

TI_GERICHTE 35.2006.73 vom 14. Juni 2007

TI Tribunale d'appello, 2007-06-14, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2006.73

FR: TI_GERICHTE 35.2006.73 du 14 juin 2007

IT: TI_GERICHTE 35.2006.73 del 14 giugno 2007

Regeste

Negata revisione STCA 2001 e della decisione amministrativa. Il problema al nervo peroneo avrebbe potuto essere sollevato sia nella procedura amministrativa che in sede di ricorso al TCA. Comunque negato nesso causale tra infortunio e danno alla salute.

Erwägungen

E. 1

LPGA non fa menzione del fatto che esse debbano essere rilevanti. Ciò si spiega ponendo mente alla circostanza che, alla luce dei quesiti fattuali spesso complessi, il criterio della rilevanza dei mezzi di prova spesso è difficile da chiarire (U. Kieser, op. cit., ad art. 53, n. 11). I nuovi mezzi di prova devono comunque essere tali da provare fatti nuovi importanti che fondano la revisione o fatti che erano conosciuti nel procedimento precedente, ma che non hanno potuto essere provati a detrimento dell'istante. Se i nuovi mezzi di prova sono destinati a provare fatti già allegati anteriormente, il richiedente deve dimostrare di non aver potuto produrli nella precedente procedura. Un mezzo di prova è considerato come concludente, qualora si debba ammettere che avrebbe condotto ad una diversa decisione, nel caso in cui l'assicuratore ne avesse avuto conoscenza nella procedura amministrativa (STFA del 13 aprile 1993 nella causa G.P.). In sostanza, il nuovo mezzo di prova non deve solo servire ad apprezzare i fatti ma pure ad accertarli (DTF 110 V 141, consid. 2). Non è pertanto sufficiente, ad esempio, che una nuova perizia valuti in modo diverso una determinata fattispecie. Occorrono, piuttosto, nuove circostanze, che facciano apparire oggettivamente incompleta la base su cui si fonda la precedente decisione. Per la revisione di una decisione non basta che, successivamente, il perito tragga, da fatti già conosciuti, delle conclusioni differenti. Non costituisce neppure motivo di revisione la circostanza che siano stati forse valutati in modo errato fatti già conosciuti nella procedura principale. Occorre piuttosto che l'apprezzamento non corretto sia avvenuto poiché fatti determinanti ai fini del giudizio erano sconosciuti o rimasti non provati. In una sentenza del 15 ottobre 2001, pubblicata in DTF 127 V 353 il TFA ha così riassunto quanto appena esposto: "(...) b) Sont "nouveaux" au sens de l'art. 137 let. b OJ, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Si les nouveaux moyens sont destinés à prouver des faits allégués antérieurement, le requérant doit aussi démontrer qu'il ne pouvait pas les invoquer dans la

procédure précédente. Une preuve est considérée comme concluante lorsqu'il faut admettre qu'elle aurait conduit le juge à statuer autrement s'il en avait eu connaissance dans la procédure principale. Ce qui est décisif, c'est que le moyen de preuve ne serve pas à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'un nouveau rapport médical donne une appréciation différente des faits; il faut des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que le médecin ou expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que le tribunal. Il n'y a pas non plus motif à révision du seul fait que le tribunal paraît avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la procédure principale. L'appréciation inexacte doit être la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour le jugement (ATF 110 V 141 consid. 2 et 293 consid. 2a, 108 V 171 consid. 1; voir aussi ATF 121 IV 322 consid. 2, 118 II 205 consid. 5)." (DTF 127 V 353 consid. 5b) Al riguardo cfr. pure la STFA del 29 novembre 2002 nella causa B., I 339/01, pubblicata in RDAT I-2003 N. 69. In un'altra sentenza U 397/05 del 24 gennaio 2007 il Tribunale federale si è invece così espresso: " 4.2 La nozione di fatti o mezzi di prova nuovi si apprezza allo stesso modo in caso di revisione (processuale) di una decisione amministrativa (art. 53 cpv. 1 LPGA), di revisione di un giudizio cantonale (art. 61 lett. i LPGA) o di revisione di una sentenza fondata sull'art. 137 lett. b OG (cfr. sentenza citata del 6 dicembre 2005 in re P., consid. 2.2). Sono nuovi ai sensi di queste disposizioni solo i fatti già esistenti all'epoca della procedura precedente, ma che non erano stati allegati poiché non ancora noti nonostante tutta la diligenza del caso; i fatti verificatisi dopo la fine del processo, e comunque dopo il momento in cui, secondo le regole di procedura applicabili, potevano ancora essere adottati, non vanno invece considerati e non possono quindi fondare una domanda di revisione (DTF 121 IV 317 consid. 2 ; 118 II 199 consid. 5 ; 110 V 138 consid. 2 ; 108 V 170 consid. 1; Elisabeth Escher, Revision und Erläuterung, in: Thomas Geiser/Peter Münch [a cura di], Prozessieren vor Bundesgericht, 2a ed., Basilea e Franco forte 1998, n. 8.21; René A. Rhinow/Beat Krähenmann, Schweizerische Verwaltungsrechtsprechung, Ergänzungsband, Basilea e Franco forte 1990, n. 43 B I c, pag. 132). I fatti nuovi devono inoltre essere rilevanti, vale a dire devono essere di natura tale da modificare la fattispecie alla base della sentenza contestata e da condurre a un giudizio diverso in funzione di un apprezzamento giuridico corretto. Per quanto concerne i nuovi mezzi di prova, gli stessi devono servire a comprovare i fatti nuovi che giustificano la revisione oppure fatti già noti e allegati nel procedimento precedente, che tuttavia non avevano potuto venir provati, a discapito del richiedente (DTF 127 V 353 consid. 5b). Se i nuovi mezzi sono destinati a provare dei fatti sostenuti in precedenza, il richiedente deve pure dimostrare di non essere stato in grado di invocarli in tale procedimento. Una prova deve essere considerata concludente quando bisogna ammettere che essa avrebbe condotto il giudice a statuire in modo diverso se egli ne avesse avuto conoscenza nella procedura principale. È decisiva la circostanza che il mezzo di prova non serva solamente all'apprezzamento dei fatti, ma alla determinazione degli stessi. Non basta pertanto che in una nuova perizia siano apprezzati in modo diverso i fatti; occorrono invece elementi di fatto nuovi, dai quali risulti che il fondamento della pronunzia impugnata presentava difetti oggettivi. Per giustificare la revisione di una sentenza non basta che, dalla fattispecie conosciuta al momento dell'emanazione della pronunzia principale, il perito tragga, ulteriormente, conclusioni diverse da quelle del tribunale. Neppure costituisce motivo di revisione il semplice fatto che il tribunale potrebbe aver mal interpretato fatti conosciuti

