e del legamento crociato anteriore (L.C.A.); - sollecitazione in varismo, a ginocchio atteggiato in flessione e tibia in rotazione interna (trauma in varo-flessione-rotazione interna, fig. 309 b): in tale evenienza si verifica soprattutto la lesione del LCA (sono traumi tipici da sport: cambio brusco di direzione, ricaduta da un salto, etc.): - sollecitazione in valgismo, a ginocchio esteso: in questo caso si verifica la lesione del legamento crociato posteriore (LCP) e del LCA come del punto d'angolo postero-esterno (P.A.P.E.): Molto più rari sono quei meccanismi che possono provocare la lesione isolata dei legamenti crociati: così ad esempio, la retropulsione da trauma sagittale in corrispondenza della epifisi prossimale della tibia stessa, a ginocchio atteggiato in flessione (trauma da cruscotto), può determinare la lesione del LCP (legamento crociato posteriore); mentre l'iperestensione forzata del ginocchio, può causare la lesione del LCA". Ora, visto quanto sopra citato, mentre che una distorsione al ginocchio del ricorrente avrebbe potuto causare una lesione al legamento crociato anteriore, nel caso specifico, sulla scorta delle risultanze istruttorie, nessun medico chinatosi sulla problematica al ginocchio sinistro del ricorrente ha invece mai accennato all'eventualità che egli sarebbe appunto rimasto vittima, il 22.07.2014, di un trauma distorsivo. E nemmeno si può ipotizzare come qualcuno avrebbe potuto farne

accenno: la descrizione della caduta che il ricorrente ha rilasciato al medico militare rende un'idea sufficientemente precisa di quanto accaduto durante l'infortunio. (...)” (VI, Ad. 2, pag. 5). Visto tutto quanto suesposto – ribadito che secondo costante giurisprudenza federale, 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 (DTF 125 V 351) – la valutazione medico-assicurativa del 21 ottobre 2015 nella quale il dr. _____ (sulla base della descrizione delle conseguenze dell'infortunio del 22 luglio 2014 riprodotte al consid. 2.4) ha concluso che “(...) rispondendo ora alla domanda postami dall'AM; ovvero se la lesione del fascio antero-mediale del crociato anteriore del ginocchio sinistro sia in prevalente probabile relazione con l'infortunio del luglio 2014, affermo che sulla base di quanto discusso nel Capitolo 4 (Conseguenza) la lesione del fascio antero-mediale del crociato anteriore del ginocchio sinistro è solo in possibile relazione con l'infortunio in servizio del luglio 2014, non rappresentandone né una recidiva / ricaduta né tantomeno un postumo tardivo, ex art. 6 LAM. (...)” (doc. 37, punto 5) va confermata. Nemmeno è possibile concludere diversamente anche avuto riguardo al referto del 15 marzo 2017 nel quale il dr. _____, del Centro diagnostico _____ e specialista in ortopedia e traumatologia, ha attestato: “(...) paziente non presente alla visita. Si valutano solamente i documenti presentati. Riferito trauma contusivo anteriore al ginocchio sn luglio 2014. La risonanza magnetica del 29.07.2014 e l'artro Rm del 20.05.2015 evidenziano dubbia irregolarità dell'immagine del legamento crociato anteriore che tuttavia appare continuo. Si ricorda che la diagnosi di lesione del legamento crociato anteriore è essenzialmente una diagnosi clinica e che immagini di Rm possono solamente integrare la valutazione clinica. (...)” (doc. F). In effetti al dr. _____ non sono state sottoposte né la risonanza magnetica del 27.08.2014 (doc. 7) né la rivalutazione della medesima effettuata dal dr. _____ l'8 agosto 2016 (doc. 58). In questo senso a ragione la CO 1, nello scritto del 28 giugno 2017, ha evidenziato che “(...) riguardo il contenuto del certificato del 15 marzo 2017 reso dal Centro diagnostico di _____ (F), si deve dedurre che il suo estensore non ha né visitato