

TI_GERICHTE 35.2001.6 vom 5. Oktober 2000

TI Tribunale d'appello, 2000-10-05, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2001.6

FR: TI_GERICHTE 35.2001.6 du 5 octobre 2000

IT: TI_GERICHTE 35.2001.6 del 5 ottobre 2000

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 5

b/bb, 118 V 286 e 117 V 365 in fine; cfr., pure, U. Meyer-Blaser, Kausalitätsfragen aus dem Gebiet des Sozialversicherungsrechts, in SZS 2/1994, p. 104s. e M. Frésard, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], n. 39). 2.4. In virtù dell'art. 11 OAINF, l'assicuratore LAINF é tenuto a riprendere l'erogazione delle prestazioni assicurative in caso di ricadute o conseguenze tardive (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 71 e A. Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungs-recht, Berna 1985, p. 277). Né la LAINF né l'OAINF prevedono, al riguardo, un limite temporale. Pertanto, la pretesa potrà essere fatta valere anche qualora la ricaduta o le conseguenze tardive appaiono, per la prima volta, dieci o vent'anni dopo l'infortunio assicurato, e ciò indipendentemente dal fatto che, a quel momento, l'interessato sia o meno ancora assicurato. Rilevante é soltanto l'esistenza di un nesso di causalità (cfr. STFA del 31 luglio 2001 nella causa H., U 122/00). 2.5. Nella presente fattispecie, con l'impugnata decisione su opposizione, l'Istituto assicuratore convenuto ha negato la propria responsabilità relativamente all'episodio di bloccaggio degli arti inferiori, facendo valere che quest'ultimo non si troverebbe in nesso di causalità naturale con l'evento traumatico assicurato (cfr. doc. _). Questa decisione è stata fondata su un sommario apprezzamento espresso dal dott. _____, medico di circondario, a mente del quale i disturbi accusati da _____ sarebbero da ricondurre ad un'insufficienza segmentale lombare discreta accentuata da una disbalance muscolare in seguito all'intervento di estirpazione di un neurinoma a livello L3/L4: " (...) STATO LOCALE Alla deambulazione non notiamo nessun accenno di zoppia, nessuna difficoltà all'andatura sulle punte dei piedi, né sui talloni. La posizione del bacino è orizzontale, la colonna diritta ma lievemente appiattita. Le diverse cicatrici sono prive d'irritazione. Alla palpazione si trova un dolore sopra L3-L4 con uno scuotimento positivo. La reclinazione scatena proprio in questa zona una certa dolenzia. La distanza dita-suolo è di 50 cm. L'inclinazione è possibile bilateralmente fino a 30°, la colonna toracale è però completamente fissata. All'esame neurologico si trova un'iposensibilità alla coscia ventrale laterale. Altrimenti senza particolarità. I riflessi sono molto vivaci e simmetrici. Nessun Lasègue o pseudo-Lasègue. DIAGNOSI - Insufficienza segmentale discreta a livello L3-L4 in stato dopo estirpazione di un neurinoma L3 sinistro nel 1994. - Esito in stato dopo spondilodesi Th6-Th9 in stato dopo frattura di Th6/Th7 in stato dopo incidente stradale nel 1983. CONCLUSIONI I dolori e i disturbi recenti sono dovuti ad un'insufficienza segmentale lombare discreta accentuata da una disbalance muscolare in seguito ad un intervento per un neurinoma a livello L3/L4. Si trattava

