

TI_GERICHTE 35.2004.99 vom 21. März 2005

TI Tribunale d'appello, 2005-03-21, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2004.99

FR: TI_GERICHTE 35.2004.99 du 21 mars 2005

IT: TI_GERICHTE 35.2004.99 del 21 marzo 2005

Regeste

riapertura del caso negata. Da un lato, infatti, l'assicuratore LAINF non può essere obbligato a riconsiderare una decisione cresciuta in giudicato. Dall'altro, relativamente alla revisione processuale, a prescindere dalla tempestività o meno della relativa domanda, non risultano fatti o prove nuovi

Erwägungen

E. 17

marzo 2003, cresciuta in giudicato a seguito del ritiro delle opposizioni interposte dall'assicurato e dalla _____ (cfr. consid. 1.2.), ha dichiarato estinto il proprio obbligo assicurativo, in relazione all'infortunio del 2 ottobre 2002, a far tempo dal 7 aprile 2003, poiché a tale data lo stato presente immediatamente prima dell'evento traumatico (status quo sine) è nuovamente stato raggiunto. I disturbi ancora presenti sono da attribuire esclusivamente a malattia (cfr. doc. 033). L'assicuratore LAINF è giunto a tale conclusione, fondandosi sull'apprezzamento del medico di _____, Dr. med. _____, del 5 marzo 2003. Il sanitario, in particolare, ha indicato che: "(...) ANGABEN DES VERSICHERTEN _____ hätte keine Besserung ergeben, er hätte weiterhin Schmerzen im Bereiche der HWS und der LWS. Das Kribbeln in der rechten oberen und unteren Extremität sei verschwunden, links sei es noch vorhanden. Das rechte Knie schmerze ihn noch beim Auf- und Abwärtsgehen, dies sei aber schon vor dem Unfall gewesen. Schwindel hätte er beim Aufstehen und bei gewissen Bewegungen. Antidepressiva hätte er 1 Monat genommen, jedoch ohne Erfolg. Die Nachtruhe sei nicht gestört. Gelegentlich nehme er noch Aulin. Autofahren könne er nur kurze Strecken. Es störe ihn auch die seit dem Unfall aufgetretene Impotenz. Er sei in _____ noch beim Neurochirurgen gewesen. Nächste Woche werde ein MR der HWS und der LWS gemacht. BEFUND Bekannter Versicherter. WS im Lot. Druckdolenz der HWS und LWS Dornfortsätze und der Muskulatur. FBA 40 cm mit erschwertem Aufrichten. Unterer Schober 10/14. HWS: Jugulum-Kinn-Abstand 16/7; Rotation nach rechts 40°, nach links 30°; Seitenneigung je 25°, alle Bewegungen werden endphasig als schmerzhaft angegeben. Dynamometer rechts 12, links 15 (Rechtshänder). Beschwielung der Hände vermindert aber vorhanden. Zusätzlich werden jetzt aber auch noch Schulterschmerzen beidseits angegeben mit Abduktion und Extension nur knapp bis zur Horizontalen. Passiv ist die Abduktion und die Extension über die Horizontale möglich, Aussenrotation je 45°. Der Zehen-, Fersen- und Einbeinstand ist beidseits möglich. Der Lasègue im Sitzen je 80°, im Liegen je 60°. Auf nochmaligen neurologischen Untersuch wird verzichtet. Ich verweise auf den Austrittsbericht von _____. BEURTEILUNG Status nach Rückenprellung 1.10.2002. Zeugenaussagen zu diesem Ereignis konnten aber im Betrieb nicht erhalten werden. Rückbeschwerden laut Bericht Klinik Gut schon 16 Jahre vorher ohne Unfallereignis,