all'epoca del procedimento principale. L'apprezzamento inesatto deve, al contrario, essere la conseguenza dell'ignoranza o della carenza di prove riguardanti fatti essenziali per la sentenza (DTF 127 V 358 consid. 5b, 110 V 141 consid. 2, 293 consid. 2a, 108 V 171 consid. 1; cfr. pure DTF 118 II 205)." In una sentenza del 14 maggio 2007 nella causa X (30.2006.39) il TCA ha ricordato che: " (...) Per costante giurisprudenza, un fatto è da considerarsi nuovo se esisteva già al momento in cui il giudizio è stato emanato, ma non è stato portato a conoscenza del Tribunale, poiché non era noto al ricorrente malgrado la sua diligenza. Ne discende che non è data alcuna revisione laddove l'istante, se avesse usato l'attenzione che da lui si poteva esigere, avrebbe potuto addurre il fatto ora invocato già nell'ambito della precedente procedura. Inoltre un simile fatto deve essere rilevante, vale a dire suscettibile di modificare la fattispecie posta a fondamento della decisione dedotta in revisione e condurre ad un giudizio diverso sulla base di un apprezzamento giuridico corretto (DTF 121 IV 317 consid. 2, 118 II 199 consid. 5, 110 V 138 consid. 2 e rinvii; cfr. anche STF del 22 agosto 2000, non pubblicata, 2A.531/1999). Per quanto riguarda i nuovi mezzi di prova, essi devono servire a dimostrare nuovi fatti rilevanti in grado di giustificare la revisione oppure fatti che già erano conosciuti in precedenza, ma che però non avevano potuto essere stabiliti con certezza. Anche in quest'ultimo caso l'istante deve dimostrare che tale circostanza non sia stata cagionata dalla sua negligenza (DTF 118 II 199 consid. 5, 110 V 138 consid. 2; cfr. anche STF del 22 agosto 2000, non pubblicata, 2A.531/1999). Costituisce, dunque, fatto nuovo o nuovo mezzo di prova soltanto il fatto o il mezzo di prova che non era già conosciuto nella precedente procedura o che non avrebbe potuto venir prodotto dall'interessato anche qualora quest'ultimo avesse dato prova della necessaria diligenza (RCC 1983, pag. 157; RCC 1970, pag. 457 consid. 3). Nel caso di specie, a prescindere dall'importanza di quanto riferito nel corso dell'udienza del 13 febbraio 2007 da X circa il lavoro svolto da Y, va comunque rilevato che la Cassa avrebbe potuto chiedere innanzi al TCA, nel corso della precedente procedura, di sentire X o lo stesso Y a proposito del ruolo svolto da quest'ultimo oppure avrebbe potuto impugnare la sentenza del TCA innanzi all'autorità superiore, facendo valere la mancata assunzione delle prove testé menzionate." 2.5. Giusta l'art. 61 cpv. 1 lett. i LPGA le decisioni devono essere sottoposte a revisione se sono stati scoperti nuovi fatti o mezzi di prova oppure se il giudizio è stato influenzato da un crimine o da un delitto. Pedissequamente, l'art. 14 LPTCA prevede che contro le decisioni del Tribunale cantonale delle assicurazioni é ammessa la revisione a) se sono scoperti fatti nuovi o nuovi mezzi di prova; b) se un crimine o un delitto ha influito sulla decisione. A norma dell'art 15 cpv. 1 LPTCA, poi, la domanda di revisione deve essere presentata, con l'indicazione dei motivi e dei mezzi di prova, entro 90 giorni dalla data in cui sono state conosciute le circostanze nuove previste alle lett. a) e b) dell'art. 14 (su quest'ultimo aspetto cfr. la sentenza del Tribunale federale U 120/06 del 13 marzo 2007). Perché il TCA possa rivedere una sua decisione cresciuta in giudicato, è dunque necessario che siano scoperti fatti nuovi o nuovi mezzi di prova. A tale proposito vale la giurisprudenza esposta al considerando precedente relativa alla revisione di decisioni da parte dell'amministrazione. 2.6. 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 (cfr. RDAT II-2001 N. 91 p. 378; SVR 2001 KV Nr. 50 p. 145; DTF 126 V 360 consid. 5b; DTF 125 V 195; STFA del 4 luglio 2003 nella causa M., U 133/02; STFA del 29 gennaio 2001 nella causa P., U 162/02; DTF 121 V 6; STFA del 28 novembre 2000 nella causa P. S., H 407/99; STFA del 22 agosto 2000 nella causa K. B., C 116/00; STFA del 23 dicembre 1999 in re A. F., C 341/98, consid. 3, p., 6; STFA 6 aprile 1994 nella causa E. P.; SZS 1993 p. 106 consid. 3a; RCC 1986 p. 202 consid. 2c, RCC 1984 p. 468 consid. 3b, RCC 1983 p. 250 consid. 2b; DTF 115 V 142 consid. 8b, DTF 113 V 323 consid. 2a, DTF 112 V 32 consid. 1c, DTF 111 V 188 consid. 2b; Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in Basler Juristische Mitteilungen (BJM) 1989, p. 31-32; G. Scartazzini, Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale, Basilea 1991, p. 63). Al riguardo essi si attendono, 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 129 V 181 consid. 3.1 e 406 consid. 4.3.1, DTF 117 V 360 consid. 4a e sentenze ivi citate).

2.7. 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 129 V 181 consid. 3.2 e 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a, 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 inoltre 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 127 V 102 consid.

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). 2.8. In virtù dell'art. 11 OAINF, l'assicuratore LAINF è 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 Unfallversicherungsrecht, 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 è soltanto l'esistenza di un nesso di causalità (cfr. STFA del 31 luglio 2001 nella causa H., U 122/00).

2.9. Preliminarmente giova rilevare che il ricorrente, patrocinato dall'avv. RA 1, il 26 settembre 2003, ha inoltrato all'CO 1 uno scritto con cui ha postulato la revisione della decisione del 2 maggio 2002, rispettivamente dell'11 luglio 2002, facendo tuttavia riferimento all'art. 61 lett. i LPGA (cfr. Fascicolo atti 2 doc. 132). Con i provvedimenti menzionati l'assicuratore LAINF resistente, dopo avere esperito alcuni accertamenti, come indicato dal TCA nella sentenza del 13 dicembre 2001 (cfr. inc. 35.2001.24), ha rifiutato di prendere a proprio carico i disturbi al ginocchio sinistro quale ricaduta dell'infortunio del 1993 annunciata nel 2000 (cfr. Fascicolo atti 2 doc. 120, 124, Fascicolo atti 3 doc. 36). Come visto sopra, l'art. 61 lett. i LPGA citato nell'istanza di revisione all'CO 1 concerne, però, la revisione di sentenze cresciute in giudicato emesse da un Tribunale. L'insorgente, se avesse voluto chiedere la revisione della sentenza del 13 dicembre 2001 con cui questa Corte ha negato che i problemi al ginocchio sinistro, annunciati nel 2000, fossero una ricaduta dell'evento traumatico del 1982, avrebbe dovuto interporre istanza di revisione direttamente al TCA. In ogni caso, a prescindere da ciò e dall'esame della questione di sapere se il ricorrente ha presentato la domanda di revisione entro il termine di 90 giorni dalla scoperta del motivo di revisione (cfr., su questo tema, RAMI 1994 U 191 pag. 145 segg.; art. 14 LPTCA), in concreto, come verrà esposto più dettagliatamente nei considerandi seguenti, non emergono elementi che possano giustificare né una revisione della decisione su opposizione dell'11 luglio 2002, né della sentenza del TCA del 13 dicembre 2001.