probabilmente di un lumbago. Tutti gli accertamenti effettuati dal dicembre 1999 fino ad ora vanno a carico della Cassa malati" (doc. _). Dalle tavole processuali risulta inoltre che, durante il mese di novembre 2000, il ricorrente ha interpellato il Prof. _____ in merito alla vertenza che lo vede opposto all'_____. In risposta, il succitato specialista ha semplicemente osservato che la questione riguardante l'origine dei disturbi insorti all'inizio del mese di dicembre del 1999, merita un "approfondimento mirato" (cfr. doc. _). In corso di causa, questa Corte ha preso contatto con il Prof. dott. _____, al quale sono stati posti alcuni quesiti attinenti all'eziologia dei disturbi di cui ha sofferto _____ (cfr. VI). Qui di seguito le risposte fornite da questo specialista: "1. L'episodio di bloccaggio degli arti inferiori sopravvenuto all'inizio del mese di dicembre 1999 si trova o meno in una relazione di causalità naturale perlomeno probabile con l'incidente della circolazione stradale del 14 giugno 1983, in cui l'assicurato ha riportato, fra l'altro, una frattura compressiva delle vertebre toracali Th5-Th6 (trattata con spondilodesi Th4-Th9)? L'incidente del 14.06.1983 ha determinato un politrauma con fratture compressive dei corpi vertebrali Th6 e Th7 (associate ad una paraplegia degli arti inferiori di carattere transitorio) ed una frattura della V costa sin con contusione polmonare (ematopneumotorace). In questo ambito Egli è stato sottoposto ad un intervento di 5 segmenti funzionali e, segnatamente, da Th 4 a Th9. Se sul piano funzionale il trattamento si è rivelato efficace in un soggetto allora trentenne, il bloccaggio del segmento toracico medio-inferiore, specie su un'estensione rilevante è sovente associato con dolori riflessi nel segmento lombare e nelle aree sacroiliache a medio lungo termine. Questo si è verificato, sia pure in forma moderata, nel caso del Signor _____ a partire dalla fine degli anni '80 (lombalgie sotto sforzo con leggera limitazione funzionale). Le caratteristiche cliniche dell'episodio acuto, insorto nel dicembre 1999, suggeriscono in primo luogo una sindrome faccettaria (articolare posteriore) irritativa eventualmente, ma non necessariamente nell'ambito di un'insufficienza segmentaria. Poiché una stabilizzazione estesa del segmento toracico medio-inferiore è suscettibile di indurre disturbi delle articolazioni vertebrali posteriori ma anche di favorire l'insorgenza di un'insufficienza segmentaria, pensiamo che il nesso di causalità tra questo episodio e l'infortunio del giugno 1983 debba essere ritenuto più probabile (wahrscheinlich) che possibile (möglich). A sostegno di un nesso di causalità probabile: vedi risposta alla domanda 2. 2. Condividi la tesi - difesa dal medico di circondario dell'_____ - secondo cui "i dolori e disturbi recenti sono dovuti ad un'insufficienza segmentale lombare discreta accentuata da una disbalance muscolare in seguito ad un intervento per un neurinoma a livello L3/L4. Si trattava probabilmente di un lumbago"? Voglia, in ogni caso, motivare la sua risposta. Sulla base degli elementi a nostra disposizione non condividiamo questa ipotesi. L'accesso microchirurgico per un neurinoma di una radice lombare viene di regola effettuato con una piccola incisione paramediana e quindi con uno scollamento assai circoscritto della muscolatura paravertebrale (non superiore di molto a quello realizzato per un intervento d'ernia discale). La decompressione ossea interessa sia il compartimento interno e cioè il sacco durale e l'emergenza radicolare che quello foraminale - extraforaminale e cioè il punto in cui è situato il cambio spinale ed inizia il nervo vero e proprio. All'inizio viene quindi resecata una lamina (arco vertebrale) e, all'altezza del foramen, asportato il residuo della faccetta articolare mediale atrofizzata dal lento accrescimento del tumore e sostanzialmente non funzionale. In queste condizioni e non da ultimo poiché il versante opposto rimane intatto sia sul piano muscolare che osseo ed osteoarticolare, lo sviluppo di un'insufficienza segmentaria quale conseguenza dell'intervento è decisamente improbabile, non viene quasi mai osservato nel decorso di questi pazienti (che possono presentare per