ebenfalls Patellarsyndrom rechts ohne Unfallereignis. In der Annahme eines symptomatischen Vorzustandes kann bei einer Rückenprellung 6 Monate nach dem Ereignis der Zustand quo ante oder quo sine als erreicht betrachtet werden. Der Versicherte wird am 3.3. 50% und ab 7.4. 100% arbeitsfähig geschrieben." (Doc. 030) Precedentemente alla visita _____, più precisamente dal 18 dicembre 2002 al 31 gennaio 2003, l'assicurato è rimasto degente presso la _____ di _____. Dal relativo rapporto di uscita del 21 febbraio 2003 si evince che: " Primäre Unfall- und Krankheitsdiagnosen Unfall vom 01.10.2002 Während der Arbeit vorgeneigt von einem an einem Kran hängenden und federnden Armaturen Brett von ca. 1 ½ Tonnen am Rücken getroffen worden. - Thorax- und LWS-Kontusion Operationen / Behandlungen - Konservativ Funktionelle Diagnosen und Probleme 1. Myofaszielles Schmerzsyndrom mit - bewegungs-, belastungs- und witterungsabhängigen diffusen myofaszialen Beschwerden v.a. im Nacken/Schultergürtel- und LWS-/Beckengürtelbereich - schmerzhaft mässiggradig eingeschränkter HWS-Beweglichkeit - nächtlichen Dysästhesien (Ameisenlaufen) in allen vier Extremitäten - anamnestisch Miktions- und Sexualfunktionsstörung, DD: schmerzbedingt ohne - AP für eine zentrale- oder peripher-neurologische Ausfälle bei - Status nach Thorax- und LWS-Prellung 01.10.2002 - allgemeiner Dekonditionierung 2. Posttraumatische Anpassungsstörung mit depressiver Komponente sowie deutlicher Somatisierungs- und Symptomausweitungstendenz (ICD-10: F43.2) Unfallfremd 3. Belastungsabhängige Schmerzsymptomatik infra- und retropatellär rechts 4. Allergisch bedingtes Asthma bronchiale seit 1995 bei bekannter Pollen und Gräserallergie 5. Penicillin-Allergie Weitere Diagnosen - Chronische Gastritis seit 1996 / Anamnestisch Status nach zweimaligem Magenulkus, konservativ behandelt - Status nach Lumbalgie bei Spondylarthrose L4/5 sowie akutem Patellarsyndrom rechts Oktober 2000 (...) Beurteilung Organische Schädigungen und funktionelle Störungen 4 ½ Monate nach Thorax- und LWS-Kontusion besteht zur Zeit ein unter stationärer Physiotherapie nicht wesentlich gebessertes diffuses myofaszielles Schmerzsyndrom mit bis auf mässiggradig schmerzhaft eingeschränkter HWS- Beweglichkeit keinen weiteren funktionellen Einschränkungen. Aus neurologischer Sicht stehen heute Gleichgewichtsprobleme im Vordergrund mässiggradiger Ausprägung jedoch ohne mögliches neurootologisches Korrelat bei allerdings hier erschwerten Untersuchungsbedingungen. Aus psychosomatischer Sicht besteht eine posttraumatische Anpassungsstörung mit depressiver Komponente sowie deutlicher Somatisierungs- und Symptomausweitungstendenz (ICD-10: F43.2). Die subjektiven Angaben korrelieren nur zum Teil mit den objektiven Befunden. Die unfallfremde belastungsabhängige Schmerzsymptomatik infra- und retropatellär rechts stand während des Aufenthaltes nicht im Vordergrund, wurde auch nicht weiter abgeklärt. Behinderungen / Fähigkeitsstörungen Schmerzbedingt verminderte Gesamtbelastbarkeit. Berufliche und soziale Auswirkungen Herr RI 1 ist von Beruf gelernter Zimmermann und Chauffeur und besitzt noch einen gültigen Arbeitsvertrag bei der Firma _____. Zur Vermeidung einer Chronifizierung (aus dem bisherigen Verlauf sich bereits anbahnend) steht die Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess im Vordergrund. Im Einverständnis des Versicherten wurde eine Arbeitswiederaufnahme mit 50% AUF ab 03.03.2003 und mit 0% ab 07.04.2003 als gelernter Zimmermann /Chauffeur vereinbart." (Doc. 028) Nel mese di febbraio 2003 l'insorgente si è pure sottoposto a un controllo medico in _____. Il Dr. _____, spec. in neurochirurgia e neurologia, il 12 febbraio 2003, ha indicato che l'assicurato nel 1984 ha portato un corsetto per 6 mesi per lombosciatica destra e che in seguito ha ripreso le normali attività fino all'anno precedente quando ha lamentato dolori al