2.10. L'evento traumatico occorso a RI 1 nel 1982, in cui l'assicurato ha riportato una ferita lacero-contusa nella parte laterale del ginocchio sinistro con interessamento del nervo peroneo comune, è stato chiuso nel 1985. Eccezion fatta per il caso relativo all'infortunio dell'aprile 1993 - in occasione del quale ha battuto a terra il ginocchio sinistro - che comunque è stato chiuso dopo pochi mesi senza postumi residui, l'assicurato ha potuto continuare a esercitare la propria attività professionale. All'assicurato l'CO 1, il 30 luglio 1985, ha in ogni caso riconosciuto un'IMI del 10% in considerazione dei durevoli e importanti postumi, ovvero posizione equina del piede con gravi turbe funzionali del piede, plausibili dolori e disturbi neurologici lungo il tratto della gamba e del piede sinistro (cfr. fascicolo atti 1 doc. 53, 60). Questa Corte con sentenza del 13 dicembre 2001 ha stabilito che i disturbi al ginocchio sinistro oggetto dell'annuncio di ricaduta del 2000 erano di origine squisitamente morbosa, e meglio erano connessi a una degenerazione del menisco (cisti paramensicale esterna - ganglion meniscale - con rottura complessa del menisco esterno). Essi, pertanto, non potevano essere posti a carico dell'CO 1 quale ricaduta dell'infortunio del 1982 (cfr. inc. 35.2001.24). La sentenza 13 dicembre 2001 è passata in giudicato incontestata. A seguito del rinvio degli atti da parte del TCA, l'Istituto assicuratore ha poi valutato se i disturbi al ginocchio sinistro potevano essere messi in relazione con il sinistro dell'aprile 1993. L'CO 1, basandosi sulle valutazioni del Dr. med. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica, secondo cui non esiste un nesso causale con l'infortunio del 1993, siccome quest'ultimo ha comportato una contusione, mentre la ricaduta riguardava una lesione del menisco laterale compatibile ad una degenerazione (cfr. Fascicolo atti 3 doc. 34, 22), con decisione del 2 maggio 2002 e decisione su opposizione dell'11 luglio 2002, ha rifiutato la corresponsione di prestazioni (cfr. Fascicolo atti 2 doc. 120, 124; Fascicolo atti 3 doc. 36). Contro la decisione su opposizione dell'11 luglio 2002 non è stato interposto ricorso al TCA.

2.11. Il ricorrente ha fondato la propria domanda di revisione sulla perizia del 14 marzo 2003 del Dr. med. _____, FMH medicina interna

e reumatologia, medicina manuale SAMM – medicina dello sport SSMS, allestita a seguito di un incarico dell'assicurazione invalidità (cfr. Fascicolo atti 2 doc. 132). In particolare il medico, dopo aver diagnosticato: " - Stato dopo trauma nel 1982 con ferite lacero-contuse, lesione del nervo peroneo laterale esterno con innesti del nervo surale dx. presso la Clinica Universitaria di _____ e residue algie e disestesie dell'arto inferiore sx. - Gonalgia sx. in presenza di iniziale artrosi femoro-tibiale esterna in stato dopo artroscopia (5.04.01) con meniscectomia parziale esterna, shaving cartilagineo, condropatia del condilo femorale laterale, e lesione sub-totale del legamento crociato anteriore."(Fascicolo atti 2 doc. 132), ha così valutato le condizioni di salute dell'insorgente: La valutazione risulta abbastanza difficile. In primo piano vi sono i dolori residui all'arto inferiore sx. In parte questi sono secondari ad un problema reumatologico ortopedico, a sapere una condropatia e artrosi iniziante al ginocchio sx. soprattutto al compartimento laterale in stato dopo meniscectomia parziale effettuata il 5.4.2001. Tale patologia incide però solo in parte sull'attività lavorativa, in particolare non inciderebbe in misura preponderante in un'attività lavorativa leggera ed adeguata. Una buona parte dei dolori all'arto inferiore sx sono probabilmente invece di natura neurogena in esito dopo lesione del nervo peroneo laterale esterno, trattato con innesti nervosi nel 1983 con attualmente importanti dolori di tipo disestetico presenti sia di notte che a riposo ma accentuati di giorno agli sforzi anche relativamente leggeri. L'esame clinico mostra la presenza di deficit neurologico sia sensitivo che motorio relativamente importante, distale all'arto inferiore sx. confermato da un esame EMG del 28.5.2001 che mostra una sofferenza cronica del nervo peroneo laterale esterno interessante sia il ramo superficiale che profondo. Secondo il paziente questi dolori limitano completamente la sua attività lavorativa anche in un lavoro eventualmente leggero. Secondariamente il paziente annuncia un netto peggioramento da qualche mese di dolori lombari già occasionalmente risentiti in precedenza. Una TAC lombare recente ha mostrato una triplice discopatia, reperto relativamente importante anche se lo stato clinico è blando con una mobilità del rachide lombare solo lievemente ridotta e un'assenza di radicolopatia. Per quel che concerne la valutazione della problematica dell'arto inferiore sx. vi sono durante l'esame alcune incongruenze, i dolori sono meno importanti se il paziente non è concentrato sulla palpazione locale." (Fascicolo atti 2 doc. 132) Il medico _____, Dr. med. _____, spec. FMH in chirurgia, il 10 marzo 2004, dopo avere visitato l'assicurato, ha rilevato: " (...) DIAGNOSI - Deficit senso-motorio con passo steppante sinistro. - Stato dopo trauma contusivo della gamba sinistra dell'11.9.1982 con ferita lacero-contusa e lesione muscolare in seguito a un incidente motocicletta-camion. - Stato dopo sutura del muscolo gastrocnemio esterno sinistro. - Stato dopo ricostruzione del nervo fibulare sinistro con 5 trapianti del suralis sinistro preso dalla gamba destra il 17.6.1983. - Assegnazione di un'indennità per menomazione all'integrità del 10% per gli esiti alla gamba sinistra. - Stato dopo diagnosi di un neuroma alla cicatrice laterale della patella sinistra il 18.10.1988, trattato conservativamente. Diagnosi collaterali: - stato dopo distorsione del ginocchio sinistro nel 1993. - stato dopo artroscopia del ginocchio sinistro il 5.4.2001 con meniscectomia esterna selettiva e shaving cartilagineo (caso a carico della Cassa Malati). - stato dopo diagnosi di una sindrome lombo-spondilogenica recidivante, senza interessamento radicolare nel 2003. - stato dopo assegnazione di una rendita AI del 75% nel 2003. CONCLUSIONI Soggettivamente l'assicurato dice che la situazione alla gamba sinistra è peggiorata negli ultimi anni. Adesso non è più in grado di spingere la frizione con il piede sinistro. Oggettivamente si trova un deficit senso-motorio al piede sinistro con un passo steppante con importante miatrofia della gamba sinistra e un piede