contro dolori neurogeni insistenti - non nel caso di questo assicurato). Si potrebbe naturalmente obiettare che un intervento di questo genere realizzato in un soggetto già fragilizzato da una procedura chirurgica estesa nel segmento toracico potrebbe avere un ruolo destabilizzante non osservato in pazienti senza antecedenti vertebrali. A questo proposito, la letteratura è muta e ciò non è sorprendente visto l'incidenza relativamente bassa dei neurinomi spinali nella popolazione generale. Osservazione : se le considerazioni formulate nei paragrafi precedenti suggeriscono una relazione probabile con l'evento traumatico del 1983 e tendono ad escludere un ruolo causale del trattamento microchirurgico realizzato nel 1994, esiste evidentemente la possibilità che il problema vertebrale lombare insorto nel 1999 rappresenti un problema "de novo" e cioè indipendente sia dalla spondilodisi che dalla procedura microchirurgica per il neurinoma. Contro questa ipotesi parlano tuttavia l'età del paziente (45 anni nel 1999) e l'assenza nell'anamnesi dei sintomi caratteristici per un'insufficienza segmentaria: il disconfort lombare, senza dolori veri e propri dopo permanenza prolungata in una determinata posizione al quale fanno seguito - sull'arco di mesi o anni - dolori posizionali, una rigidità mattutina che cede alla mobilizzazione, dolori al raddrizzamento a partire dall'anteroflessione e blocchi funzionali iperalgici. In queste condizioni riteniamo quindi che l'ipotesi di una relazione con l'evento del 1983 sia oggettivamente la più probabile e, in assenza di prove contrarie nella letteratura neuro-ortopedica, vada sostenuta a favore dell'assicurato." (IX - la sottolineatura è del redattore) Chiamato a pronunciarsi sull'apprezzamento enunciato dal Prof. dott.

_____, l'Istituto assicuratore convenuto - o meglio il suo medico di fiducia - ne ha contestato la fondatezza, affermando sostanzialmente che il nesso di causalità fra l'evento infortunistico del 1983 ed i disturbi al dorso non sarebbe da considerare probabile. Queste le considerazioni enunciate dal dottor _____: "(...) La colonna toracale è già di per sé poco mobile a causa della forma e per la fissazione tra il torace. L'intervento all'epoca ha soltanto stabilito la frattura onde evitare un accorciamento della colonna lombare. Ognuno può già osservare da sé molto semplicemente che la parte toracale della colonna vertebrale in estensione o flessione si muove solo di pochissimo. Per questo motivo non è giusto pensare che una spondilodisi a tale livello possa impedire la colonna lombare, nel senso di un sovraccarico. Il nesso causale tra l'infortunio del 1983 e gli attuali disturbi alla colonna lombare non è probabile. Il prof. _____ non è d'accordo con le mie valutazioni, però proprio io ho citato questo medico nel mio rapporto. Le parole sono quasi le stesse che il prof. _____ ha usato nel suo rapporto del 13.3.2000 (documento _): "il problema vertebrale, anche se non molto importante in un soggetto assai motivato, persiste comunque. Esso ha le caratteristiche d'insufficienza segmentale discreta, probabilmente accentuata da un disbalance muscolare". In seguito è chiaro a tutti i chirurghi che sia per una micro-dissectomia che per asportare un neurinoma l'accesso è lo stesso. Si deve prima liberare l'osso dal muscolo (muscolatura paravertebrale) e in queste circostanze vanno anche distrutti almeno 3 nervi muscolari. È molto tipico che dopo un tale intervento i pazienti abbiano, come si dice in tedesco, un "Schweres Kreuz". Il prof. _____ della _____ Klinik, ha descritto molto bene questi disturbi nel libro "Der lumbale Bandscheibenschaden" del 1991. L'età non determina la presenza o meno di una patologia del dorso. Sono invece proprio le persone giovani, di soli 30 anni o anche meno, ad avere problemi in questo senso." (XVII bis) Lo scrivente Tribunale ha chiesto al Prof. _____ di prendere posizione in merito all'apparente contraddizione posta in evidenza dal medico di fiducia dell'_____. Si è quindi proceduto a sottoporgli l'apprezzamento del 20 settembre 2001 del dottor _____ (cfr. XVIII). Questo il contenuto del suo