ginocchio destro. A partire, poi, dall'infortunio del 2 ottobre 2002 l'assicurato ha accusato rachialgie diffuse con irradiazione agli arti e problemi sessuali; inoltre la problematica maggiore al momento della visita era agli arti di sinistra e cefalea (cfr. doc. 029). Alla richiesta di revisione del 29 aprile 2004 sono stati allegati numerosi certificati medici elencati in precedenza (cfr. consid. 2.8.; doc. 059), che ora verranno esaminati nel dettaglio. Oltre ai certificati della Dr. _____ del 22 aprile 2004 e del Dr. _____ del 20 aprile 2004 e del

E. 20

dicembre 2003 già menzionati sopra (cfr. consid. 2.8.; doc. 058), è stato inviato il referto dell'esame effettuato il 25 marzo 2004 dall'Ambulatorio di elettromiografia ed elettroneurografia dell'Istituto clinico _____, da cui emerge che: " (...) sofferenza neurogena periferica di tipo acuto-cronico nel territorio motorio radicolare L4, L5 a sx; segni di sofferenza neurogena periferica cronica di probabile livello radicolare L3, L4 a dx e C8, T1 a sx; da segnalare ridotto reclutamento motorio per sforzo volontario max nel territorio motorio radicolare C5, C6 a sx in assenza al momento di attività di denervazione acuta in atto. Utile controllo tra 3 mesi." (Doc. 058b) Inoltre sono stati prodotti i referti della RM del rachide cervicale del 16 aprile 2004 e una certificazione del 9 gennaio 2004 del Dr. _____, responsabile della Struttura semplice di cure palliative dell'Azienda ospedaliera della _____ e della _____, da cui risulta che l'assicurato presenta un dolore cronico agli arti superiori e inferiori di difficile trattamento, con caratteristiche del dolore neuropatico e certamente legato al trauma della colonna pregresso (cfr. doc. 058c; 056). Dal rapporto del 17 novembre 2003 del Dr. _____ dell'ambulatorio psichiatrico dell'Azienda ospedaliera della _____ e della _____, anch'esso allegato alla domanda di revisione del 29 aprile 2004, si evince: " (...) Da un punto di vista psicopatologico il paziente, che al colloquio è vigile e perfettamente orientato, adeguato nell'aspetto e nel comportamento e si esprime con eloquio fluido e corretto dal punto di vista formale e dei contenuti con giudizio di realtà integro, risulta affetto da un Disturbo dell'Adattamento (I.C.D. IX C.M. 309.9) caratterizzato da irritabilità, disforia, ansia, preoccupazioni riguardo al futuro, insonnia. Il trattamento farmacologico attuale, prescritto dallo specialista della terapia del dolore, risulta a mio avviso pertinente; al fine di migliorare le sue condizioni psicologiche potrebbe essere utile una psicoterapia, per la quale ho indicato al paziente la Psicologa del Servizio." (Doc. 054) Il 6 maggio 2003 ha avuto luogo una visita da parte del Dr. _____, andrologo presso l'Azienda ospedaliera di _____. Il medico ha concluso che alla luce degli esami esperiti la causa dei problemi sessuali è prevalentemente di natura organica (cfr. doc. 052). Nel seguente rapporto del 9 maggio 2003 egli ha in particolare rilevato: " (...) Il paziente riferisce che tale situazione di D.E. non era presente prima dell'incidente occorsogli in data 02.Ott. 2002 sul lavoro. In tale occasione è stato colpito da un'armatura sulla colonna vertebrale che ha interessato anche la zona di L4-L5 dove notoriamente vi sono alcuni centri interessanti l'erezione. Gli esami effettuati hanno messo in evidenza che il deficit erettile lamentato dal paziente (50% dell'erezione normale) è di causa organica (vedi ref dello snap gauge). Gli esami ormonali sono infatti risultati nei limiti di norma tranne Lh che è modicamente aumentato ma non dà sicuramente problemi per quanto riguarda D.E. Il testosterone infatti appare normale. Ciò può fare pensare ad una certa insufficienza testicolare che però viene corretta dall'aumento appunto dell'LH. Pertanto si può affermare che, anche se non con certezza, esiste notevole probabilità che il deficit erettile lamentato dal sig. RI 1 sia diretta causa del trauma subito a suo tempo alla colonna vertebrale. Spesso tali situazioni possono anche risolversi

