

2a Camera in qualità di Tribunale delle assicurazioni

SENTENZA

del 12 aprile 2005

nella vertenza di diritto amministrativo

concernente prestazioni assicurative LAINF

1. In data 28 novembre 2003, ... era vittima di un incidente della circolazione. L'autocarro da lui guidato si ribaltava e il conducente riportava un trauma cranico con commozione cerebrale, un ematoma alla coscia sinistra e la contusione della spalla destra. Il caso veniva assunto dall'... Assicurazioni SA, presso la quale ... era assicurato contro le conseguenze di infortuni e malattie professionali (infortunio no. 4020.40185.03.9). Ancora durante il periodo di ridotta abilità lavorativa imputabile al primo infortunio, il 28 gennaio 2004, l'assicurato scivolava sul ghiaccio scendendo dalla gru del camion e riportava una distorsione del ginocchio destro. Essendo già stato convocato dal dott. med. ... per un controllo il giorno successivo, l'infortunato attendeva detta visita per informare il medico dell'accaduto. Il 29 gennaio 2004, il medico curante poteva accertare dei dolori al compartimento laterale del ginocchio destro con la possibilità di accovacciarsi solo fino a 90° e con risalita difficoltosa e poneva la diagnosi di "dolori per trauma distorsivo/contusivo parte laterale ginocchio destro (secondo infortunio recente non annunciato)". Sabato 7 febbraio 2004 l'assicurato cercava di raggiungere telefonicamente il medico curante, poiché da alcuni giorni il ginocchio destro era gonfio e dolente a tal punto che il paziente non riusciva più a lavorare. Durante la visita del 9 febbraio successivo, veniva deciso di procedere ad un consulto specialistico onde definire la questione dell'eventuale causalità dei disturbi con il nuovo infortunio subito (infortunio no. 4020.40070.04.5). Durante il consulto dell'11 febbraio 2004, il dott. med. ... riscontrava una buona stabilità del ginocchio con però dolori alla pressione. L'esame di risonanza magnetica del 23

febbraio 2004 accennava a dei possibili esiti di una lesione del legamento crociato anteriore. Per il resto gli ulteriori accertamenti permettevano di escludere la presenza di un'artrite psoriatca. Per il dott. med. ..., i dolori andavano con probabilità imputati alla traumatizzazione di un'artrosi femoro-rotulea.

2. Con decisione 9 luglio 2004, l'assicuratore infortuni informava l'assicurato di assumere solo i costi degli accertamenti condotti e del primo ciclo di fisioterapia. Infatti, i disturbi al ginocchio destro non avrebbero potuto essere considerati una conseguenza del sinistro avvenuto il 28 gennaio 2004 e le spese in relazione con detta patologia sarebbero pertanto andate a carico della cassa malati dell'assicurato, ovvero della ÖKK Assicurazione malattie e infortuni SA di ... Contro predetta decisione, in data 16 agosto 2004, l'assicuratore malattie interponeva tempestiva opposizione contestando il proprio obbligo di fornire prestazioni. Sulla scorta di un consulto del proprio medico di fiducia, la cassa malati riteneva che i disturbi lamentati dall'assicurato al ginocchio destro fossero da considerare come una conseguenza dell'infortunio da questi subito nel gennaio 2004 o in precedenza e quindi di competenza dell'assicuratore infortuni. Dopo aver sentito il parere dello specialista in chirurgia ortopedica, dott. med. ..., il 27 settembre 2004, l'assicuratore infortuni confermava in sede di opposizione il rifiuto di ulteriori prestazioni, in assenza di chiare indicazioni radiologiche a conferma di lesioni di tipo traumatico e considerato l'ampio lasso di tempo trascorso tra l'infortunio e il manifestarsi del versamento intrarticolare.
3. Nel tempestivo ricorso proposto al Tribunale amministrativo in data 10 dicembre 2004, l'assicuratore malattia chiedeva l'annullamento della decisione impugnata e che l'assicuratore infortuni fosse ulteriormente tenuto a versare prestazioni per il sinistro occorso, anche dopo il 1. marzo 2004, o che eventualmente gli atti fossero ritornati alla parte convenuta per l'esecuzione di ulteriori accertamenti. In sostanza, l'assicuratore ricorrente metteva in dubbio le conclusioni mediche alle quali era giunta l'assicurazione infortuni, basandosi queste su delle supposizioni smentite però dai dati all'incanto.

4. Nella propria risposta di causa, l'assicurazione infortuni chiedeva la reiezione integrale del ricorso. Dagli accertamenti condotti sarebbe chiaramente emerso il carattere patologico e non infortunistico dei disturbi lamentati del paziente, motivo per cui l'obbligo di fornire le prestazioni assicurative spetterebbe giustamente alla cassa malati ricorrente.
5. Dal canto suo, ... rinunciava a prendere posizione sulla presente controversia.

