

TI_GERICHTE 35.2001.8 vom 3. Januar 2001

TI Tribunale d'appello, 2001-01-03, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2001.8

FR: TI_GERICHTE 35.2001.8 du 3 janvier 2001

IT: TI_GERICHTE 35.2001.8 del 3 gennaio 2001

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 24

maggio 1999. 2.2. Secondo l'art. 16 LAINF, l'assicurato totalmente o parzialmente incapace di lavorare a seguito d'infortunio o di malattia professionale ha diritto all'indennità giornaliera. Conformemente alla costante giurisprudenza, la nozione di incapacità di lavoro è identica in tutti i campi dell'assicurazione sociale: viene considerata incapace di lavoro una persona che per motivi di salute non è più in grado di svolgere la propria attività o lo è soltanto in misura ridotta oppure, ancora, soltanto con il rischio di aggravare il suo stato di salute (DTF 111 V 239 consid. 1b; A. Maurer, Schweizerisches Sozialversicherungsrecht, vol. I, pag. 286 segg.; Ghélew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), Losanna 1992, p. 91). La questione di sapere se l'assicurato sia o meno incapace di lavorare in misura giustificante il riconoscimento del diritto a prestazioni deve essere valutata sulla base dei fatti forniti dal medico. Spetta al medico fornire una precisa descrizione dello stato di salute dell'assicurato e tracciare un esatto quadro degli impedimenti ch'egli incontra nell'esplicare determinate funzioni. Il medico indicherà, per prima cosa, se l'assicurato può ancora svolgere la sua professione, precisando quali sono le controindicazioni in quell'attività. Determinante ai fini della graduazione dell'incapacità lavorativa non è comunque l'apprezzamento medico-teorico, bensì la diminuzione della capacità di lavoro che effettivamente risulta dall'impedimento (RAMI 1987 K720, pag. 106 consid. 2, U27, pag. 394 consid. 2b e giurisprudenza ivi citata; RJAM 1982 no. 482, pag. 79 consid. 2). L'assicurato che rinuncia a utilizzare la sua residua capacità oppure che non mette in atto i provvedimenti da lui ragionevolmente esigibili per sfruttare al meglio la propria capacità lavorativa è, ciò nonostante, giudicato per l'attività che egli potrebbe esercitare dimostrando buona volontà. Carenze di volontà risultanti da un'anomalia caratteriale non sono prese in considerazione nell'ambito dell'assicurazione infortuni: possono essere, tutt'al più, considerate nell'ambito dell'assicurazione malattia se la loro causa é da ricercare in un'affezione patologica (DTF 101 V 145 consid. 2b; 111 V 239 consid. 1b e 2a; RAMI 1986 p. 56; 1987 p. 105 consid. 2; 1987 p. 393 consid. 2b; 1989 p. 106 consid. 1d; Ghélew, Ramelet e Ritter, op. cit., p. 91). 2.3. Va comunque ricordato che presupposto essenziale per l'erogazione di prestazioni da parte dell'assicurazione contro gli infortuni è l'esistenza di un nesso di causalità naturale fra l'evento e le sue conseguenze (danno alla salute, invalidità, morte). Questo presupposto è da considerarsi adempiuto qualora si possa ammettere che, senza l'evento infortunistico, il danno alla salute non si sarebbe potuto verificare o non si sarebbe verificato nello stesso modo. Non occorre, invece, che l'infortunio sia stato la sola o immediata causa del danno alla salute; è

sufficiente che l'evento, se del caso unitamente ad altri fattori, abbia comunque provocato un danno all'integrità corporale o psichica dell'assicurato, vale a dire che l'evento appaia come una condizione sine qua non del danno. È questione di fatto lo stabilire se tra evento infortunistico e danno alla salute esista un nesso di causalità naturale; su detta questione amministrazione e giudice si determinano secondo il principio della probabilità preponderante - insufficiente essendo l'esistenza di pura possibilità - applicabile generalmente nell'ambito dell'apprezzamento delle prove in materia di assicurazioni sociali. Al riguardo essi si attengono, di regola, alle attestazioni mediche, quando non ricorrano elementi idonei a giustificare la disattenzione (cfr. DTF 119 V 31; DTF 118 V 110; DTF 118 V 53; DTF 115 V 134; DTF 114 V 156; DTF 114 V 164; DTF 113 V 46). Ne discende che ove l'esistenza di un nesso causalità tra infortunio e danno sia possibile ma non possa essere reputata probabile, il diritto a prestazioni derivato dall'infortunio assicurato dev'essere negato (DTF 117 V 360 consid. 4a e sentenze ivi citate).