spontaneamente nel tempo oppure no (e solo col tempo lo si potrà verificare); per ora però il problema esiste e il paziente è costretto ad assumere Sildenafil." (doc. 053) L'intera documentazione prodotta dall'assicurato è stata sottoposta al medico _____ di _____, Dr. med. _____, il quale l'11 maggio 2004 ha osservato: " Contrariamente a quanto esposto nella documentazione fornita dall'assicurato, egli ha riportato l'1.10.2002 (recte: 2.10.2002) una contusione all'emitorace sinistro come pure a livello della colonna lombare. In nessun momento viene descritta o documentata una lesione a livello della colonna cervicale. Trattasi di una contusione da parte di un cassero, tuttavia non viene descritto un ferimento (nemmeno una FLC). Con la documentazione medica prodotta posteriori alla decisione del 17.3.2003, non vengono presentati dei nuovi fattori medico-scientifici oggettivi, oltre a quanto già conosciuto nel caso iniziale. Segnatamente i vari medici interpellati non hanno potuto documentare alcuna lesione strutturale post-traumatica, direttamente riconducibile all'evento del 2.10.2002. Questo vale particolarmente per la lamentata cervico-brachialgia sinistra, algie alle spalle, dorsalgia, ipodisestesia alla mano sinistra, impotenza sessuale, spondilosi C3-C7, protrusione discale C5/C6, asma bronchiale, sindrome depressiva, sofferenza neurogena periferica di tipo acuto (cronico) a tutti i livelli (lombare e dorsale e cervicale)!" (Doc. 060) Con l'opposizione inoltrata contro la decisione formale del 25 maggio 2004 con cui l'CO 1 ha stabilito che non sono date le premesse per procedere alla revisione procedurale del provvedimento del 17 marzo 2003 (cfr. doc. 062), l'assicurato ha trasmesso all'assicuratore LAINF, da una parte, il rapporto del 27 maggio 2004 della Dr. _____, spec. in neurofisiopatologia presso l'Istituto Clinico _____, relativo a uno studio neurofisiologico pelvi-perineale, da cui risulta che le indagini svolte hanno evidenziato la presenza di alterazioni della conduzione degli stimoli somatosensoriali a partenza dai nervi Pudendo di livello soprasacrale, con minima alterazione della conduzione efferente simpatico-cutanea al perineo di destra e che il quadro è compatibile con l'anamnesi e giustifica una alterata sensibilità somatica genitosessuale (cfr. doc. 062a). Dall'altra, la certificazione del 2 giugno 2004 del Dr. _____, che basandosi sulle risultanze del citato studio neurofisiologico pelvi-perineale ha concluso che gli esami effettuati depongono per un indiretto rapporto causa-effetto fra i disturbi sessuali e l'infortunio dell'ottobre 2002 (cfr. doc. 062b). Il Dr. med. _____, in relazione a queste ultime due attestazioni mediche, il 16 luglio 2004, ha precisato: " In merito ai disturbi, fatti valere dall'assicurato, oltre mezz'anno dal semplice infortunio l'1.10.2002 (recte: 2.10.2002), rinviamo già al nostro apprezzamento precedente dell'11.5.2004. Posteriormente a questa data, il signor RI 1 ha prodotto uno "studio neurofisiologico pelvi-perineale" del 27.5.2004 dell'ambulatorio di neuro-urofisiologia dell'Istituto Clinico _____ (provincia di _____), rispettivamente un relativo rapporto del dr. _____, responsabile di urologia (del 2.6.2004). Nell'interpretazione si parte dalla premessa erronea che l'assicurato avesse subito un trauma diretto della colonna dorsale (invece trattasi di una contusione dell'emi-torace sinistro). Infatti fa riferimento diretto alla sua relazione del 9.5.2003, dove si postula un'erezione ipovalida, per il 50% a causa prevalentemente organica, rispettivamente modica insufficienza testicolare. Nel suo rapporto del 2.6.2004 invece riconduce il tutto ad una lesione neurale rispettivamente ad una relazione diretta fra i disturbi sessuali e l'incidente subito. Si appella al commento finale delle conclusioni della dr.ssa _____ (rapporto del 27.5.2004), rispettivamente a delle diagnosticate "alterazioni della conduzione degli stimoli somato-sensoriali a partenza dai nervi pudendo di livello sopra-sacrale, con minima alterazione della conduzione efferente simpatico-cutaneo al perineo di destra". Viene quindi postulata un'affezione neurogena,

