

TI_GERICHTE 35.2019.62 vom 9. März 2020

TI Tribunale d'appello, 2020-03-09, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2019.62

FR: TI_GERICHTE 35.2019.62 du 9 mars 2020

IT: TI_GERICHTE 35.2019.62 del 9 marzo 2020

Erwägungen

E. 4

LPGA così definisce l'infortunio:

"È considerato infortunio qualsiasi influsso dannoso, improvviso e involontario, apportato al corpo umano da un fattore esterno straordinario che comprometta la salute fisica o psichica o che provochi la morte."

Questa definizione riprende, nella sostanza, quella che era prevista all'art. 9 cpv. 1 vOAINF, disposizione abrogata dall'ordinanza sull'assicurazione contro gli infortuni dell'11 settembre 2002 (RU 2002 3914), in vigore dal 1° gennaio 2003, di modo che la relativa giurisprudenza continua ad essere applicabile.

Cinque sono dunque gli elementi costitutivi essenziali dell'infortunio:

"- l'involontarietà

- la repentinità

- il danno alla salute (fisica o psichica)

- un fattore causale esterno

- la straordinarietà di tale fattore"

(cfr. Ghèlew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), Losanna 1992, p. 44-51)

Scopo della definizione è di tracciare un chiaro confine tra infortunio e malattia.

2.4. Conformemente alla giurisprudenza, tocca all'assicurato rendere verosimile l'esistenza, in concreto, di tutti gli elementi costitutivi d'infortunio. Se egli non soddisfa questa esigenza, fornendo delle indicazioni incomplete, imprecise oppure contraddittorie circa lo svolgimento dell'evento, che non consentono di rendere verosimile l'esistenza di un infortunio, l'assicurazione non è tenuta a prendere a carico il caso (cfr. DTF 116 V 136 consid. 4b e i riferimenti ivi menzionati). Gli stessi principi sono applicabili alla prova dell'esistenza di una lesione parificata ad infortunio (DTF 114 V 306 consid. 5b; 116 V 141 consid. 4b).

Per un caso concreto in cui il TCA ha applicato tali principi, si veda la STCA 35.2014.64 del 6 agosto 2015, confermata dal TF con la pronunzia 8C_666/2015 del 17 maggio 2016 (sul tema, si veda pure la STF 8C_832/2017 del 13 febbraio 2018).

2.5. 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. DTF 134 V 109 consid. 9.5.; 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 U 133/02; STFA U 162/02 del 29 gennaio 2001; DTF 121 V 6; STFA H 407/99 del 28 novembre 2000; STFA C 116/00 del 22 agosto 2000; STFA C 341/98 del 23 dicembre 1999 consid. 3, pag., 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 attengono, di regola, alle attestazioni mediche, quando non ricorrano elementi idonei a giustificarne 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 (cfr. DTF 129 V 181 consid. 3.1 e 406 consid. 4.3.1, DTF 117 V 360 consid. 4a e sentenze ivi citate).

L'assicuratore contro gli infortuni è tenuto a corrispondere le proprie prestazioni fino a che le sequele dell'infortunio giocano un ruolo causale. Pertanto, la cessazione delle prestazioni entra in considerazione soltanto in due casi:

- quando lo stato di salute dell'interessato è simile a quello che esisteva immediatamente prima dell'infortunio (status quo ante);
- quando lo stato di salute dell'interessato è quello che, secondo l'evoluzione ordinaria, sarebbe prima o poi subentrato anche senza l'infortunio (status quo sine)

(cfr. STF 8C_12/2019 del 4 marzo 2019 consid. 3; STF 8C_160/2012 del 13 giugno 2012 consid. 2; RAMI 1992 U 142, p. 75 s. consid.4b; A. Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, p. 469; U. Meyer-Blaser, Die Zusammenarbeit von Richter und Arzt in der Sozialversicherung, in Bollettino dei medici svizzeri 71/1990, p. 1093).

Secondo la giurisprudenza, qualora il nesso di causalità con l'infortunio sia dimostrato con un sufficiente grado di verosimiglianza, l'assicuratore è liberato dal proprio obbligo prestativo soltanto se l'infortunio non costituisce più la causa naturale ed adeguata del danno alla salute. Analogamente alla determinazione del nesso di causalità naturale che fonda il diritto alle prestazioni, l'estinzione del carattere causale dell'infortunio deve essere provata secondo l'abituale grado della verosimiglianza preponderante. La semplice

possibilità che l'infortunio non giochi più un effetto causale non è sufficiente. Trattandosi della soppressione del diritto alle prestazioni, l'onere della prova incombe, non già all'assicurato, ma all'assicuratore (cfr. RAMI 2000 U 363, p. 46 consid. 2 e riferimenti ivi citati).

Il diritto alle prestazioni assicurative presuppone pure l'esistenza di un nesso di causalità adeguata tra l'evento dannoso e il danno alla salute. In caso di danno alla salute fisica, il nesso di causalità adeguata è generalmente ammesso, dal momento in cui è accertata la causalità naturale (cfr. DTF 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103).