2.4. Occorre inoltre rilevare che il diritto a prestazioni assicurative presuppone pure l'esistenza di un nesso di causalità adeguata tra gli elementi summenzionati. Un evento è da ritenere causa adeguata di un determinato effetto quando secondo il corso ordinario delle cose e l'esperienza della vita il fatto assicurato è idoneo a provocare un effetto come quello che si è prodotto, sicché il suo verificarsi appaia in linea generale propiziato dall'evento in questione (DTF 117 V 361 consid. 5a e 382 consid. 4a e sentenze ivi citate). Comunque, qualora sia carente il nesso di causalità naturale, l'assicuratore può rifiutare di erogare le prestazioni senza dover esaminare il requisito della causalità adeguata (cfr. DTF 117 V 361 consid. 5a e 382 consid. 4a; su queste questioni vedi pure: Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 51-53). La giurisprudenza ha altresì stabilito che la causalità adeguata, quale fattore restrittivo della responsabilità dell'assicurazione contro gli infortuni allorché esiste un rapporto di causalità naturale, non gioca un ruolo in presenza di disturbi fisici consecutivi ad un infortunio, dal momento che l'assicurazione risponde anche per le complicazioni più singolari e gravi che solitamente non si presentano secondo l'esperienza medica (cfr. DTF 118 V 286; DTF 117 V 365 in fine).

2. 5. Con l'impugnata decisione su opposizione, l'Istituto assicuratore convenuto ha ritenuto _____ totalmente abile al lavoro a far tempo dal 24 maggio 1999, tenuto conto dei soli postumi residuali dell'evento traumatico assicurato (cfr. doc. _). L'_____ è pervenuto a questa conclusione fondandosi, essenzialmente, sulla perizia 6 maggio 1999 del dottor _____, all'epoca primario del Reparto di neurochirurgia dell'Ospedale cantonale di _____. Dopo aver ricostruito l'anamnesi dell'assicurato ed averne descritto lo status clinico e radiologico, il dottor _____ ha affermato che la parziale incapacità lavorativa presentata dall'insorgente (30%) è provocata, non già dalle sequele dell'infortunio assicurato, ma da disturbi di natura squisitamente morbosa, specificatamente da preesistenti alterazioni degenerative plurisegmentali, aggravate da un processo di cronicizzazione del dolore: " (...). Nach dem Sturz aus ca. 2 m Höhe auf die Beine und von dort auf Gesäss und Schulter/Rücken ergab die Abklärung im Spital Lugano eine kleine Deckplatteninfraktion des LWK2 und fraglich auch am LWK1 sowie eine Kontusion des Calcaneus rechts. Der Patient konnte am folgenden Tag nach Hause und in die ambulante Behandlung entlassen werden, allerdings mit Stöcken wegen der Calcaneus-Kontusion. Die weitere Betreuung erfolgte durch Frau Dr. _____. Gemäss ihrem Bericht vom 04.11.1998 konnte sie in den vergangenen Wochen eine deutliche Besserung feststellen, obwohl während einer gewissen Zeit Sensibilitätsstörungen mit einem zu dieser Zeit positiven Lasègue-Phänomen am rechten Bein und Fuss auftraten. Am 26.10.1998 waren diese Phänomene wieder verschwunden. In der Folge verschlechterte