referto datato 27 novembre 2001: " (...) La discrepanza per cui viene accennato è puramente semantica. La formulazione del 13 marzo 2000 (insufficienza segmentaria discreta, probabilmente accentuata da una disbalance muscolare) mirava ad indicare al Collega Reumatologo una problematica segmentaria d'origine statica in concomitanza con uno squilibrio muscolare. Essa deve essere ritenuta impropria nel senso scientifico stretto dell'insufficienza (instabilità). Corretta, è per contro, la formulazione espressa nelle osservazioni alle domande complementari del 03.09.01. Al di là di queste confutazioni di termini, Vi invitiamo a ponderare attentamente le risposte alle due domande e soprattutto alla seconda (nostro scritto del 03.09.01). Quest'ultima fornisce informazioni documentabili e scientificamente sostenibili su questo problema." (XIX) In data 27 dicembre 2001, l'_____ ha ulteriormente ribadito il proprio dissenso nei confronti della valutazione della fattispecie operata dallo specialista consultato dal TCA, facendo capo alle considerazioni espresse dal proprio medico di circondario: " (...) il professor _____ ritiene molto importante la sua risposta alla seconda domanda nella sua lettera del 3.9.2001. Qui descrive chiaramente lo stesso approccio sia per eseguire l'asportazione di un neuroma sia per operare un'ernia discale. Per entrambi gli interventi bisogna asportare e resecare una lamina dell'arco vertebrale e qualcosa della faccetta articolare mediale. Questo intervento viene chiamato micro-discectomia anche se non cambia praticamente nulla dalla macro-discectomia. I segmenti diventano sempre instabili, perché va eliminato qualcosa dell'articolazione alla cosiddetta faccetta, la stessa è la vera articolazione tra due corpi vertebrali. Scrive anche il professor _____ nel suo libro "Der lumbale Bandscheibenschaden" chiaramente che non vi è differenza tra un intervento di micro-discectomia e uno di macro-discectomia. Scrive pure che è sempre possibile che si sviluppi un'instabilità secondaria (vedi anche l'estratto del summenzionato libro del professor _____). Da una parte il professor _____ afferma che un intervento, come ad esempio una micro-discectomia alla colonna lombare, non può provocare un'insufficienza segmentaria, dall'altra parte dichiara invece che una spondilodesi come quella al segmento toracico potrebbe avere un ruolo destabilizzante. C'è una discordanza nelle sue conclusioni. Le mie affermazioni fatte già in precedenza, vengono confermate." (XXIII bis) Nel mese di gennaio 2002, lo scrivente Tribunale ha chiesto al dott. _____ di spiegare come si concilia la tesi da lui difesa con quanto invece risulta dalla pubblicazione del Prof. dott. _____ " Der lumbale Bandscheibenschaden ", a cui il medico di circondario dell'_____ ha accennato nel suo rapporto del 10 dicembre 2001 (cfr. XXIV). Qui di seguito la risposta fornita dal Prof. _____: " (...) abbiamo preso conoscenza delle osservazioni formulate dalla _____ il

E. 10

12.2001. In tale scritto, il Medico di Circondario afferma che l'accesso chirurgico per l'estirpazione di un neurinoma lombare è del tutto sovrapponibile a quello realizzato per un'ernia discale e che il rischio di instabilità secondaria è indipendente dalla tecnica adottata (micro o macrochirurgica), poiché in entrambi i casi viene coinvolto l'apparato articolare. A sostegno di questa tesi Egli cita il testo divulgativo del Collega _____ (Der lumbale Bandscheibenschaden). Nello stesso scritto viene ritenuto contraddittorio ammettere che un intervento standard di discectomia lombare non abbia un potenziale destabilizzante mentre lo avrebbe una spondilodesi toracica. Queste obiezioni non sono sostenute da argomenti scientifici validi. Confrontare la problematica di un'ernia discale lombare con quella di un tumore spinale equivale a porre sullo stesso piano un problema degenerativo/infiammatorio con una lesione compressiva locale - due affezioni completamente diverse, per quel che