sinistro in posizione equino varo di flessione rigida di 40°. Disestesie al bordo latero-posteriore dell'arto inferiore sinistro nel dermatoma L5/S1. Deficit di flessione del ginocchio sinistro in uno stato dopo meniscectomia parziale laterale sinistra (non a carico della CO 1). Sindrome lombo-spondilogenica su base di una discopatia lombare L3 fino a L5 (a carico della Cassa Malati). Paragonando con l'esame di chiusura del 1985, si nota un peggioramento soggettivo e un peggioramento oggettivabile con un equino varo che è aumentato come pure un aumento dell'atrofia della gamba sinistra." (Fascicolo atti 2 doc. 141) Su indicazione del Dr. med. _____ è stato predisposto un consulto neurologico presso il Dr. med. _____, FMH neurologia (cfr. Fascicolo atti 2 doc. 142). Nel rapporto del 9 luglio 2004 lo specialista ha precisato: "(...) Nell'esame clinico neurologico di oggi, trovo una lesione chiara e parziale del nervo proneo comune sx, sulla altezza della articolazione del ginocchio con deficit senso motorio e le indicazioni di dolori sono convincenti. Una parestesia totale del nervo peroneo non c'è, nonostante il paziente non riesce a fare una attività volontaria. Nella valutazione della situazione neurologica, in questa situazione, ci sono da aggiungere i seguenti punti. 1. 22 anni dopo il primo incidente i dolori sono diventati cronici, e non sono più spiegabili e da dividere in un modo semplice tra la parte ferita e i disturbi del paz. 2. A parte la lesione del nervo peroneo a sx, c'è una sindrome dolorosa cronica lumbo vertebrale, la quale limita la qualità di vita e influenza molto la sintomatologia dei dolori. 3. Molto probabilmente a causa della inattività del paziente, durante gli ultimi 22 anni il peso del paz. è aumentato di 25 kg. Questo aumento di peso è in fattore sfavorevole sia per il carico della articolazione tibio-tarsale, con la funzione limitata del nervo e del sistema dei muscoli, che per la situazione sfavorevole dei disturbi della articolazione del ginocchio e che per la sindrome lumbo vertebrale cronica. 4. Nell'esame medico ho avuto l'impressione che il paziente si occupa da anni di questo incidente e soprattutto si occupa delle conseguenze in un modo amministrativo. Lui ha il sentimento che ha subito un'ingiustizia, causata dalle discussioni tra le assicurazioni, le quali hanno portato un conflitto giudiziario. Sappiamo che questi conflitti amministrativi e giudiziari possono influenzare in un modo sfavorevole il processo di guarigione e la percezione dei dolori. Per il processo di guarigione in generale sarebbe desiderabile di concludere questi conflitti." (Fascicolo atti 2 doc. 148) L'11 agosto 2004 l'assicurato è stato nuovamente visitato dal Dr. med. _____, il quale ha riscontrato uno stato soggettivo e oggettivo sovrapponibile a quello del marzo 2004 (cfr. Fascicolo atti 2 doc. 156). La Dr. med. _____, FMH in neurologia, il 21 febbraio 2006 si è così espressa in merito all'arto inferiore sinistro dell'assicurato: "(...) Nach der Nervenrekonstruktion mit Peroneusinterponat links lässt sich ab 1983 eine gute Reinnervation lückenlos dokumentieren. Dies äussert sich in einem während des Verlaufs objektivierten minimalen Unterschenkelumfangdifferenz und einem praktisch normalen Gangbild. Bis auf die Funktion des M. extenso digitorum brevis (der vom Endast des N. peroneus profundus innerviert wird) ist die Erholung subtotal gewesen. Dieses minimale verbleibende Restdefizit (mit Reinnervation bis zum M. extensor digitorum brevis ist Ausdruck eines erfolgreichen Operationsresultats. Entsprechend konnte Herr RI 1 in seinem neuen Beruf als Camionchauffeur 100 % arbeiten (vor dem 1983 erlittenen Unfall war er Strassenbauer). Am 05.04.2001 wurde wegen einer Knieproblematik durch eine degenerative Ursache mit Bildung eines Meniskusganglions in Italien ein orthopädischer Eingriff durchgeführt. Noch einen Monat vor dem Eingriff fand sich (siehe Bericht von Dr. _____) ein praktisch normales Gangbild mit einzig Defizit beim Fersengang. Zu dem Eingriff äussert sich Dr. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH. Aus