sich der Zustand wieder, sodass eine stationäre Behandlung in der _____ wurde (vom 17.11. bis 16.12.1998). Dort wurde im wesentlichen ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom links festgestellt. Die intensive stationäre Behandlung nützte leider nichts (gemäss Angaben des Patienten), und im Austrittsbericht wird eine Zunahme der Schmerzen sowohl im Kreuz wie auch im Bereich des rechten Fusses beschrieben, wobei die Schmerzen im Rücken nun lumbosakral angegeben werden. Eine ambulante Behandlung wurde fortgesetzt. Nachdem bei einer kreisärztlichen Untersuchung am 25.01.1999 erneut eine Kompression lumbaler Spinalnervenwurzeln ausgeschlossen und die geringfügige Fraktur als abgeheilt betrachtet werden konnte, wurde der Patient richtigerweise teilweise arbeitsfähig geschrieben. Es erfolgte nochmals eine kreisärztliche Untersuchung, und der Patient wurde wieder zur Arbeit geschickt. Daraufhin wechselte er den Hausarzt, von Dr. _____ zu Dr. _____ n. _____ schrieb den Patienten wieder zu 100% arbeitsunfähig. Nach seinen eigenen Angaben wechselte der Patient den Arzt, weil Frau Dr. _____ ihn als Simulanten betrachte. Der Patient verweigert die Arbeit, bis sein Gesundheitszustand wieder besser ist. Wegen schlechten Zustands kann er nicht einmal mehr Auto fahren. Gemäss Berichten wurden ihm vom Arbeitgeber im Magazin recht leichte Arbeiten zugewiesen, die er sogar auswählen konnte. Bei meiner Untersuchung am 26.04.1999 klagt der Patient über ganz intensive Schmerzen, die dauernd vorhanden seien, auch nachts, und sich bei der geringsten Anstrengung verstärkten. Er braucht täglich Medikamente. Die Schmerzangaben sind eindrücklicher als in den Unterlagen beschrieben. Bei der Untersuchung kann ausser der etwas verminderten Beweglichkeit der LWS und des starken Ausweichmanövers beim Aufrichten kein besonderer pathologischer Befund erhoben werden. Die Hypästhesie am ganzen rechten Bein ohne Reflexdifferenzen sowie die abgeschwächten PSR und ASR links bei mangelnder Entspannung lassen sich nicht organisch erklären, sondern sind eher Hinweis auf ein psychogenes Geschehen. Die Röntgenbilder der LWS vom Unfalltag am 11.09.1998 zeigen eine ganz kleine Infraktion der ventralen Deckplatte L2, fraglich auch L1. Die Computertomographie der LWS von L2-S1 vom 19.10.1998 zeigt leichte degenerative Veränderungen im Sinne von Diskusprotusionen und beginnenden Spondylarthrosen in allen Segmenten. Die Deckplatten L1 und L2 wurden leider nicht untersucht, was allerdings nicht so wichtig ist, da eine spätere MRI-Untersuchung vorliegt. Die Röntgenaufnahmen der LWS vom 02.12.1998 in Novaggio ergeben keine neuen Erkenntnisse. Man sieht nach wie vor die kleine Infraktion an der ventralen Deckplatte L2. Hingegen wurden mir dieser Untersuchung Instabilitätszeichen ausgeschlossen. Die Kernspintomographie der LWS vom 31.03.1999 bestätigt die bekannten degenerativen Veränderungen, am ausgeprägtesten im Segment L4/L5. Im Segment L1/L2 findet sich eine diskrete Gibbusbildung auf Grund der Infraktion der ventralen Deckplatte. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der Unfall bei dem Patienten zu einer geringfügigen LWK2-Fraktur führte, fraglich auch L1. Es erfolgte eine adäquate konservative Behandlung, vorerst ambulant und dann stationär. Nach vorübergehender Besserung im Oktober verschlechterte sich der Zustand sekundär. Seit der Behandlung in der _____ werden die Schmerzen nicht mehr thorakolumbal, sondern lumbosakral angegeben. Die Röntgenuntersuchungen zeigen neben der Läsion am LWK2 degenerative Veränderungen im Lumbalbereich. Gewisse Untersuchungsbefunde weisen auf eine psychogene Komponente hin. Es finden sich keine organischen Befunde, welche das schwere Beschwerdebild und die volle Arbeitsunfähigkeit erklären, sodass die sekundäre Verschlechterung im Sinne einer sekundären Symptomausweitung auf psychogener Basis interpretiert werden muss. Die LWK2-Fraktur ist als geringfügig zu