concerne il substrato d'apparizione e la modalità evolutiva. In un'ernia discale viene trattata la compressione di una radice nervosa sottoposta per altro all'irritazione/infiemmazione da prodotti della degenerazione discale. Questa compressione è il risultato di una malattia degenerativa/infiemmatoria della cartilagine, d'origine sconosciuta, le cui ripercussioni interessano secondariamente altre strutture quali i rami mediali della radice, le capsule articolari e non di rado il tronco simpatico antero-laterale. Trattare chirurgicamente un'ernia discale significa quindi curare una conseguenza (o addirittura una delle conseguenze) senza influenzare la causa. Per questa ragione, il decorso è sovente sfavorevole con manifestazioni sintomatiche delle alterazioni secondarie, ma anche con progressione della malattia cartilaginea ad altri livelli. In tale contesto, l'insufficienza/instabilità vertebrale è solo uno degli aspetti che possono condizionare il decorso di questi pazienti. Nel caso di un tumore spinale la situazione è diametralmente opposta. Indipendentemente dalla sua localizzazione, un tumore benigno delle radici lombari determina la compressione sintomatica di elementi nervosi, senza alcuna ripercussione sulle altre strutture potenzialmente generatrici di dolori (articolazioni ecc) e questo è d'importanza centrale per definire un problema come quello del Signor _____. Il secondo punto fondamentale è che il tumore rappresenta la causa dei disturbi e l'intervento chirurgico - a differenza dei processi degenerativo/infiemmatorio come le ernie discali - è di regola curativo. In tal contesto è evidente che interpretare il problema alla luce di una pubblicazione divulgativa sulle ernie discali traduce una lacuna di conoscenza sulla natura delle affezioni spinali in discussione. Al di là di questi aspetti fondamentali, anche le osservazioni a proposito della tecnica chirurgica (microdiscectomia/macrodisecectomia) non sono corrette. Per quel che concerne la terminologia, il termine micro o macro disecectomia dovrebbe essere evitato poiché esso suggerisce una relazione di piccolo/grande. In realtà, bisogna parlare di disecectomia con tecnica microchirurgica o macrochirurgica, poiché gli obiettivi dell'intervento e la sua estensione sul compartimento discale sono identici. In secondo luogo, la tecnica moderna (anche macroscopica) non comporta la resezione sistematica di una lamina - una via d'accesso che non fa più parte della routine da almeno 30 anni. In terzo luogo - e questo è essenziale - la componente mediale dell'articolazione vertebrale posteriore ("cosiddetta faccetta") non viene interessata dalla via d'accesso. Al contrario, l'operatore si sforza di preservare l'integrità dell'articolazione vertebrale posteriore per evitare disturbi loco-regionali, rispettivamente lo scompenso di una insufficienza vertebrale latente in un'instabilità franca. La resezione anche parziale della faccetta articolare mediale viene realizzata unicamente nei casi in cui esista una stenosi del recesso laterale (come del resto descritto nel libro divulgativo del Collega _____ e con maggiori particolari nella sua pubblicazione precedente "Ischias ohne Bandscheibenvorfall"). Del resto, il coinvolgimento di un'articolazione vertebrale posteriore nel corso di un intervento per ernia discale lombare non implica necessariamente l'insorgenza di un'instabilità vertebrale. Questo problema risulta dalla convergenza di vari fattori e può essere anticipato con un alto grado di probabilità prima dell'intervento, influenzando eventualmente l'opzione tecnica definitiva (decompressione con stabilizzazione primaria o, recentemente, stabilizzazione dinamica per il tramite di una protesi discale). Senza entrare in troppi particolari sul substrato multifaccettario dell'insufficienza/instabilità vertebrale, ricorderemo che il tempo d'evoluzione e la modalità di progressione del problema degenerativo/infiemmatorio hanno un ruolo fondamentale. In soggetti anziani, con una sindrome di stenosi spinale lombare, vengono realizzate decompressioni ossee bilaterali con asportazione delle faccette mediali e questo a più livelli, senza necessità di stabilizzazione. Ed anche in presenza di uno