neurologischer Sicht bleibt nun festzuhalten, dass sich nach diesem Eingriff das klinische Bild verändert hat: Es bildet sich ein Steppergang; das heisst zusätzlich zu dem vorbestehenden Verlust im M. extensor digitorum brevis besteht jetzt ein Ausfall des M. tibialis anterior und der Peroneusgruppe. Die Umfangsdifferenz nimmt zu, zu Ungunsten von links und elektrophysiologisch bestätigt sich eine „klare“ Läsion des N. peroneus communis links. Diese lokalisiert sich also in der Kniekehle. Die Beurteilung und Erklärung bezüglich der Mechanik, welche offenbar im peri-/ respektive operativen Umfeld (05.04.2001) die Läsion des Nerven zur Folge hatte, ist nicht Aufgabe des Neurologen. Dieser Eingriff beruhte auf einer degenerativen Veränderung (intraartikulär) und wurde deshalb auch nicht von der CO 1 übernommen. Die Auswirkung auf die Funktion des Nervus peroneus communis war unvorhersehbar und ist nicht als Komplikation der 1983 durchgeführten Nervenrekonstruktion durch Interponat erklärbar. Es handelt sich viel eher um eine, im Zusammenhang der Operation, erfolgte Läsion. Dr. _____, Rheumatologe, der Herrn RI 1 im März 2003 (Akte 127) untersucht hatte, war offenbar über den genauen Verlauf nach der Rekonstruktion nicht informiert. Insbesondere kann er nicht Kenntnis gehabt haben von den vorgängig zur Operation durchgeführten neurologischen Untersuchungen. Deshalb sind seine Folgerungen bezüglich der Ursächlichkeit der Schmerzen nicht stichhaltig. Diagnose - Status nach Motorradunfall am 11.09.1982 mit . Kniekontusion links . Rissquetschwunde lateral des linken Knies mit Läsion des N. peroneus communis links - Status nach Rekonstruktion des N. peroneus links mit Suralistransplantat am 17.06.1983 - Reinnervation der Fussheber (20.02.1984, 06.05.1985, 18.10.1988) Rückfallmeldung 10.10.2000 bei - Status nach Kniekontusion links am 18.04.1993 - Formation eines Ganglion des Meniskus bei degenerativen Meniskusveränderungen - 05.04.2000 Arthroskopie und Meniskektomie kompliziert durch . Läsion des Peroneus communis links." (fascicolo atti 2 doc. 167) Il Dr. med. _____, FMH in chirurgia ortopedica, del servizio di medicina assicurativa dell'CO 1, con rapporto del 28 febbraio 2006, ha indicato: " (...) Die Akten vermitteln somit eine eindeutige Zunahme der Peroneusparese nach dem operativen Eingriff am Kniegelenk. Ob diese Parese unmittelbar anschliessend an den Eingriff eingetreten ist, kann den Akten nicht entnommen werden. Die Ursache für die Verschlechterung ist unklar. Man hat sich bei der Operation zwar ausschliesslich mit intraartikulären Strukturen befasst; es geht aber nicht klar aus dem Bericht hervor, wie und mit welcher Technik die Nadel eingesetzt worden ist. Es ist möglich, dass beim Einführen der Nadel der Nervus peroneus communis getroffen und somit geschädigt wurde. Dass die synoviale Zyste respektive das Meniskusganglion selbst für die Peroneusläsion verantwortlich gewesen ist, muss als unwahrscheinlich erachtet werden. Synoviale Zysten als Grund für eine Peroneuslähmung sind sehr ungewöhnlich. So etwas ist mir lediglich bekannt für eine Zyste am proximalen tibiofibulären Gelenk (s. Beschreibung von drei Einzelfällen). Hierbei handelte es sich aber ganz klar nicht um Meniskusganglien und die Zysten gingen wahrscheinlich vom tibiofibulären Gelenk aus, welches einerseits zwar regelmässig mit dem Kniegelenk kommuniziert, andererseits aber nicht direkt mit dem lateralen Meniskus. Aus den Akten geht somit deutlich hervor, dass nach dem operativen Eingriff am Knie eine vollständige Fussheberparese aufgetreten ist, ob unverzüglich oder erst innerhalb von Tagen oder Wochen, lässt sich nicht klar unterscheiden. Interessant wäre es den Befund der Elektromyographie zu kennen, welche im Mai 2001 durchgeführt worden ist. Ob die Lähmung durch direkte Schädigung (Nadelperforation) oder durch Lagerung vor, während oder nach der Operation oder auf anderem Wege (Ischämie) entstanden ist, lässt sich aufgrund der vorliegenden Daten nicht

zuverlässig auseinander halten." (Fascicolo atti 2 doc. 169) Il Dr. _____, spec. in ortopedia e traumatologia, Responsabile U.O. Ortopedia 2. _____, che ha operato l'assicurato nel mese di aprile 2001, il 24 agosto 2006, ha dichiarato: " (...) L'intervento era indicato per la presenza di gonalgia persistente, specie al comparto esterno e limitazione funzionale. T.C. ed ecografia evidenziavano cisti parameniscale esterna. Il pz presentava inoltre deficit cronico dello SPE di sn. in esiti di lesione dello stesso trattata con innesto di n. surale. L'intervento è stato eseguito in anestesia generale con tecnica artroscopica tradizionale con lavaggio continuo. Il tempo diagnostico ha evidenziato un quadro di sinovite, una lesione subtotale intrasinoviale del legamento crociato anteriore, una condropatia di 3° del condilo femorale esterno ed una rottura complessa che interessava il terzo medio e corno anteriore del menisco esterno. Lesione quest'ultima che verosimilmente ha portato alla formazione della cisti parameniscale. Il tempo chirurgico è consistito nella meniscectomia esterna subtotale guidata dal needeling della cisti parameniscale out-in e dallo shaving cartilagineo. L'ago utilizzato per la localizzazione della cisti parameniscale è stato introdotto per via percutanea out-in a livello dell'emirima articolare esterna in corrispondenza del terzo medio/anteriore del menisco, area anatomicamente distante dal decorso dello SPE. Non sono state necessarie particolari manovre di stress a carico dell'arto sia per la normalità del compartimento mediale, peraltro ben evidenziabile data l'insufficienza del lig. crociato anteriore, sia per la localizzazione della patologia al compartimento esterno. L'atto chirurgico è stato eseguito e portato a termine senza particolari difficoltà. Al termine dell'intervento è stato posizionato un drenaggio articolare in aspirazione e l'arto è stato tutelato in bendaggio morbido di Jones per le successive 24 ore. Il decorso post operatorio è stato regolare e privo di complicanze." (Doc. B) 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 su opposizione impugnata (fra le tante: STFA del 22 aprile 2005 nella causa S., U 417/04, consid. 1.1.; 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. STFA 20 aprile 2005, nella causa C. R., K 154/03, consid. 1.2.; 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 il certificato del 24 agosto 2006 del Dr. _____ è posteriore all'emissione della decisione su opposizione impugnata. Tuttavia esso è stato prodotto con l'intento di acclarare se sono dati o meno i presupposti della revisione, nonché l'eziologia dei disturbi accusati dall'assicurato e oggetto dell'annuncio di ricaduta dell'ottobre 2000. La situazione del