bezeichnen. Sie ist primär stabil. Solche Frakturen heilen normalerweise in der Größenordnung von zwei bis vier Monaten ab. Nach einer adäquaten Behandlung, wie sie hier durchgeführt wurde, kann normalerweise mit Beschwerdefreiheit gerechnet werden. Es handelt sich nicht um eine dauerhafte Schädigung. Eine solche geringfügige Fraktur erklärt keine Dauerbeschwerden, und insbesondere keine Arbeitsunfähigkeit nach vier Monaten. Inklusive die schweren Frakturen werden statistisch nur 0.8% der Fälle invalid. Entsprechend sind die thorakolumbalen Schmerzen beim Patienten verschwunden. Die Beschwerden werden nun mehr lumbosakral angegeben. Sie können möglicherweise zum Teil mit den leichten degenerativen Veränderungen an der LWS erklärt werden. Es ist allerdings zu bemerken, dass diese Veränderungen altersentsprechend sind. Würden solche Veränderungen zu einer Arbeitsunfähigkeit führen, so müsste über die Hälfte der Menschheit im Alter von 43 Jahren arbeitsunfähig sein. Deshalb liegt die Erklärung meines Erachtens doch am ehesten bei der Entwicklung einer psychosomatisch bedingten Chronifizierung. Bekanntlich ist dies in der doch oft unglücklichen und befriedigenden soziokulturellen Situation, wie sie auch bei Herrn _____ vorliegt, häufig der Fall. Für ein psychogenes Geschehen sprechen zusätzlich die absolute Therapieresistenz sowie die Sensibilitätsstörungen bei der Untersuchung am ganzen rechten Bein bei erhaltenen Reflexen. Bemerkenswert ist wahrscheinlich auch der Umstand, dass die behandelnde Ärztin dem Patienten das Gefühl vermittelte, er sei ein Simulant, sodass es zu einem Arztwechsel kam. Auf Grund der degenerativen Veränderungen an der LWS sowie in Anbetracht des Alters des Patienten ist es denkbar, dass körperlich sehr strenge Arbeiten nicht mehr in vollem Umfang ausgeführt werden können. Das Auftreten von Kreuzschmerzen bei solchen Tätigkeiten ist im Alter von 43 Jahren nicht ganz ungewöhnlich. Leicht- bis mässiggradig belastende Arbeiten sollten jedoch ganztags ausführbar sein. Dies entspricht einer 70%igen Arbeitsfähigkeit " (doc. _ - la sottolineatura è del redattore). Il dottor _____, specialista in medicina legale e delle assicurazioni a _____, consultato direttamente dall'insorgente nel corso del mese di gennaio 2000, è invece pervenuto a delle conclusioni diverse. Il medico ha ammesso un legame causale fra l'infortunio dell'11 settembre 1998 ed i disturbi invalidanti accusati da _____. Questo il contenuto della sua relazione 20 gennaio 2000: " Nel grave infortunio sul lavoro occorsogli l'11.9.98 il signor _____ precipitò dall'alto ed ebbe a riportare la frattura discosomatica della 1° e 2° vertebra lombare con sofferenza del disco interposto e dei dischi sottostanti e con segni clinici di secondaria sofferenza radicolare lombare bilaterale; contusione delle anche e del gluteo destro. Dopo un periodo di terapie riabilitative con FKT a _____ ed a _____, egli tentò di riprendere il suo lavoro in modo ridotto (30%) dall'1.2.99, ma non fu in grado di svolgere le attività di cantiere e dovette interromperle per motivi di salute, con ricaduta in i.t.a. sino al 23.5.99, già riconosciuta dalla _____, ma egli non fu poi in grado di riprendere la sua attività di muratore e carpentiere edile. Ritengo che tali terapie non furono adeguate, poiché mancò nella prima fase il necessario periodo di immobilizzazione con corsetto gessato o con bustino rigido. La situazione attuale è ora stabilizzata e caratterizzata da una marcata rigidità della cerniera dorso-lombare, con gibbo cifotico lombare alto e sottostante iperlordosi di compenso; marcata fenomenologia algica con contrattura muscolare paravertebrale persistente e netta limitazione flessioestensoria del busto, associata a segni di sofferenza radicolare lombare prevalenti a destra. Come evidenziato dagli esami radiografici standard nelle due proiezioni ortogonali, la frattura delle prime due vertebre lombari con deformazione a cuneo anteriore di L1 ha anche determinato una lieve curvatura sinistro convessa sul piano frontale, con fulcro su L1.