2.6. Nella concreta evenienza, con l'annuncio dell'infortunio del 1° settembre 2015, l'assicurato, nella sua qualità di gerente del Bar _____ di _____, ha informato il CO 1 che, in data 6 giugno 2015 verso le ore 10⁰⁰, era caduto dalle scale della cantina battendo la schiena, che aveva curato i forti dolori scatenatisi assumendo degli analgesici e che nel frattempo si era deciso a sottoporsi a un controllo approfondito (doc. 1).

Dal certificato medico iniziale, stilato dal dott. _____, spec. FMH in medicina interna generale, si apprende che la prima consultazione ha avuto luogo il 23 giugno 2015 e che, in quell'occasione, era stata refertata una ridotta mobilità della colonna lombare a causa dei dolori, come pure una contrattura dolente della muscolatura paravertebrale. Le cure istituite erano consistite in un trattamento antalgico sistemico e locale, nonché in una consultazione neurochirurgica (doc. 5).

Agli atti figurano le cartelle cliniche stilate dal dott. _____ a margine delle consultazioni del 23 e 30 giugno e dell'8 luglio 2015.

Per quanto qui d'interesse, nel referto del 23 giugno 2015 il curante ha riferito di essere stato consultato in quanto già da un po' di tempo, specialmente nelle ultime settimane, accusa dolori lombari, intorpidimento e disestesia, nonché ipoestesi lungo l'arto inferiore a sinistra con occasionale cedimento della gamba. Egli ha quindi disposto l'esecuzione di un esame TAC della colonna lombare e di una consultazione neurochirurgica a cura del dott. _____ (doc. 35).

Dal rapporto relativo alla consultazione del 30 giugno 2015 si apprende che, in quell'occasione, era stato discusso l'esito della TAC eseguita nel frattempo, esame che aveva evidenziato una sospetta rottura delle ultime viti dell'artrodesi. Il dott. _____ ha perciò confermato l'indicazione a sottoporre il paziente al dott. _____ (doc. 36).

Nel referto dell'8 luglio 2015 il medico curante ha dichiarato di avere nel frattempo discusso il caso con il dott. _____, il quale avrebbe visitato l'assicurato due giorni più tardi. Alla fine del rapporto il dott. _____ ha indicato quanto segue:

In quanto si è medicato autonomamente per alcuni giorni con AINS con modesto beneficio, non ha ricorso ad una consultazione medica in quanto pensava che il trauma subito fosse banale, pur lamentando in continuazione dei dolori lombari, non collegando i sintomi ad una possibile rottura del materiale di osteosintesi.

Da discutere con il neurochirurgo (Dr. _____) se si tratta di caso di infortunio!!! (doc. 37)

Allegati al certificato iniziale del curante vi sono i rapporti allestiti dal dott. _____, specialista in neurochirurgia e in chirurgia vertebrale.

Da quello datato 10 luglio 2015 si evince, dal profilo anamnestico, che nel 2011 l'assicurato era stato sottoposto ad interventi di osteosintesi L3-L5 per grave discopatia L4-L5 resistente a trattamento conservativo con infiltrazioni, fisioterapia e farmaci analgesici. Beneficio per 2 anni da dopo l'intervento poi ripresa della sintomatologia con lombalgia e da inizio 2015 inoltre comparsa di dolore ed alterazione della sensibilità a carico dell'arto inferiore sinistro. Il dott. _____ ha quindi formulato la diagnosi di lombalgia e sciatalgia sinistra in stato dopo osteosintesi lombare con rottura viti peduncolari in L5 bilateralmente (alla TAC lombosacrale) e proposto segnatamente un approfondimento diagnostico mediante RMN lombosacrale e rx statica e dinamica.

Con referto del 30 luglio 2015, il neurochirurgo in questione ha riferito in particolare che l'esame di risonanza magnetica aveva evidenziato una modesta compressione radicolare di L5 a sinistra e una discopatia a livello di L3-L4 e L4-L5 mentre la rx dinamica aveva mostrato una completa mobilità del segmento L4-L5.

Infine, dal suo rapporto del 3 settembre 2015 risulta in particolare quanto segue:

In data 19 ottobre 2015, ha avuto luogo l'audizione dell'assicurato da parte di una funzionaria dell'CO 1. Questo segnatamente il tenore del relativo verbale:

Fattispecie/Dinamica:

Infortunio professionale.

Si stava recando in cantina per portare delle scatole/cartoni contenenti sei bottiglie di vino (bottiglie piene), nello scendere i gradini delle scale che conducono alla cantina, ha creduto di essere arrivato sul pianerottolo e invece mancava ancora un gradino; ha così mancato il gradino e perso l'equilibrio andando a cadere all'indietro inizialmente picchiando la zona bassa della schiena e in seguito con la spalla sx con il muro.

Subito dopo l'accaduto ha avvertito forti dolori alla schiena, essendo gestore nonostante i forti dolori non ha abbandonato il posto di lavoro ma è rimasto unicamente per fare presenza.