ricorrente non risulta del resto cambiata rispetto al periodo antecedente il 31 luglio 2006. Pertanto tale documento è rilevante ai fini del presente giudizio. Esso è suscettibile 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). Infine il Dr. med. _____, interpellato da questa Corte in merito ai disturbi accusati dall'assicurato all'epoca della sua visita del marzo 2003 e all'eziologia degli stessi (cfr. doc. IX), il 27 febbraio 2007 ha precisato: " Mi rifaccio alla mia perizia AI eseguita in data 12.03.03. Dalla mia perizia si evince che il paziente presentava allora una problematica di tipo neurologico con un'importante paresi distale dell'arto inferiore sx in esiti dopo lesione del nervo peroneo laterale esterno. Nella mia perizia si evince che il paziente presentava a quel momento dei dolori cronici di tipo neurogeno legati alla problematica del nervo peroneo laterale e delle difficoltà deambulatorie con moderata paresi. Si cita anche un esame ENG eseguito in data 28.05.01 a sapere circa 7 settimane dopo l'intervento di meniscectomia del 04.04.01 in cui si mettevano in evidenza delle sofferenze croniche assonali del nervo peroneo laterale interessanti sia il ramo superficiale che profondo. Ho letto l'apprezzamento del 28.02.06 del Dr. _____ della divisione medica della CO 1 che lascia aperti numerosi interrogativi. Dal mio punto di vista posso dire che le problematiche all'arto inferiore sinistro erano allora simili a quelle considerate dalla CO 1 nel 1985 senza però poter escludere un peggioramento (dal mio punto di vista impossibile da quantificare) dopo l'intervento del 04.04.01.(...)" (Doc. X) 2.12. Attentamente esaminata la documentazione medica agli atti, questa Corte constata che da quanto allegato dal Dr. med. _____ nel marzo 2003 risulta che una buona parte dei dolori accusati dall'assicurato all'arto inferiore sinistro erano di natura neurogena in esiti dopo lesione del nervo peroneo laterale esterno. Il medico ha puntualizzato che un esame EMG del 28 maggio 2001 ha mostrato una sofferenza cronica del nervo peroneo laterale esterno interessante sia il ramo superficiale che profondo (cfr. Fascicolo atti 2 doc. 132). In effetti l'elettromiografia effettuata il 28 maggio 2001 ha messo in luce "gravi segni di sofferenza neurogena con aspetti di denervazione in atto nel m tibiale ant, peroneo" (cfr. Fascicolo atti 2 doc. 110). Il Dr. med. _____, poi, nel luglio 2004 ha specificato di aver trovato una lesione chiara e parziale del nervo peroneo comune sinistro all'altezza dell'articolazione del ginocchio con deficit secondo motorio, che le indicazioni di dolori erano convincenti e che una parestesia totale del nervo peroneo non era presente, nonostante il paziente non riuscisse a fare un'attività volontaria (cfr. Fascicolo atti 2 doc. 148). Il TCA constata che i problemi al nervo peroneo erano noti sino dal 1982. Del resto l'CO 1, "con decisione formale del 30 luglio 1985, ha riconosciuto all'assicurato un'indennità per menomazione dell'integrità del 10% (doc. 60), e ciò per tenere conto della posizione equina del piede con gravi turbe funzionali del piede stesso nonché di plausibili dolori e disturbi neurologici lungo il tratto della gamba e del piede sinistro (cfr. doc. 53)." (cfr. consid. 1.1 della STCA 35.2001.24 del 13 dicembre 2001). Comunque anche volendo per ipotesi ammettere che il danno alla salute è nuovamente stato riscontrato nel corso del 2001, secondo questo Tribunale, tale aspetto avrebbe potuto essere sollevato dal ricorrente sia in sede di ricorso al TCA - istanza che ha emesso la propria decisione nel dicembre 2001 -, per quanto riguarda la richiesta di assunzione da parte dell'CO 1 dei disturbi al ginocchio sinistro quale ricaduta del sinistro del 1982 (cfr. consid. 1.3.-1.6.), che nel contesto della procedura amministrativa afferente all'esame del nesso causale tra i menzionati disturbi e l'infortunio del 1993, sfociata nella decisione del 2 maggio 2002 e nella decisione su opposizione dell'11 luglio 2002 (cfr. consid.1.7.). Alla luce della giurisprudenza federale qui sopra riprodotta (cfr.

consid. 2.4), tale motivo non è dunque atto a giustificare una domanda di revisione. Pertanto già per questa ragione va negata la possibilità di procedere con una revisione sia della decisione su opposizione dell'11 luglio 2002, che della sentenza del 13 dicembre 2001. A titolo abbondanziale va rilevato che, anche prescindendo da quanto appena esposto, non è stato dimostrato secondo il grado della verosimiglianza preponderante (cfr. consid. 2.6.; 2.8.) che i problemi all'arto sinistro connessi al nervo peroneo siano in relazione di causalità con l'evento traumatico del 1982 o quello del 1993. Per quanto riguarda l'infortunio del 1982, va osservato che l'assicurato, ancora nel mese di marzo 2001, quando è stato visitato dal Dr. med. _____, spec. in chirurgia ed esperto in medicina infortunistica, accusava solo dolori in sede di ginocchio sinistro comportamentale laterale con turbe alla flessione-estensione (cfr. Fascicolo atti 1 doc. 105). Del resto nell'annuncio di ricaduta del 2000 erano stati menzionati unicamente disturbi al ginocchio sinistro (cfr. Fascicolo atti 1 doc. 71). Nel marzo 2003, in occasione del consulto presso il Dr. med. _____, il ricorrente ha, invece, lamentato dolori quotidiani a partenza dal III distale della coscia sinistra soprattutto nella regione del ginocchio, esterni e posteriori, irradianti distalmente lungo la gamba al lato esterno e laterale fino al bordo del piede con talvolta fenomeni disestetici nel senso di formicolii o scariche elettriche (cfr. Fascicolo atti 2 doc. 132). I postumi del sinistro del 1982 che hanno giustificato il riconoscimento di un'IMI del 10% nel 1985 si erano così stabilizzati fino a dopo l'operazione dell'aprile 2001. Infatti non risulta dagli atti che l'assicurato, prima dell'operazione dell'aprile 2001, si sia lamentato di disturbi particolari se non a livello del ginocchio sinistro. In proposito giova ribadire che nel 1983 presso la Clinica chirurgica dell'Ospedale universitario di _____ il nervo peroneo è stato ricostruito mediante cinque trapianti del suralis sinistro preso dalla gamba destra (cfr. Fascicolo atti 1 doc. 34). I disturbi all'arto sinistro in relazione a una sofferenza al nervo peroneo sono stati fatti valere, quindi, con decorrenza al più presto dal maggio 2001 allorché ha avuto luogo l'elettromiografia (cfr. Fascicolo atti 2 doc. 110; consid. 2.12.), ossia a distanza di circa 16 anni dalla chiusura del caso iniziale del 1982 (giugno 1985) e dopo circa 8 anni dal caso dell'aprile 1993. Ora, un'affermata giurisprudenza stabilisce che più il tempo trascorso fra l'infortunio e la manifestazione dell'affezione è lungo e più le esigenze riguardanti la prova del legame di causalità naturale devono essere severe (cfr. RAMI 1997, U 275, p. 188ss.; RJJ 1994, p. 46 consid. 1b; STFA del 30 novembre 2000 nella causa M., U 298/99). Nel caso in esame alle carte processuali non risulta alcun certificato medico attestante un nesso causale tra l'infortunio del 1982 e i nuovi disturbi al nervo peroneo. Al contrario dalla documentazione agli atti si evince che il 5 aprile 2001 l'insorgente è stato sottoposto a un intervento di meniscectomia esterna subtotala e shaving cartilagineo (cfr. Fascicolo atti 2 doc. 110). Per quanto concerne esclusivamente i problemi al ginocchio sinistro legati alla degenerazione del menisco, è utile ricordare che il TCA con sentenza del 13 dicembre 2001, passata in giudicato incontestata, ha negato che gli stessi fossero una ricaduta del sinistro del 1982 (cfr. inc. 35.2001.24). L'operazione dell'aprile 2001 non è, quindi, stata dettata da disturbi di origine infortunistica. In relazione all'intervento del 5 aprile 2001, è vero che il Dr. _____ che l'ha eseguito, indicando che "l'ago utilizzato per la localizzazione della cisti parameniscale è stato introdotto per via percutanea out-in a livello dell'emirina articolare esterna in corrispondenza del terzo medio /anteriore del menisco, area anatomicamente distante dal decorso dello SPE" (cfr. doc. B), ha messo in dubbio una delle ipotesi formulate dal Dr. _____, per quanto attiene alla causa extra-infortunistica del peggioramento dello stato nel nervo peroneo sinistro, ossia che introducendo l'ago, il nervo peroneo è stato