Esiste nesso di casualità adeguato fra la precipitazione, le fratture discosomatiche e la importante invalidità permanente di _____, il quale non è più in grado di riprendere la sua precedente attività di muratore carpentiere nell'edilizia. Oltre a tale incapacità assoluta specifica, vi è un'incapacità lavorativa e lucrativa ridotta in misura pari al 50% anche in altri lavori alternativi di tipo medio-leggero. Tale incapacità lucrativa deve essere riconosciuta dalla _____A. Vi è inoltre una importante menomazione all'integrità psicofisica la quale, tenuto conto dell'allegato articolo 36 della OLAA del 20.12.82, che indica il 50% (cinquanta per cento), per un danno assai grave e doloroso al funzionamento della colonna vertebrale, e tenuto conto anche della tabella 7 dei medici della _____, ritengo equo valutare in misura pari al 40% (quaranta per cento) della totale validità psicofisica (IMI) " (rapporto accluso al doc. _). Il medico di circondario dell'_____, il dottor _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica, ha avuto modo di commentare criticamente la valutazione enunciata dal dottor _____: " (...). Natura della lesione Il dr. _____ scrive : ... ebbe a riportare la frattura disco-somatica della I e II vertebra dorsale con sofferenza del disco interposto e dei disturbi sottostanti. In realtà : il paziente si è procurato unicamente la lesione delle limitanti superiori di L2, eventualmente anche L1 senza per contro frattura, rispettivamente lesione discale acquisita traumatica. In effetti, l'esame di risonanza magnetica effettuato l'1.4.1999 rivela unicamente la presenza di alterazioni degenerative plurisegmentali, praticamente tutti i segmenti, a carico sia del nucleo polposo che dell'anulo fibroso. Il dott. _____ scrive : ... con segni clinici di secondaria sofferenza radicolare lombare bilaterale. In realtà : l'uso del termine radicolare risulta essere inappropriato. In effetti, le rispettive radici che fuoriescono all'altezza dei corpi vertebrali lesi estendono il loro territorio d'innervazione fino alla faccia ventrale prossimale della coscia. Queste radici non vengono quindi per nulla sollecitate alla manovra di Lasègue classica, ma tutt'al più a quella di un Lasègue inverso. I disturbi della sensibilità al polpaccio, rispettivamente ai piedi, classicamente territori delle radici L5 e S1, associati ad una manovra di Lasègue dolorosa rappresentano degli indizi di una problematica lombare-inferiore, sicuramente tuttavia non toraco-lombare! Terapia Il dr. _____ scrive : ... tali terapie non furono adeguate ... mancò ... il necessario periodo d'immobilizzazione. In realtà : la strategia terapeutica, rispettivamente l'importanza delle misure messe in atto, nell'ambito di una valutazione differenziata viene generalmente commisurata all'importanza della lesione strutturale. La semplice infrazione di una limitante vertebrale, quindi una frattura stabile, non necessita a priori un'immobilizzazione gessata oppure un corsetto rigido. Si tratta di provvedimenti che non riescono a correggere, rispettivamente evitare la deformazione del corpo vertebrale apportando per contro un'importante perdita del trofismo muscolare del tronco. Il fatto poi che la terapia sia risultata adeguata ed efficace viene dimostrato dalla mancanza di dolore all'altezza delle vertebre fratturate attestata non solo dal dr. _____ nel rapporto del 6.5.1999 ma anche dal dr. _____ consultato il 19.4.1999. Situazione attuale Il dr. _____ scrive : ...caratterizzata da una marcata rigidità della cerniera dorso-lombare ... netta limitazione flesso-estensoria del busto. In realtà : la conservazione della lordosi lombare in inclinazione, descritta all'esame obiettivo locale effettuato dal dr. _____ stesso, con distanza dito-suolo di 35 cm è un chiaro indizio di una disfunzione segmentale lombare, non della transizione toraco-lombare. Nello stesso contesto si inserisce pure la ripresa asserita estremamente difficoltosa della posizione eretta così come, nel caso specifico tuttavia non testato o almeno riportato, molto verosimilmente la reclinazione e il Bending. Si tratta quindi di segni clinici di una disfunzione dei segmenti lombari medio-inferiori. Il dr.