contrariamente a quanto sostenuto dal dr. _____ in precedenza. Inoltre, il tutto risulta molto confusionale, in quanto uno studio neurofisiologico fa senso unicamente, se vengono ricercate prima delle lesioni direttamente a livello midollare/radicolare. A parte questo, anche la dr.ssa _____ parte dalla premessa erronea, che l'assicurato abbia avuto un trauma dorsale e cervicale. In sintesi, anche la nuova documentazione prodotta questa primavera non è assolutamente in grado di documentare una lesione strutturale post-traumatica, tanto meno per la disfunzione erettile. Deve essere quindi confermata integralmente la decisione del 17.3.2003." (Doc. 064) Con il ricorso al TCA contro la decisione su opposizione del 10 agosto 2004, che ha confermato il precedente provvedimento del 25 maggio 2004, l'assicurato ha prodotto un rapporto del 17 settembre 2004 del Dr. _____, il quale si riconferma in quanto sostenuto nell'attestazione del 2 giugno 2004 (cfr. doc. B) e un referto del 17 ottobre 2004 del Dr. _____ dell'Istituto Auxologico _____ (_____) – Divisione di neurologia e neuroriabilitazione, in cui risulta l'anamnesi remota e prossima dell'assicurato, oltre agli esiti dell'esame obiettivo generale e neurologico (cfr. doc. C). Inoltre è stato allegato il rapporto del 2 novembre 2004 del Dr. _____, medico chirurgo, spec. in medicina legale e della assicurazioni di _____ (cfr. doc. D), da cui emerge segnatamente: " (...) Disturbi lamentati: dolore e limitazione dei movimenti del rachide in toto con impossibilità a mantenere protrate posture obbligate e finanche il prolungato ortostatismo. Parestesie agli arti superiori specie a sinistra. Dolore lungo il decorso della sciatico bilateralmente. Deficit erettile per cui assume terapia farmacologica al bisogno, senza significativi miglioramenti del deficit stesso." (Doc. D) Secondo la costante giurisprudenza del TFA, l'autorità giudicante deve limitare l'esame del caso alla situazione effettiva che si presenta all'epoca in cui è stata resa la decisione impugnata (fra le tante: DTF 130 V 138; Pratique VSI 2003 pag. 282; STFA del 3 dicembre 2001 nella causa R., I 490/00; STFA del 9 ottobre 2001 nella causa C., U 213/01; STFA del 12 aprile 2001 nella causa M., I 561/00; STFA del 22 febbraio 2001 nella causa J., I 30/99; DLA 2000 pag. 74; DTF 121 V 102; STFA del 6 dicembre 1991 in re C., pag. 5, non pubblicata; RCC 1989 pag. 123 consid. 3b; DTF 116 V 248 consid. 1a; DTF 112 V 93 consid. 3; DTF 109 V 179 consid. 1; DTF107 V 5 consid. 4a; DTF 105 V 141 consid. 1b), ritenuto che fatti verificatisi ulteriormente possono imporsi quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (cfr. RAMI 2001 pag. 101; STFA del 17 gennaio 2003 nella causa A., I 134/02; STFA del 28 giugno 2001 nella causa G., I 11/01; STFA del 31 maggio 2001 nella causa C., I 83/01; STFA 17 febbraio 1994 in re P., non pubblicata, STFA 5 gennaio 1993 in re W. Schw., non pubblicata; STFA 1° marzo 1993 in re F., non pubblicata). Eccezionalmente, il giudice può anche tener conto, per motivi d'economia procedurale, dei fatti intervenuti posteriormente, a condizione che questi ultimi siano stabiliti in modo sufficientemente preciso (RCC 1980 pag. 263) e siano suscettibili di influenzare il giudizio (cfr. DTF 130 V 138; RCC 1989 pag. 123 consid. 3b, RCC 1974 pag. 192 consid. 4, RCC 1970 pag. 582 consid. 3; STCA 10 gennaio 1996 nella causa G.R. consid. 2.6.). Nel caso di specie le valutazioni mediche del 17 settembre 2004 del Dr. _____ (cfr. doc. B), del 17 ottobre 2004 del Dr. _____ (cfr. doc. C) e del 2 novembre 2004 del Dr. _____ sono posteriori all'emissione della decisione impugnata. Esse, tuttavia, sono state prodotte con l'intento di acclarare lo stato di salute dell'assicurato in relazione all'infortunio del 2 ottobre 2002, la cui situazione non è peraltro cambiata rispetto al periodo antecedente il 10 agosto 2004. Pertanto tali documenti sono rilevanti ai fini del presente giudizio. Essi sono suscettibili di mettere in evidenza elementi di accertamento retrospettivo della situazione antecedente alla