danneggiato (cfr. fascicolo atti 2 doc. 169). Tuttavia, è altrettanto vero che in una sentenza del 18 settembre 2002 nella causa H., U 60/02, consid. 2.1., il TFA ha precisato che l'assicuratore infortuni non è tenuto a dimostrare l'esistenza di una causa extra-infortunistica che spieghi i disturbi ancora accusati dall'interessato. Decisivo è unicamente sapere se le cause traumatiche abbiano perso il loro significato causale, ovvero se esse siano estinte. Per quanto riguarda il sinistro del 1993, va sottolineato che lo stesso ha interessato soltanto il ginocchio sinistro. L'assicurato ha in effetti riportato un trauma distorsivo allo stesso. Egli ha ritrovato l'abilità lavorativa al 50% dal 1° agosto 2003 e al 100% dal 6 settembre 1993 (cfr. fascicolo atti 1 doc. 77). D'altronde non è stato prodotto alcun referto medico indicante un nesso di causalità tra i disturbi accusati dall'arto sinistro e l'evento traumatico del 1993. In queste condizioni, appare superfluo dare seguito alla richiesta di esecuzione di una perizia medica giudiziaria (cfr. doc. I, V); nella misura in cui è già sin d'ora altamente verosimile che essa non consentirebbe di mettere in luce dei nuovi elementi di valutazione. Al riguardo, va ricordato che 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. SVR 2003 IV Nr. 1; STFA del 16 febbraio 2006 nella causa G., U 416/04, consid. 3.2.; 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 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata). 2.13. In relazione ai disturbi alla schiena, va rilevato che da una TAC lombare effettuata il 4 marzo 2003 è emersa una discopatia L3/L4 con protrusione diffusa senza sicuro contatto radicolare, discopatia L4/L5 con protrusione globale ed evidente contatto fra disco protruso e sacco durale, interessamento dei forami di coniugazione e compressione sulle emergenze radicolari e lieve discopatia in L5/S1 mediana e para-mediana destra senza sicuri segni di compressione sull'emergenza radicolare. Sono state altresì riscontrate delle alterazioni artrosiche, osteofitarie, somatiche e interapofisarie diffuse nonostante la giovane età (cfr. Fascicolo atti 2 doc. 155). In proposito va dapprima rilevato che, visto che i disturbi al nervo peroneo a fare tempo dal maggio 2001 non sono in relazione di causalità con gli infortuni assunti dall'CO 1, i problemi lombari, se dovessero essere attribuibili ai nuovi disturbi alla gamba sinistra, non possono in ogni caso essere posti a carico dell'assicuratore LAINF. Per il resto i dolori alla schiena non hanno fatto oggetto di un annuncio di ricaduta dei traumi subiti nel 1982 e 1993. Giova, comunque, evidenziare che, come già visto, il trauma del 1993 ha interessato esclusivamente il ginocchio sinistro. Il medico _____ supplente, Dr. med. _____, il 10 marzo 2004, ha inoltre indicato che la sindrome lombo-spondilogenica su base di una discopatia lombare è a carico della cassa malati, ovvero si tratta di una problematica extra-infortunistica (cfr. Fascicolo atti 2 doc. 141). Ciò è stato ribadito dal Dr.

med. _____ l'11 agosto 2004 (cfr. fascicolo atti 2 doc. 156). In tale contesto va ricordato 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 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STFA dell'8 luglio 2003 nella causa B., U 259/02, consid. 2.1.1; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in BJM 1989, p. 30ss.). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10, p. 33ss. e RAMI 1999 U 356, 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. Il TFA ha, peraltro, precisato che i pareri redatti dai medici dell'INSAI hanno pieno valore probatorio, anche quando essi si sono espressi unicamente in base agli atti, dunque senza visitare personalmente l'assicurato (cfr. STFA del 10 settembre 1998 nella causa R., U 143/98 e STFA del 2 luglio 1996 nella causa A., U 49/95). Per quel che concerne il valore probante di un rapporto medico, determinante è che esso 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. SVR 2002 IV Nr. 21 p. 63; 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). L'assicurato, del resto, a torto si fonda sulla valutazione del Dr. med. _____ per sostenere che la sindrome dolorosa cronica lombo vertebrale dovrebbe essere in relazione causale con l'infortunio del 1982 e l'intervento del 1983 (cfr. Fascicolo atti 2 doc. 153). In effetti il neurologo citato nel rapporto del 9 luglio 2004 non si pronuncia sull'aspetto eziologico dei disturbi lombo vertebrali (cfr. Fascicolo atti 2 doc. 148). Neppure l'asserzione della Dr. med. _____ dell'ottobre 1988, secondo cui non poteva escludere che in futuro si potessero verificare delle complicazioni dovute al carico sbagliato dell'articolazione tibio tarsale sinistra (cfr. Fascicolo atti 1 doc. 66), è atta a sovvertire il giudizio per quanto attiene all'assenza di un nesso causale naturale tra i disturbi alla schiena e l'infortunio del 1982. E' vero che dal rapporto del 6 maggio 1985 del Dr. med. _____ si evince che la deambulazione dell'assicurato era lievemente zoppicante (cfr. fascicolo atti 1 doc. 54), che il Dr. med. _____, nel marzo 2003, ha riscontrato una marcia con lieve steppage (cfr. Fascicolo atti 2 doc. 132) e che un passo steppante è stato messo in luce anche dal Dr. med. _____ nel marzo e nell'agosto 2004 (cfr. Fascicolo atti 2 doc. 141, 156). E' altrettanto vero, però, che il TCA non può condividere la tesi della parte ricorrente secondo cui i disturbi al rachide lombare sarebbero stati indirettamente provocati dal danno riportato dal ricorrente all'arto inferiore sinistro. Questa opinione trova piena conferma in diverse perizie specialistiche ordinate dal TCA in altre procedure ricorsuali. Ad esempio, nella causa T. c/ CO 1, sfociata nella sentenza del 4 maggio 2000, inc. n. 35.1999.92-93, i periti giudiziari, i dottori P.