_____ scrive : ... sofferenza radicolare prevalente a destra. In realtà : il quadro clinico così come descritto dal dr. _____ all'esame obiettivo locale non permette di concludere nell'esistenza di una lesione radicolare non riportando nessuna indicazione sul territorio d'innervazione, rispettivamente sulla radice effettivamente coinvolta. Da notarsi a questo proposito che il dr. _____, spec. FMH in neurochirurgia, nel suo rapporto del 27.4.1999, fa chiaramente menzione di un'origine pseudo-radicolare dei disturbi irradiati alla gamba destra, giustificando la propria considerazione con l'assenza di compressione radicolare agli esami neuroradiologici. Causalità Il dr. _____ scrive : ... esiste un nesso di causalità adeguato fra la precipitazione, le fratture disco-somatiche e l'importante invalidità permanente ... In realtà : la determinazione dell'adeguatezza non compete al medico il quale deve per contro esprimersi sulla presenza o meno di una relazione causale naturale. Nel caso specifico dell'evento infortunistico dell'11.9.1998 l'esistenza di tale nesso causale naturale non pone ovviamente ombra di dubbio. Il paziente non si è tuttavia procurato delle fratture disco-somatiche, come già dimostrato precedentemente, ma unicamente un'infrangimento delle limitanti vertebrali superiori dei corpi vertebrali superiori dei corpi vertebrali L2 ed eventualmente anche L1. Da notarsi peraltro che il referto della risonanza magnetica dell'1.4.1999 fa stato di irregolarità dei piatti vertebrali su pregressa osteocondrosi di Scheuermann senza citare neppure la possibilità di una frattura. Le lesioni somatiche, sono situate all'altezza della cerniera toraco-lombare mentre il rachide lombare nel suo insieme e i segmenti lombo-sacrali vengono caratterizzati dalla presenza di alterazioni degenerative discali, osteocondrotiche e spondilartrotiche. L'aspetto specifico della "importante invalidità permanente" non può di riflesso essere liquidata con delle modalità così semplicistiche! Incapacità lavorativa Il dr. _____ scrive : ... oltre ad un'incapacità assoluta specifica, vi è un'incapacità lavorativa e lucrativa ridotta in misura pari al 50% anche in altri lavori alternativi di tipo medio-leggero. In realtà : sia il dr. _____ che il dr. _____ non attribuiscono nessuna incapacità lavorativa alla deformazione somatica residuale, di lieve entità, all'altezza della transizione dorso-lombare, in sede cioè delle pregresse lesioni. Essi focalizzano per contro il fulcro dei disturbi e il fattore limitante ai segmenti basso-lombari, rispettivamente lombo-sacrali. Ambedue puntualizzano la presenza di alterazioni degenerative pluri-segmentali preesistenti e diffuse, il dr. _____ attribuendo all'evento traumatico tutt'al più un fattore scatenante, il dr. _____ riportando la presenza di fattori non somatici nel processo di cronicizzazione dei disturbi (v. in questo contesto, per esempio, lo studio effettuato in Svizzera sotto il patrocinio del Fondo Nazionale di Ricerca sulla cronicizzazione dei disturbi del rachide). Considerato quindi da una parte l'assenza di disturbi e la solo lieve deformazione della transizione toraco-lombare, dall'altra il ruolo solo scatenante dell'evento infortunistico sui disturbi lombari, rispettivamente lombo-sacrali (senza effetto direzionale in assenza di evidenti alterazioni strutturali acquisite) così come la presenza di ulteriori fattori non infortunistici del processo di cronicizzazione dei disturbi, si conferma nuovamente la capacità lavorativa completa a decorrere dal 24.5.1999. Indennità per menomazione all'integrità Il dr. _____ scrive : ... 40% della totale validità psico-fisica. In realtà : le deformazioni vertebrali acquisite con cuneiformizzazione inferiore a 10° non danno di per sé stesso diritto al versamento di nessuna indennità per menomazione all'integrità " (doc. _). Da parte sua, il dottor _____ - a cui il patrocinatore di _____ ha verosimilmente sottoposto il rapporto 19 giugno 2000 del medico di circondario dell' _____ - ha qualificato come "inaccettabili" le considerazioni espresse dal dottor _____, osservando quanto segue: " (...) ritengo inaccettabili le osservazioni della _____,