decisione su opposizione (cfr. STFA del 2 settembre 2003 nella causa L., U 299/02). 2.9. Attentamente esaminata la documentazione medica agli atti, questo Tribunale deve concludere che non risultano elementi di fatto o mezzi di prova nuovi rispetto a quando è stata emessa la decisione formale del 17 marzo 2003. Dapprima è utile rammentare che non è sufficiente a giustificare una revisione il fatto che una nuova perizia dia un apprezzamento differente dei fatti già noti al momento della procedura precedente (cfr. consid. 2.5.; STFA del 22 marzo 2004 nella causa M., U 149/03, consid. 1.2.). I disturbi accusati e certificati posteriormente al 17 marzo 2003, dolori dorsali e cervicali, disturbi sessuali e il disturbo di adattamento, erano tutti già stati messi in luce prima del marzo 2003, sia dai medici della _____ di _____, che dal medico _____, che dal Dr. _____, interpellato dal ricorrente (cfr. doc. 028-030). Non sono, invece, stati fatti valere altri disturbi, né ne è stato allegato e comprovato un notevole peggioramento. Le problematiche già presenti precedentemente al marzo 2003 sono solo state apprezzate in modo diverso rispetto a quanto indicato dai medici della _____ di _____ e al medico _____, Dr. _____. Infatti questi ultimi avevano dichiarato che le lamentele soggettive dell'assicurato correlavano solamente in parte con i reperti oggettivi e che quindi, visti la contusione subita in assenza di lesioni e il fatto che il ricorrente già precedentemente all'infortunio dell'ottobre 2002 era affetto da disturbi alla schiena, dopo sei mesi dal sinistro si doveva considerare intervenuto lo status quo sine (cfr. doc. 030; 028; consid. 2.9.). I sanitari che hanno visitato l'assicurato posteriormente al marzo 2003 hanno, per contro, affermato che le problematiche accusate dall'insorgente, ossia, in particolare, a livello somatico, i dolori dorsali e cervicali, i disturbi sessuali e, dal profilo psichico, il disturbo di adattamento, si troverebbero in relazione di causalità con l'evento traumatico dell'ottobre 2002 (cfr. consid. 2.9.; doc. 054; 058; 058a; 053; 062b; B; D). Tuttavia, i medici interpellati dall'assicurato non hanno oggettivato reperti organici post-traumatici che potessero spiegare la sintomatologia lamentata dal ricorrente, come del resto precedentemente al marzo 2003. Per quanto concerne i disturbi sessuali, è vero che la Dr. _____ ha attestato che dalle indagini neurofisiologiche pelvi-perineale svolte è emersa la presenza di alterazioni della conduzione degli stimoli somatosensoriali a partenza dai nervi Pudendo di livello sopra-sacrale, con minima alterazione della conduzione efferente simpatico-cutanea al perineo di destra e che il quadro è compatibile con l'anamnesi e giustifica una alterata sensibilità somatica genitosessuale (cfr. doc. 062a; consid. 2.9.). La conclusione a cui è giunto, partendo da tali risultati, il Dr. _____, ossia l'esistenza di un rapporto diretto con l'infortunio dell'ottobre 2002 a seguito del trauma alla colonna lombare subito (nel certificato del 2 giugno 2004 aveva indicato trauma alla colonna dorsale - cfr. doc. 062b -, ma poi il 17 settembre 2004 si è corretto), costituisce soltanto un apprezzamento differente da quello dei medici della _____ e del Dr. _____. Non sono, in effetti, state documentate lesioni strutturali particolari, come evidenziato dal Dr. _____ (cfr. doc. 064; consid. 2.9.). Al riguardo, a titolo abbondanziale, va rilevato che la dottrina medica dominante ritiene che, dopo traumi quali contusioni o distorsioni al dorso, lo stato anteriore del rachide può, di regola, considerarsi ristabilito al più tardi 6 mesi, rispettivamente, un anno (in presenza di patologie degenerative), a contare dall'evento traumatico, come se l'infortunio non fosse mai sopraggiunto (status quo sine) (cfr. Bär-Kiener, Traumatismes vertébraux, in Informations médicales N. 67/décembre 1994, p. 45ss., contributo in cui viene illustrata, con dovizia di riferimenti, la posizione della dottrina medica dominante in materia di traumi vertebrali). Tale tesi dottrinale è stata recepita dalla giurisprudenza federale, secondo la quale, conformemente all'esperienza acquisita in materia di medicina