_____ e _____, ambedue Primari presso la Clinica di chirurgia ortopedica dell'Ospedale universitario di _____, hanno indicato che solo in casi eccezionali lo zoppicare possa condurre ad un sovraccarico del rachide: " Kann der Sachverständige bestätigen, dass es eine übliche und geläufige Erscheinung ist. Also als klinisch anerkannte Tatsache, dass ein körperlicher Schaden an einem unteren Beinteil, wie im Fall T., im Laufe der Jahre zu degenerativen Pathologien, mit Invaliditätsfolgen, im Beckenbereich bzw. in der Wirbelsäule führt? Nein, ein Hinken führt nicht zu einer Überlastung der Wirbelsäule, solange keine schweren Deformationen vorliegen. Schwere Deformationen sind Veränderungen mit einer Beinlängendifferenz von > 5 cm oder einer Situation bei Hüftarthrodese, oder einer Muskelschwäche wie sie beispielsweise nach einer Poliomyelitis zu beobachten ist. Zudem müssen die Veränderungen sehr lange einwirken bis sie symptomatisch werden. Bei Herr T. ist die Deformation/Beeinträchtigung des Gangbildes mässig, die Dauer eher kurz und bildgebend sind keine über die Altersnorm hinausgehende Veränderungen der Wirbelsäule feststellbar. " (perizia 7.3.2000 della Clinica di c hirurgia ortopedica dell'_____ di _____, p. 8s.). Il caso dell'insorgente non rientra fra quelli limite enumerati dai dottori _____ e _____. Una zoppia non è suscettibile di provocare un sovraccarico della colonna vertebrale fintanto che non sono rivelabili gravi deformazioni, ad esempio una differenza della lunghezza della gamba di oltre 5 cm oppure una situazione di artrodesi dell'anca (cfr. STFA U 122/02 del 28 maggio 2004 consid. 4.1., pubblicata in RtiD II-2004 N. 62 pag. 196 segg.). In casu non risulta che si sia confrontati con una grave deformazione. In simili condizioni, i disturbi alla schiena non giustificano una revisione della decisione su opposizione dell'11 luglio 2002, né potrebbero legittimare una revisione della sentenza del TCA del 13 dicembre 2001. 2.14. Per quanto attiene ai disturbi psichici menzionati dall'assicurato, questa Corte constata che unicamente il Dr. med. _____, peraltro neurologo, nel luglio 2004 ha indicato di avere avuto l'impressione che il ricorrente soffrisse di una certa depressione (cfr. Fascicolo atti 2 doc. 148). Pertanto agli atti non figurano certificati medici specialistici attestanti una patologia concernente l'aspetto psichico. Ne discende che è legittimo già dubitare del fatto che l'insorgente accusi realmente una problematica psichica. Ad ogni modo, il TCA può esimersi dall'indagare più approfonditamente tale questione, poiché, anche nel caso in cui l'esistenza di tali disturbi dovesse essere accertata, andrebbe negato un nesso causale naturale con gli infortuni assunti dall'CO 1 nel 1982 e 1993, alla luce del tempo di latenza molto lungo. In effetti i disturbi psichici sono stati segnalati, per la prima volta, nel mese di luglio 2004, in occasione della visita di controllo presso il Dr. med _____, quindi a distanza di quasi 22 anni dal sinistro del 1982, rispettivamente a più di 11 anni dall'evento traumatico del 1993. In una sentenza di principio del 25 febbraio 2003 nella causa E., U 78/02, la I. Camera del TFA ha risposto negativamente alla questione a sapere se a delle turbe psichiche diagnosticate con un tempo di latenza di circa 2 anni e mezzo, poteva essere riconosciuta un'eziologia traumatica: " (...) 4.3.1. Für die erstmals anfangs Oktober 1998 während der stationären Abklärung im Spital Y. _____ diagnostizierte depressive Gesundheitsstörung kann sich somit lediglich fragen, ob es sich dabei um eine natürliche Folge des Unfalls vom 29. Januar 1996 und bejahendenfalls auch um eine adäquate Folge dieses Unfalls nach Massgabe der in BGE 115 V 133 ff. entwickelten, unfallbezogenen, objektiven Kriterien handelt. Diesbezüglich ist zu beachten, dass bei psychischen Störungen die Wahrscheinlichkeit eines ursächlichen Zusammenhangs mit einem Unfall entsprechend dem zeitlichen Abstand zwischen diesem und dem Auftreten von Symptomen einer psychogenen Gesundheitsstörung abnimmt, weil das Unfallerlebnis in der Regel mit der

Zeit verarbeitet und verkraftet wird. Je grösser das zeitliche Intervall zwischen einem Unfall und dem Eintritt psychischer Störungen ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhanges zu stellen. Andernfalls bestünde die Gefahr, dass schon bei nicht auszuschliessender oder bloss möglicher Kausalkette der natürliche Kausalzusammenhang bejaht oder einfach unterstellt und so das für den Nachweis des natürlichen Kausalzusammenhanges geltende Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit unterlaufen würde (Urteil B. vom 18. Mai 2001, U 474/00; nicht veröffentlichte Urteile A. vom 14. Januar 1999, U 146/98, und B. vom 23. Dezember 1991, U 73/89). 4.3.2. Im vorliegenden Fall beträgt die Latenzzeit zwischen dem Abklingen der durch den Unfall vom 29. Januar 1996 ausgelösten körperlichen Beschwerden und dem Auftreten einer spezialärztlich und damit verlässlich diagnostizierten psychischen Gesundheitsstörung rund 2½ Jahre. Hinzu kommt, dass der Unfall vom 29. Januar 1996 keine schweren körperlichen Verletzungen zur Folge hatte, keine stationäre Behandlung nötig machte und bloss eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit während rund eines Monats zur Folge hatte. Psychische Störungen setzen aber nach einem Unfall häufig dann ein, wenn nach mehreren erfolglosen Operationen, längeren Hospitalisationen, schwierigem Heilungsverlauf mit wiederholten Abklärungs- und Therapieaufenthalten sowie wegen andauernder Schmerzen die befürchtete Nichtwiedererlangung der früheren Gesundheit und Arbeitsfähigkeit allmählich zur Gewissheit wird. Eine solche für die Auslösung psychischer Beschwerden im Anschluss an einen Unfall geeignete Sachlage ist hier nicht gegeben. Insgesamt ist daher auf Grund des beim Unfall vom 29. Januar 1996 erlittenen, relativ geringfügigen körperlichen Gesundheitsschadens und des relativ grossen zeitlichen Intervalls bis zum Eintritt einer psychogenen Gesundheitsstörung deren natürlicher Kausalzusammenhang mit dem rund 2½ Jahre zurückliegenden Unfallereignis mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu verneinen. Demgemäss erübrigt sich die Prüfung der diesbezüglichen Adäquanzfrage." (STFA succitata - la sottolineatura è del redattore) 2.15. Alla luce di tutto quanto esposto, la decisione su opposizione del 31 luglio 2006 impugnata deve essere confermata.

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