Considerando in diritto:

1. Ai sensi dell'art. 49 cpv. 4 della legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA), se un assicuratore prende una decisione che concerne l'obbligo di un altro assicuratore di fornire prestazioni, la decisione deve essere notificata anche a detto assicuratore, avendo questi a disposizione gli stessi rimedi legali di cui dispone l'assicurato. Inoltre, per quanto stabilito all'art. 70 cpv. 2 lett. a LPGA, è l'assicurazione malattie che è tenuta a versare prestazioni anticipate per le prestazioni in natura e le indennità giornaliere la cui assunzione da parte dell'assicurazione contro le malattie e l'assicurazione contro gli infortuni è contestata. Ne consegue che l'assicurazione malattie è indubbiamente legittimata ad intentare il presente procedimento dopo che l'assicuratore infortuni ha negata la propria responsabilità (eccetto per le spese degli accertamenti ed il primo ciclo di fisioterapia) per le conseguenze dell'infortunio occorso il 28 gennaio 2004.
2. a) In conformità a quanto previsto all'art. 1a cpv. 2 lett. a della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal), l'assicurazione sociale malattie accorda prestazioni in caso di malattia. E' considerata malattia qualsiasi danno alla salute fisica o psichica che non sia la conseguenza di un infortunio o che richieda una cura medica oppure provochi un'incapacità al lavoro (art. 3 LPGA). Conformemente all'art. 6 cpv. 1 della Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF), per quanto non previsto altrimenti dalla legge, le prestazioni assicurative sono effettuate in caso

d'infortuni professionali, d'infortuni non professionali e di malattie professionali. E' considerato infortunio qualsiasi influsso esterno dannoso, improvviso e involontario, apportato al corpo umano da un fattore esterno straordinario che comprometta la salute fisica o psichica o che provochi la morte (art. 4 LPGGA).

- b) L'assicurazione infortuni è un'assicurazione causale. Il diritto a prestazioni assicurative sussiste dal momento in cui il danno alla salute subentrato (danno stesso, invalidità o morte) sia in relazione causale naturale ed adeguata con l'infortunio o la malattia professionale. Cause, nel senso della causalità naturale, sono tutte le circostanze senza le quali un determinato evento non si sarebbe potuto verificare o si sarebbe verificato in altro modo o in altro tempo. Affinché si ammetta l'esistenza di un nesso di causalità naturale, non occorre che l'infortunio sia stato la sola o immediata causa del danno alla salute. È sufficiente che l'evento, unitamente ad altri fattori, abbia comunque provocato un danno all'integrità corporale o psichica dell'assicurato (DTF 126 V 361 cons. 5c, 119 V 337 cons. 1 e 118 V 289 cons. 1b, con i rispettivi riferimenti). È questione di fatto lo stabilire se tra l'evento infortunistico e il danno alla salute esista un nesso di causalità naturale. Su questa questione assicurazione e giudice si determinano secondo il principio della probabilità preponderante, essendo la sola possibilità di una relazione causale insufficiente a fondare un diritto a prestazioni assicurative (DTF 119 V 339 cons. 1 e 118 V 289 cons. 1b e i rispettivi riferimenti). Per l'apprezzamento delle prove, assicurazione e giudice si attengono, di regola, alle attestazioni mediche, quando non ricorrano elementi idonei a giustificarne la loro disattenzione (DTF 113 V 311 ss. e riferimenti). Il diritto a prestazioni assicurative da parte dell'assicurazione infortuni presuppone ancora l'esistenza di un nesso causale adeguato. Tenor costante giurisprudenza, esiste un rapporto di causalità adeguata se, secondo il corso normale delle cose e l'esperienza generale della vita, il fatto è di per sé idoneo a provocare un risultato del genere di quello che si è verificato, in modo tale che questo risultato appaia come favorito dall'evento (DTF 125 V 352 cons. 3b aa e 118 V 290 cons. 1c e riferimenti). Il nesso causale adeguato non deve essere

provato con rigore scientifico; basta invece che il grado della probabilità preponderante deponga per una determinata evoluzione causale.