il ricorrente e nemmeno si è confrontato, in maniera esaustiva, con la documentazione medica agli atti. Pertanto, a mente della convenuta, trattasi di un referto di insufficiente rilevanza ai fini del giudizio. (...)” (XIV). È dunque a ragione che la CO 1 ha negato una propria responsabilità in base all'art. 6 LAM. In questo senso – ricordato che se l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce 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 più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle ; cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2a ed., pag. 274; si veda pure DTF 130 II 425 consid. 2.1 pag. 429; 122 II 464 consid. 4a pag. 469; 122 III 219 consid. 3c pagg. 323-324 e 119 V 335 consid. 3c pagg. 343-344 tutte con riferimenti) . Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (STF 9C_18/2010 del 7 ottobre 2010 consid. 5.4; SVR 2001 IV Nr. 10 pag. 28 consid. 4b; riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 v. Cost., cfr. DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c) – la domanda volta ad ottenere “(...) una perizia atta ad accertare una eventuale lesione ai legamenti crociati anteriori imputabile all'infortunio del 22 luglio 2014, e ciò in quanto questo aspetto non è mai stato approfondito dal profilo

medico, in particolare dal Dr. _____ . (...)” (I, punto 6, pag. 8) va respinta. Quanto alle ulteriori critiche sollevate, in particolare quelle riferite all’operato del dr. _____ – a prescindere dal fatto che non sono suffragate da valida documentazione medica e ricordato che non spetta alla giurisdizione delle assicurazioni sociali decidere su divergenze mediche scientifiche ma unicamente di stabilire nel caso concreto il diritto alle prestazioni secondo le circostanze e tenuto conto delle opinioni mediche (cfr. STF 8C_874/2011 del 20 gennaio 2012 consid. 5.2 e rinvio alla DTF 134 V 231 consid. 5.3 pag. 234) – , questo Tribunale rinvia a quanto rettammente osservato dalla CO 1 con la risposta e meglio che: “(...) Non è in alcuna maniera dimostrato che il dr _____ avrebbe "sottovalutato la situazione" per il fatto di non aver ritenuto necessario, a detta del ricorrente, procedere alle "manovre" da lui descritte, le quali avrebbero a suo dire potuto individuare una lesione del crociato anteriore del ginocchio sinistro in nesso causale prevalentemente probabile con l'infortunio riportato durante la scuola reclute. Non solo il medesimo si permette di criticare la durata della visita effettuata (a suo dire troppo corta per poterla qualificare come sufficientemente approfondita) ma va in realtà ben oltre, arrivando implicitamente ad affermare che il dr _____ avrebbe commesso una negligenza professionale nel non aver ritenuto necessario di procedere, a quel momento, ad ulteriori esami clinici. i. La convenuta contesta nel modo più assoluto che l'esperto dr _____ non avrebbe lavorato con la perizia necessaria. Per chi voglia vedere, questo medico ha in realtà allestito un rapporto molto dettagliato, dal cui contenuto è ben lecito supporre che la visita medica sia stata - quale che sia l'impressione che ne ha ricavato il ricorrente - senz'altro approfondita, in maniera perlomeno compatibile con le necessità e le particolarità del caso. E' comunque deprecabile che il ricorrente si permetta di contestare il fatto che la decisione impugnata si è fondata anche sulle conclusioni rese da un esperto, che neppure è stato incaricato dalla convenuta, bensì è stato scelto da lui medesimo. ii. In secondo luogo, non è affatto vero che non esisterebbe, agli atti, alcun referto medico che escluda una lesione ai legamenti crociati. Sul referto inerente la risonanza magnetica del 27.8.2014 si cita testualmente: Compartiment intermédiaire: LCA et LCP