infortunistica, l'aggravamento significativo e, pertanto, durevole di un'affezione degenerativa preesistente al rachide vertebrale (peggioramento direzionale) causato da un infortunio, è da ritenere dimostrato soltanto qualora gli accertamenti radiologici abbiano permesso di mettere in evidenza una compressione delle vertebre, così come l'apparizione oppure l'ingrandimento di lesioni dopo il trauma (cfr. RAMI 2000 U363, pag. 45 segg.; STFA del 31 dicembre 1997 nella causa L. consid. 4c, U 125/97, del 4 settembre 1995 nella causa M. consid. 4a, ambedue non pubblicate; cfr., inoltre, la STFA del 6 giugno 1997 nella causa C. inedita, U 131/96, in cui il TFA - riferendosi alla sentenza non pubblicata del 3 aprile 1995 nella causa O., U 194/94, - ha esplicitamente ribadito che il genere di trauma riportato dall'assicurato - si trattava di una contusione/distorsione del rachide lombare causata da una caduta, in presenza di lesioni degenerative al passaggio lombo-sacrale - cessa di produrre i propri effetti trascorsi alcuni mesi dal giorno dell'infortunio; cfr., pure, E. Morscher, Schäden des Stütz- und Bewegungsapparates nach Unfällen: Wirbelsäule, in Versicherungsmedizin, hrsg. E. Baur, H. Nigst, Berna 1972; 3. Auflage 1985). Al proposito va pure rilevato che in una sentenza del 16 aprile 2003 nella causa M. (U 165/02) l'Alta Corte, confermando un giudizio di questo Tribunale, ha ricordato che in assenza di lesioni strutturali post-traumatiche oggettivabili mediante indagine radiologica, il genere di trauma subito dall'assicurato, ossia colpo di frusta cervicale e distorsione della colonna lombare, cessa di produrre i propri effetti al più tardi 6-12 mesi dal verificarsi dell'infortunio. In simili condizioni il TCA ritiene che non si debba procedere agli ulteriori atti istruttori pretesi dall'assicurato (perizia medica giudiziaria; cfr. doc. I, V), in quanto, da un lato, non essendo stati fatti valere dei fatti nuovi o apportate delle nuove prove, a più forte ragione non si pone la questione di sapere se le nuove circostanze siano o meno suscettibili di condurre a delle conclusioni diverse rispetto a quelle a cui è pervenuto il medico _____ di _____, Dr. med. _____, nel mese di marzo 2003. Dall'altro, non spetta al TCA cercare dei nuovi elementi di fatto o delle nuove prove. Alla luce di tutto quanto esposto, questa Corte ritiene che a ragione l'assicuratore LAINF convenuto ha respinto la richiesta di revisione processuale della decisione formale del 17 marzo 2003, non essendo adempiute le relative condizioni. La decisione su opposizione del 10 agosto 2004 dell'CO 1 deve quindi essere confermata.

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