- c) Giusta l'art. 36 cpv. 1 LAINF, che costituisce un'espressa rinuncia da parte del legislatore al principio della causalità adeguata, le prestazioni sanitarie, i rimborsi delle spese, le indennità giornaliere e gli assegni per grandi invalidi non sono ridotti se il danno alla salute è solo in parte conseguenza dell'infortunio. Ne consegue che l'assicuratore LAINF può sopprimere tali prestazioni soltanto quando l'infortunio non gioca più un ruolo causale, cioè quando lo status quo ante o lo status quo sine sono raggiunti (DAS/A.Inf. 1994 no. 4 e RAMI 1992, pag. 75 cons. 4b). In questo senso, la responsabilità dell'assicurazione infortuni cessa a partire dal momento in cui l'evento non può più essere considerato una causa naturale ed adeguata dello stato di salute, essendo quest'ultimo addebitabile interamente a fattori estranei all'infortunio. Ciò si verifica se, con il passare del tempo, lo stato di salute assume condizioni che sarebbero comunque divenute tali con o senza l'avvenimento assicurato (status quo sine). Anche in questo caso l'assenza di qualsiasi relazione causale tra l'infortunio ed il danno alla salute deve essere comprovata con il grado della probabilità preponderante. Poiché trattasi di uno stato di fatto a conclusione di un diritto a prestazioni, all'assicuratore incombe pure un onere probatorio, nel senso che, in caso d'assenza di prove, la decisione sarà sfavorevole alla parte che intende derivare un diritto da una circostanza rimasta indimostrata (cfr. RAMI 1994 no. U 206, pag. 329 cons. 3b; 1992 no. U 142, pag. 76 cons. 4b in relazione con DTF 117 V 264 cons. 3b).
- d) Nell'evenienza in parola, l'assicurazione infortuni sembra voler negare qualsiasi legame tra i disturbi lamentati dall'assicurato e l'infortunio assicurato, anche se l'assicuratore si è assunto i costi di un ciclo di fisioterapia. Non è contestato che in data 28 gennaio 2004, mentre stava scendendo dalla gru del camion, l'assicurato sia scivolato sul ghiaccio e abbia battuto il ginocchio destro in prossimità del bordo laterale. Il fatto che a questo avvenimento infortunistico il dott. med. ... non voglia dare che ben poca importanza (vedi la relazione del 4 giugno 2004, punto 2) è ai fini del giudizio irrilevante. E' del

tutto comprensibile che un assicurato, ancora inabile al 50% per le conseguenze del primo infortunio, non ritenga di doversi immediatamente recare dal medico dopo uno scivolamento sul ghiaccio e conseguente insorgere di dolori al ginocchio, sapendo che comunque era convocato per un controllo medico il giorno successivo. Come viene poi puntualmente riportato sulla relazione medica riguardante la visita del 29 gennaio 2004, l'interessato ha saputo indicare la dinamica esatta dell'evento traumatico e descriverne i dolori subentrati in prossimità della parte lesa. Per contro, il parere medico espresso dal curante in seguito non convince. Infatti, nella relazione 4 giugno 2004, il dott. med. ... non mette solo in dubbio che la versione dell'accaduto - così come riportata nel suo precedente rapporto - gli sia stata fornita dall'assicurato, ma ignora pure i reperti oggettivabili che aveva allora riscontrati (impossibilità di accovacciarsi oltre 90°). Sulla base delle considerazioni che precedono, questo Giudice non intravede motivi per dubitare del verificarsi di un evento infortunistico nei termini descritti dall'assicurato al medico e riportati sull'annuncio d'infortunio.

3. a) Fin dall'insorgere della sintomatologia al ginocchio destro, l'assicuratore infortuni conduceva accertamenti per escludere la possibilità che potesse trattarsi di un'affezione patologica, cioè che i disturbi fossero riconducibili ad un'artrite psoriatICA o a un attacco di gotta. Dopo che il concorso di queste due patologie è stato escluso, attualmente, le argomentazioni su cui si fondano i dott. med. ... e ... per ritenere che i dolori in oggetto siano di pertinenza dell'assicurazione malattie sono essenzialmente due: il prolungato intervallo libero prima della manifestazione del versamento intrarticolare e l'assenza di un quadro radiologico comprovante una lesione di tipo traumatico. L'esame degli atti all'incanto non permette però di confermare tali assunti.
- b) Come giustamente addotto da parte della cassa malati ricorrente, il versamento al ginocchio destro non è insorto solo 10 giorni dopo il preteso avvenimento infortunistico. Tale conclusione è sconfessata dagli atti all'incanto. In data 29 gennaio 2004, cioè il giorno dopo l'infortunio, il paziente riferiva al dott. med. ... la dinamica dell'accaduto e precisava di "aver sentito