sp. (LCA = legamento crociato anteriore e LCP= legamento crociato posteriore, ambedue sp = senza particolarità). Si noti, peraltro, che il referto era in mano al medico di truppa e ne cita il suo commento (vedi atti sanitari). Anche l'esperto dr. _____ smentisce l'asserzione in parola del ricorrente. Questo medico, oltre a specificare nel suo rapporto relativo alla visita del 27.2.2015 "Keine intraartikuläre Bandlesion" (quindi nessuna lesione dei legamenti crociati), suggerì di effettuare un'artro-risonanza per chiarire una eventuale sindrome dolorosa femoro-patellare (zusätzlichen femoropatellaren Schmerzsymptomatik); sindrome tuttavia, quest'ultima, a parer suo chiaramente non riconducibile all'evento infortunistico del 29.7.2014. iii. A mente della convenuta, è altresì di fondamentale rilevanza che il suo medico-consulente, il dr _____, non ha mai accennato ad un'eventuale instabilità del ginocchio sinistro del ricorrente. Idem il dr. _____ che, nel suo rapporto, ha infatti precisato: "Keine Instabilität medial bei 0 und 30°, keine Instabilität saggital und lateral". Ora, è risaputo che lesioni ai legamenti del ginocchio comportano instabilità del ginocchio stesso, oltre che una sensazione del cosiddetto "giving way", ossia di "instabilità" del ginocchio, sotto forma di cedimenti o sensazione che il ginocchio "fuoriesca" o non sia stabile sotto carico, ad esempio camminando o correndo. Peraltro, questa sensazione è avvertita soggettivamente anche da pazienti oggetto di una lesione pure solo parziale di un legamento crociato. iv. Poiché applicato ad un caso come il suo, che può ben definirsi - a mente della convenuta - sufficientemente chiaro, il ricorrente enfatizza a dismisura la circostanza che,

statisticamente, i reperti di una risonanza magnetica danno un margine di errore del 25% (come indica il documento di cui all'allegato A). Egli non dà abbastanza importanza all'evidenza che, in specie, ben tre radiologi - il dr _____ dell'Hopital intercantonal de _____, il dr _____ e il dr _____ - hanno chiaramente escluso ogni lesione ai legamenti. Senza dimenticare che la convenuta, tramite le conclusioni rese dal già citato dr _____, ha fondato il suo convincimento anche dagli esiti di un'artro-risonanza. Nondimeno, ecco cosa si legge nel già citato lavoro di A.M. Debrunner alla pagina 1096: "Die Magnetresonanztomographie ermöglicht eine gute Darstellung der Knieinnenstrukturen auf nichtinvasive Weise: Kreuzbänder, aber auch Knorpel und Menisken, sind auf einwandfreien Bildern gut erkennbar. Wenn die klinische Diagnose unsicher bleibt, ist das MRI der nächste Schritt in der Abklärung. Meist genügt er." V. Per quanto attiene il rapporto operatorio della l.a artroscopia effettuata dal dr. _____ il 14.7.2015, la convenuta rileva che esso è stato redatto in forma perlomeno contraddittoria. Si legge infatti - fra l'altro - quanto segue: "normalità del legamento crociato anteriore, lesione parziale del legamento crociato anteriore che interessa a livello femorale il fascio antero-mediale". Oltretutto, l'intervento in parola non è suffragato da video-documentazione e nemmeno da una semplice documentazione fotografica (si fa peraltro notare che neppure il successivo intervento di ricostruzione è sorretto da documentazione video). (...)" (VI, Ad. 3, pagg. 5-7). In particolare, quanto alla censura circa la durata della visita del dr. _____ - a parte il fatto che con il ricorso l'insorgente ha addotto che "(...) presso il dr. _____, si è svolta una semplice visita di 10 minuti (...) (I, pag. 5) allorché nel precedente verbale del 4 settembre 2015 aveva invece dichiarato una "(...) consultazione che è durata circa 15 minuti (non effettivamente calcolati) (...)" (doc. 31) - , va qui ricordato che secondo giurisprudenza il valore probatorio di un rapporto medico non dipende, di massima, dalla durata della visita, quanto piuttosto dalla sua completezza e concluzione (cfr. STF 9C_1013/2008 del 23 dicembre 2009; STF I 1094/06 del 14 novembre 2007, in RSAS/SZS 2008 pag. 393 consid. 