slittamento vertebrale consolidato (pseudolistesi), gli studi randomizzati controllati della letteratura (gli unici con valore biostatistico) indicano un rischio di instabilità secondaria di soltanto il 4% (studi di Dickmann e di Sonntag). Queste osservazioni illustrano chiaramente come non sia possibile spiegare la problematica di un neurinoma lombare con argomenti tratti da una patologia completamente diversa: l'unico punto comune tra un neurinoma lombare ed un'ernia discale è l'incisione cutanea. La seconda obiezione (discordanza nelle conclusioni) viene in parte evasa dagli argomenti precedenti, ma anche da quelli formulati nella nostra relazione peritale. Essa ci sorprende, poiché la letteratura ortopedica (la disciplina al quale appartiene il medico di circondario della _____ A) consacra da anni largo spazio al problema dello scompenso sintomatico dei segmenti adiacenti ad una stabilizzazione, specie nei giovani vittime di traumi vertebrali. Questo problema è stato per altro recentemente discusso al Congresso Internazionale (Advance Spinal Surgery, Montreux, maggio 2002) su collettivi-pazienti con decorsi e sintomatologie del tutto simili a quelli osservati nel Signor _____. Sulla base di questi elementi confermiamo integralmente la nostra valutazione del caso e, scusandoci per il ritardo della nostra risposta, cogliamo l'occasione per salutarvi con la massima stima." (XXIX) Così ha invece replicato il dott. _____: "(...) Risposta alla lettera del Prof. _____ del 3.7.2002. Il Prof. _____ ha titolato il libro del Prof. _____ "Der lumbale Bandscheibenschaden" un testo divulgativo. Esistono però due lavori uno del 1987 e l'altro del 1991. Quest'ultimo è un libro con esattamente 603 citazioni! In seguito devo confermare che i miei apprezzamenti erano sempre basati su documenti esistenti e non sono presi dall'ambito di fantasia. Il Prof. _____ nella sua lettera del 10.9.2001 sotto il punto 2 ha esattamente descritto l'intervento eseguito per questo neurinoma di una radice lombare. Citazione: "... all'interno viene quindi resecata una lamina (arco vertebrale) e, all'altezza del foramen, asportato il residuo della faccetta articolare mediale atrofizzata dal lento accrescimento del tumore e sostanzialmente non funzionale ...". Proprio questa misura dell'intervento come anche affermato dal Prof. _____ finisce in un'instabilità. Per quanto concerne la discussione tra micro- o macro-discectomia allego ancora un estratto dalla pubblicazione "Der lumbale Bandscheibenschaden" di _____ del 1991." (XXXII, 2) 2.5. Secondo la giurisprudenza, il giudice delle assicurazioni sociali è tenuto a vagliare oggettivamente tutti i mezzi di prova, a prescindere dalla loro provenienza, ed a decidere se la documentazione a disposizione permetta di rendere un giudizio corretto sull'oggetto della lite. Qualora i referti medici fossero contraddittori fra loro, non gli è consentito di liquidare il caso senza valutare l'insieme delle prove e senza indicare le ragioni per le quali si fonda su un parere piuttosto che su un altro (DTF 125 V 352). Determinante è, del resto, che il rapporto sia completo sui temi sollevati, che sia fondato su esami approfonditi, che tenga conto delle censure sollevate dalla persona esaminata, che sia stato redatto in piena conoscenza dell'anamnesi, che sia chiaro nella presentazione del contesto medico e che le conclusioni dell'esperto siano motivate (cfr. DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191ss.; DTF 122 V 160ss, consid. 1c e riferimenti). L'elemento rilevante per decidere circa il valore probante, non è né l'origine del mezzo di prova né la sua designazione quale rapporto oppure quale perizia, ma semplicemente il suo contenuto (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti). Tutto ben considerato, in casu, il TCA ritiene che l'apprezzamento enunciato dal dott. _____ - _____ del Servizio Cantonale di neurochirurgia nonché docente universitario, alla cui competenza anche questa Corte fa, di tanto in tanto, capo - possa validamente costituire da fondamento al giudizio che ora lo occupa, senza che si riveli necessario procedere ad ulteriori provvedimenti istruttori