un crack al bordo laterale del ginocchio destro con conseguente **gonfiore**". In occasione della visita il medico non poteva accertare alcun versamento, ma riferiva dei dolori alla digitopressione dell'emirima laterale e della difficoltà che il paziente aveva ad accovacciarsi (possibilità di accovacciarsi solo fino a 90°, con risalita difficoltosa, fatto questo che nella relazione del 19 ottobre 2004 il dott. med. ... considera come indizio per la presenza di un minimo versamento intrarticolare). Tale reperto permette pertanto di escludere che i gonfiori siano insorti solo dieci giorni dopo. Già il giorno dopo l'infortunio e allorquando il paziente non poteva certo sapere dell'importanza ai fini assicurativi dell'insorgere del versamento, veniva riferito al medico l'immediato insorgere di gonfiori al ginocchio destro. Dieci giorni dopo l'avvenimento infortunistico, il 7 febbraio 2004, il paziente telefonava al medico curante lamentando importanti dolori e gonfiori al ginocchio destro già persistenti da alcuni giorni. Alla visita del 9 febbraio 2004 il ginocchio era poi effettivamente gonfio (circa 50 cm³). In base a questi dati risulta pertanto comprovato che non si è istaurato alcun intervallo libero prima della manifestazione del versamento intrarticolare, ma che il gonfiore è subentrato immediatamente dopo l'infortunio, per poi aggravarsi in seguito. La tesi principale su cui il dott. med. ..., nella propria relazione del 4 giugno 2004, e il dott. med. ..., nella relazione del 9 settembre 2004, fondano le loro teorie per contestare il carattere causale dell'affezione con l'infortunio assicurato viene pertanto a cadere.

- c) Quanto al risultato delle diverse indagini condotte, la valutazione fatta dal dott. med. ... per contestare l'esistenza di postumi di tipo traumatico non convince. L'11 febbraio 2004, lo specialista in ortopedia dott. med. ... sospettava una patologia al menisco, per cui veniva eseguita una MRI il 23 febbraio successivo. Da questa indagine emergevano dei "possibili esiti di lesione del legamento crociato ant." anche se poi nella propria valutazione il dott. med. ... concludeva all'"assenza di lesioni post-traumatiche di significato clinico attuale". La scintigrafia ossea trifasica del 12 maggio 2004 non metteva in evidenza segni di artro-sinovite a carico del ginocchio destro. Nella relazione dello stesso giorno, il dott. med. ... riteneva che "i rilievi descritti potrebbero essere ascritti ad artrosi femoro-rotulea post-traumatica". Che la causa dei dolori fosse una probabile traumatizzazione di un'artrosi femoro-rotulea era

anche il parere del dott. med. ... (relazione del 27 maggio 2004). Sulla base di questi reperti, che tendono a confermare un'origine traumatica della sintomatologia, il dott. med. ... poneva, nella propria valutazione degli atti del 9 settembre 2004, la conclusione contraria. Dallo studio degli atti, l'esperto in chirurgia ortopedica concludeva che "gli esami clinici non hanno potuto mettere in evidenza nessuna alterazione strutturale acquisita recente di natura post-traumatica riconducibile con il grado della causalità preponderante con l'evento infortunistico del 28 gennaio 2004." Per quanto riportato nelle relazioni mediche precedenti però, questa valutazione non convince, giacché oggettivamente i reperti agli atti indicano propriamente il contrario e nella valutazione in oggetto vengono ignorati elementi di rilievo importanti come la già iniziale limitazione della possibilità di accovacciarsi del paziente e l'immediato subentrare del versamento. In questo contesto la valutazione contraria redatta dal dott. med. ... il 19 ottobre 2004, sulla base di tutti gli elementi all'incarto, è decisamente più convincente.

- d) Per l'assicuratore infortuni, sembra che la condizione per l'assunzione del caso debba risiedere in una chiara lesione documentabile radiologicamente a livello dell'articolazione del ginocchio. Ora questa condizione è rilevante solo nell'ambito dell'art. 9 cpv. 2 OAINF, a sapere quando un certo tipo di lesione subentra senza l'intervento di alcun fattore esterno straordinario. Nell'evenienza però vi è stato un infortunio ai sensi di legge, motivo per cui la presenza di una lesione nel senso dell'elenco legale di cui all'art. 9 OAINF non è presupposta. Le conseguenze del trauma distorsivo, anche qualora si limitassero a dei versamenti intrarticolari, un'artrosi femoro-rotulea post-traumatica o alla compromissione di un legamento vanno a carico dell'assicurazione infortuni fino all'estinzione dei disturbi o almeno fino a quando l'assicuratore infortuni non sarà in grado di dimostrare che lo status quo ante o quello quo sine siano raggiunti (vedi cons. 2c).
4. Per i motivi che precedono, il ricorso è accolto e la decisione impugnata annullata. La procedura è gratuita e l'assicuratore infortuni anche se vince la causa non ha diritto alle ripetibili (art. 61 lett. g LPGGA).

Il Tribunale decide:

1. Il ricorso è accolto e la decisione impugnata è annullata. L'... Assicurazione SA è tenuta ad assumere i costi derivanti dalla patologia al ginocchio destro di ... fino alla loro completa sparizione o al raggiungimento della situazione come si sarebbe presentata o che sarebbe comunque subentrata anche senza l'infortunio assicurato.
2. La procedura è gratuita.