3.1.1 con riferimenti), che nel caso concreto, per tutto quanto sopra esposto, sono date. 2.7. In simili circostanze, visto tutto quanto precede, è dunque a ragione che la CO 1 ha negato all'assicurato il diritto a prestazioni. La decisione impugnata va pertanto confermata e il ricorso respinto. 2.8. L'insorgente ha chiesto di essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria (cfr. consid. 1.3). Ai sensi dell'art. 61 lett. f LPGA nella procedura giudiziaria cantonale deve essere garantito il diritto di farsi patrocinare. Se le circostanze lo giustificano, il ricorrente può avere diritto al gratuito patrocinio. Tale norma di legge rispecchia sostanzialmente il tenore del vecchio art. 85 cpv. 2 lett. f LAVS, rimasto in vigore sino al 31 dicembre 2002, il quale prevedeva che l'autorità di ricorso doveva garantire il diritto di farsi patrocinare, se del caso, l'assistenza giudiziaria. L'art. 61 lett. f LPGA mantiene il principio che i presupposti del diritto alla concessione dell'assistenza giudiziaria si esaminano sulla base del diritto federale, mentre la determinazione della relativa indennità spetta al diritto cantonale (DTF 110 V 362; Kieser, ATSG-Kommentar, 2015, ad art. 61, n. 173, pagg. 828-829). A norma dell'art. 3 cpv. 1 Lag, nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2011, l'assistenza giudiziaria si estende all'esenzione dagli anticipi e dalle cauzioni; all'esenzione dalle tasse e spese processuali (e all'ammissione al gratuito patrocinio). I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b e riferimenti, vedi anche Kieser, op. cit., ad art. 61, n.i 176 e 177, pag. 829). Nella presente fattispecie non risulta soddisfatto il requisito della probabilità di esito

favorevole. Tale presupposto difetta quando le possibilità di vincere la causa sono così esigue che una persona di condizione agiata, dopo ragionevole riflessione, rinuncerebbe al processo in considerazione delle spese cui si esporrebbe (RAMI 1994 pag. 78; DTF 125 II 275 consid. 4b, 119 Ia 251). Dopo un esame forzatamente sommario, sulla base degli atti all'inserto, la presente vertenza appariva sin dall'inizio destinata all'insuccesso in quanto le prospettive di esito favorevole erano considerevolmente minori dei rischi di perdere la causa. In effetti, da una parte, le valutazioni del dr. _____ escludevano che i dolori cronici femoro-patellari a sinistra (peraltro nemmeno debitamente annunciati ai sensi dell'art. 83 LAM) fossero ancora in relazione con la contusione al ginocchio sinistro del 22 luglio 2014 durante la scuola reclute e, dall'altra parte, il dr. _____ ha ritenuto che la lesione del fascio antero-mediale del crociato anteriore del ginocchio sinistro era solo in possibile relazione con l'infortunio in servizio del luglio 2014. All'insorgente – a maggior ragione in quanto patrocinato da un legale – non poteva sfuggire la necessità di produrre la necessaria e adeguata documentazione medica atta a contestare dette conclusioni. L'insorgente si è invece limitato sostanzialmente a far valere una sua impressione circa gli approfondimenti medici effettuati durante la scuola reclute per approfondire o risolvere il suo caso e non ha apportato alcuna valida documentazione medico-specialistica atta a contraddire o a mettere in dubbio le conclusioni a cui è giunto il dr. _____. Ne consegue che l'istanza di assistenza giudiziaria e gratuito patrocinio deve essere respinta.

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