(perizia medica giudiziaria). Al proposito, va ricordato che, per costante giurisprudenza, quando 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 (valutazione anticipata delle prove), si rinuncerà ad assumere altre prove (cfr. STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., H 102/01; STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., H 103/01; STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa D.SA, H 299/99; STFA del 26 novembre 2001 nella causa R., U 257/01; STFA del 15 novembre 2001 nella causa P., U 82/01; STFA del 28 giugno 2001 nella causa G., I 11/01; RCC 1986 p. 202 consid. 2d; STFA del 27 ottobre 1992 nella causa B.P.; STFA del 13 febbraio 1992 in re O.; STFA del 13 maggio 1991 nella causa A.; STCA del 25 novembre 1991 nella causa M.; F. Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; U. Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, Zurigo 1999, p. 212; Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2a ed., p. 39 e p. 117) senza che ciò costituisca una lesione del diritto di essere sentito sancito dall'art. 29 cpv. 2 nCost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata). Agli atti figurano, da un canto, i referti del Prof. dott. _____ - medico che, in qualità di specialista, ha avuto in sua cura _____ - e, d'altro canto, del medico di circondario dell'_____, il dottor _____. Di principio, le loro certificazioni possono essere prese in considerazione nell'ambito di una valutazione globale delle prove. In effetti, come visto, secondo la giurisprudenza federale, per decidere a proposito del valore probante di un mezzo di prova, determinante è il suo contenuto, piuttosto che la sua provenienza. Ora, pur tenendo conto che alle certificazioni del medico curante - anche se specialista (cfr. STFA del 7 dicembre 2001 nella causa M., U 202/01, consid. 2b/bb) - va riconosciuto un valore di prova limitato, e ciò in ragione del rapporto di fiducia che lo lega al suo paziente (cfr. RAMI 2001 U 422, p. 113ss. (= AJP 1/2002, p. 83); DTF 125 V 353 consid. 3b/cc), resta il fatto che l'opinione espressa dal dottor _____, al quale questa Corte ha peraltro chiesto, più volte, precisazioni in corso di causa (cfr. consid. 1.8., 1.9. e 1.10.), risulta essere più convincente rispetto a quella sostenuta dal medico di circondario dell'_____. Innanzitutto, va evidenziato come il dottor _____ abbia potuto rispondere ai quesiti postigli dal TCA con una piena cognizione di causa, essendo, oltre che un autorevole specialista proprio nella materia che qui interessa, perfettamente a conoscenza dei trascorsi valetudinari dell'insorgente. Infatti, fu lui stesso ad occuparsi di _____ sia in occasione dell'estirpazione del neurinoma della radice/nervo L3 a sinistra (1994), sia in occasione del noto episodio di bloccaggio degli arti inferiori (1999). Per contro, il dott. _____ ha visto l'assicurato una sola volta, in occasione della visita di controllo del 7 giugno 2000. D'altro canto, per negare la responsabilità dell'_____, egli non ha fatto altro che riprendere i termini utilizzati dal dott. _____ nel suo certificato del 13 marzo 2000 indirizzato al dott. _____ (cfr. doc. _). Senonché, così come ha avuto modo di precisare lo stesso Prof. _____ al TCA (cfr. XVIII e XIX), il significato di questa formulazione va relativizzato, nella misura in cui "essa deve essere ritenuta impropria nel senso scientifico stretto dell'insufficienza (instabilità). Corretta è, per contro, la formulazione espressa nelle osservazioni alle domande complementari del 03.09.01". D'altra parte, occorre sottolineare come lo specialista in neurochirurgia abbia saputo confutare, in maniera motivata, convincente e, soprattutto, con dei frequenti accenni alla letteratura scientifica, ognuna delle obiezioni sollevate, man mano, dal medico di fiducia dell'Istituto assicuratore convenuto. In simili condizioni, il TCA ritiene dimostrato - e si

ricorda che, nell'ambito del diritto delle assicurazioni sociali, è sufficiente che i fatti vengano provati secondo il criterio della verosimiglianza preponderante (cfr. DTF 125 V 195 consid. 2 e riferimenti; cfr., pure, Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 320 e A. Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Zurigo 1995, p. 338) - che l'episodio di bloccaggio improvviso degli arti inferiori, oggetto dell'annuncio di ricaduta del 6 dicembre 1999, costituisce una conseguenza naturale (ed adeguata, cfr., al proposito, la dottrina e la giurisprudenza evocate al consid. 2.3. in fine) dell'infortunio del 14 giugno 1983. La causa va retrocessa all'assicuratore LAINF convenuto affinché si esprima, all'occorrenza mediante l'emanazione di una nuova decisione formale, sul diritto a prestazioni a dipendenza dei disturbi di cui ha sofferto _____.

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