relative ad un soggetto che cadde pesantemente dall'alto di due metri subendo una valida contusione lombosacrale. I medici della _____ (i quali fanno riferimento anche ad una RMN da loro effettuata l'1.4.99 che non ho mai visto, e che Le propongo - se possibile - di chiedere in visione insieme a tutta la documentazione sanitaria dell'_____ verso la fine di agosto) fanno di tutto per escludere una lesione traumatica al di sotto di L2, attribuendo così tutti i disturbi a patologia artrosica pregressa, in un soggetto di 42 anni. Sono orientato ad insistere contro la _____ per il riconoscimento di una invalidità permanente e chiedo io stesso immediatamente la prima documentazione sanitaria e radiografica all'Ospedale di _____ di _____ (all. n. _). In futuro intendo rivedere _____ con radiografie attuali del rachide lombosacrale, o facendole eseguire tramite il suo medico in Svizzera, oppure facendole eseguire privatamente a sue spese presso l'Ospedale _____" (scritto 2.8.2000 del dott. _____ accluso a doc. _). In realtà, dalle tavole processuali non emerge che il dott. _____ abbia, nel prosieguo, tentato di confutare le tesi difese dal medico di fiducia dell'assicuratore LAINF. 2.6. Tutto ben considerato, il TCA ritiene che l'opinione del dottor _____ - autorevole specialista nella materia che qui interessa, a cui questa Corte ha, del resto, sovente fatto capo nel recente passato - possa validamente costituire da supporto probatorio al giudizio che ora lo occupa, senza che si riveli necessario dare seguito al provvedimento probatorio chiesto dal ricorrente (perizia medica giudiziaria). A quest'ultimo 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 (RCC 1986 p. 202 consid. 2d; sentenza TFA del 27 ottobre 1992 in re A.B.P.; sentenza TFA del 13 febbraio 1992 in re M.O.; sentenza TFA del 13 maggio 1991 in re A.A.; sentenza TCA del 25 novembre 1991 in re G.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). Come poc' anzi detto, il TCA, chiamato a pronunciarsi su una questione sostanzialmente di carattere medico, non ha in concreto motivi di scostarsi dalle conclusioni dello specialista interpellato dall'_____, se si considera che, per costante giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale mentre invece nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (cfr. RAMI 1997 U281, p. 282; DTF 104 V 209; sentenze inedite 5 gennaio 1993 in re S., 5 aprile 1984 in re M. e 2 novembre 1983 in re M.; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 30 seg.). Il TFA, nella DTF 122 V 157ss., ha ancora precisato che, nell'ambito del libero apprezzamento delle prove, è, in linea di principio, consentito che l'amministrazione ed il giudice delle assicurazioni sociali fondino la loro decisione esclusivamente su basi di giudizio interne dell'istituto assicuratore: in questo caso, devono, però, essere poste esigenze severe per quanto riguarda l'imparzialità e l'attendibilità di simili prove. Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV10, p. 33ss. e RAMI 1999 U356, p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere

concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Per quel che riguarda le perizie allestite da specialisti esterni all'amministrazione, il TFA ha pure loro riconosciuto pieno valore probante, fintantoché non vi sono degli indizi concreti che facciano dubitare della loro attendibilità (cfr. DTF 125 V 353, consid. 3b/bb). Trattandosi del valore probante di un rapporto medico determinante é che esso sia completo sui temi sollevati, che sia fondato su esami approfonditi, che tenga conto delle censure dell'assicurato, che sia stato redatto in piena conoscenza della pregressa vicenda valetudinaria (anamnesi), che sia chiaro nella presentazione del contesto medico e che le conclusioni siano chiare, motivate e condivisibili (cfr. RAMI 1991 pag. 311 consid. 1; RAMI 1996 pag. 191ss.; DTF 122 V 160ss. consid. 1c e riferimenti; STFA 29.9.1998 in re UAI c. F. non pubbl.). Determinante dal profilo probatorio non é, dunque, di principio, l'origine del mezzo di prova o la sua designazione quale rapporto o perizia, bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine). Lo scrivente TCA non ignora il fatto che il dottor _____, specialista in medicina legale e delle assicurazioni privatamente consultato da _____, ha riconosciuto l'esistenza di una relazione di causalità fra la caduta del settembre 1998 ed i disturbi lamentati dall'insorgente posteriormente alla chiusura del caso da parte dell'_____. Nondimeno, al suo referto 20 gennaio 2000 (cfr. doc. _) non può essere riconosciuto quel valore probante necessario per vagliare, con cognizione di causa, la vertenza. Questa Corte osserva, intanto, che il parere manifestato dal dottor _____ non appare sufficientemente motivato. In secondo luogo, lo specialista interpellato dall'assicurato si è pronunciato in merito all'eziologia dei disturbi, senza essere in possesso della precedente documentazione medica (cfr. scritto 2.8.2000 accluso al doc. _), carenza che spiega verosimilmente le innumerevoli imprecisioni contenute nella sua relazione medico-legale del 20 gennaio 2000 (cfr., a questo proposito, le puntuali osservazioni formulate dal dottor _____ - doc. _). Infine, la tesi secondo la quale _____ sarebbe portatore di una lesione vertebrale traumatica al di sotto di L2 appare, già di primo acchito, come indifendibile, siccome si trova in manifesto contrasto con la restante documentazione specialistica presente all'inserito, segnatamente con le risultanze della risonanza magnetica eseguita il 31 marzo 1999 (cfr. doc. _), nonché con i referti 27 aprile e 6 maggio 1999 allestiti dal dottor _____ (cfr. doc. _), rispettivamente dal dottor _____ (cfr. doc. _), ambedue specialisti FMH in neurochirurgia. Al ricorrente non può neppure essere di soccorso il fatto che il dottor _____ abbia riconosciuto all'evento traumatico assicurato un effetto scatenante relativamente ai disturbi lamentati a livello del rachide lombo-sacrale (cfr. doc. _). In ossequio alla dottrina medica dominante in materia di traumi vertebrali (cfr. Bär/Kiener, Traumatismes vertébraux, in Informations médicales N. 67/décembre 1994, p. 45ss. e E. Morscher, Schäden des Stütz- und Bewegungsapparates nach Unfällen: Wirbelsäule, in Versicherungsmedizin, Hrsg. E. Baur, U. Nigst, Berna 1973; 3. Auflage 1985), fatta propria pure dalla giurisprudenza federale (cfr. RAMI 2000 U363, p. 45ss.; STFA 31 dicembre 1997 in re L. consid. 4c [U125/97], 6 giugno 1997 in re C. [U131/96] e 4 settembre 1995 in re M. consid. 4a, tutte non pubblicate) e cantonale (cfr., fra le tante, STCA 14 agosto 2001 in re E. Q. c/ INSAI, consid. 2.5.1.2.), l'infortunio 11 settembre 1998 non può essere considerato responsabile di un aggravamento duraturo delle preesistenti

alterazioni degenerative al rachide lombo-sacrale. In effetti, affinché si possa ritenere come dimostrato un peggioramento direzionale di un'afezione degenerativa preesistente della colonna vertebrale a seguito d'infortunio, gli accertamenti radiologici devono mettere in luce una compressione delle vertebre, così come l'apparizione oppure l'allargamento di lesioni dopo un trauma. Ciò non è qui il caso, giacché le lesioni degenerative plurisegmentali sono state giudicate essere sicuramente preesistenti all'evento infortunistico in questione (cfr. doc. _), rispettivamente, corrispondenti all'età (" altersentsprechend ") del ricorrente (cfr. doc. _, p. 6). 2.7. In esito ai considerandi che precedono, tenuto conto delle sole sequele dell'infortunio 11 settembre 1998, lo scrivente TCA ritiene provato, secondo il criterio della verosimiglianza preponderante, caratteristico del settore della sicurezza sociale (cfr. DTF 121 V 6 consid. 3b, 47 consid. 2a, 208 consid. 6b; 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 _____ ha riacquisito la piena capacità lavorativa nei tempi e nei modi indicati dall'_____ nella decisione impugnata .

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