Credendo che si trattasse di una cosa di poca importanza, si è curato in modo autonomo per qualche giorno, assumendo antidolorifici e beneficiando di riposo (IL 100%).

In seguito a causa del persistere dei dolori e dato che ha iniziato ad accusare dolori anche alla gamba sx e fastidio, difficoltà nei movimenti e percepiva che non vi era più la sensibilità della stessa. Si è recato dal medico curante Dr. _____ in data 23.06.2015, il quale ha disposto immediatamente per una TAC lombare eseguita presso la Clinica _____ e successiva visita specialistica presso il Dr. _____.

10.07.2015 è stato visto dallo specialista Dr. _____ il quale ha certificato l'inabilità lavorativa al 100%.

().

Precedenti assicuratori interessati, LAMal e IG, prestazioni percepite:

L'interessato dichiara di essere stato sempre in buona salute, ha subito un unico intervento alla schiena nel 2011 per il quale è stato inabile al lavoro per alcuni mesi (non ricorda con esattezza il periodo esatto). L'assicuratore malattia che aveva assunto il caso a suo tempo era la spettabile _____ (suo precedente assicuratore per la perdita di guadagno da malattia)–l'interessato non è sicuro se era la _____ e/o la _____!?!–

controllerà e ci informerà in seguito del nominativo.

Cassa malati: _____ (ci comunicherà il numero dell'assicurato).

().

Informazioni in merito all'impiego dell'interessato:

Attività lavorativa: Gestore/proprietario

Ha 3 impiegate ma non al 100% in qualità di cameriere

Prima dell'evento in questione si occupava prevalentemente di tutto, servizio bar, servizio ai tavoli, mettere a posto la cantina, sistemare il bar, comprare merce, buttare le bottiglie vuote. Per quanto attiene ai lavori amministrativi se ne occupa il contabile. (doc. 8)

Il 27 marzo 2016, l'insorgente è stato visitato dal dott. _____, spec. FMH in chirurgia e medicina generale. Il consulente medico dell'CO 1 ha negato l'eziologia traumatica alla rottura delle viti peduncolari, esprimendo le considerazioni seguenti:

·occorre subire un trauma di notevole entità con immediata sintomatologia, invalidante e con necessità di immediato ricovero ospedaliero;

·si sarebbero manifestati ematomi nelle parti molli oltre che contusioni ossee elementi che la risonanza magnetica della colonna lombare del 23.7.2015 non mostra in alcun modo;

·la TAC del 23.6.2015 esclude qualsivoglia componente di natura post-traumatica;

·lo scritto del Dott. _____ risulta inequivocabile quando indica (scritto 10.7.2015) che, già da inizio 2015, il paziente soffriva di lombalgie associate successivamente a maggior dolore e alterazione della sensibilità all'arto inferiore sinistro;

·la asserita caduta del 6.6.2015 non può aver causato alcunché di particolare;

·ulteriormente eloquente lo scritto del 3.9.2015 dove il Dott. _____ converte il caso in infortunio in quanto il paziente ha prodotto documentazione relativa a un infortunio lavorativo occorso il 6.6.2015 con caduta dalle scale. Questa è una presa di posizione che non può essere sostenuta.

().

Le indagini radio-strumentali non hanno evidenziato alcuna contusione ossea e/o ematomi delle parti molli reperti che sarebbero stati sicuramente presenti in caso di trauma di notevole entità tale, per altro, di causare la rottura delle viti a livello di L5. V'è inoltre da dire che i rilevamenti radiografici, oltre alla rottura delle viti, rivelano una altamente probabile pseudo-artrosi a livello L3-L4, più marcata L4-L5, con conseguente instabilità dell'impianto di spondilodesi. (doc. 21 il corsivo è del redattore)

Nel quadro della procedura di opposizione, la rappresentante dell'assicurato ha prodotto ulteriore documentazione medica.

Con rapporto dell'8 giugno 2016, il dott. _____ ha preso posizione in merito agli argomenti sviluppati dal dott. _____ per negare l'esistenza di un nesso causale naturale:

1. Eventi traumatici

Un evento traumatico può generare un fallimento meccanico di un impianto di fissazione vertebrale.

In uno studio caso-controllo pubblicato nel 2014 si sottolinea come, nel pool di pazienti in esame, il 10% delle rotture delle viti peduncolari si sia manifestato in seguito a traumi. Non viene specificata l'entità dell'evento traumatico ma soltanto una qualche forma di trauma (some forme of trauma).

2. Ematomi delle parti ossee, contusioni ossee non rilevabili alla RMN del 23.07.2015 ed alla TC del 23.06.2015

Non ritengo che si possa affermare che solo in concomitante presenza di lesioni dei tessuti molli o di contusioni ossee sia ipotizzabile un fallimento meccanico post-traumatico di un impianto di fissazione vertebrale.

Le lesioni emorragiche dei tessuti molli (con questo ritengo siano da intendersi le strutture sottocutanee, muscolari superficiali e muscolari e legamentose paravertebrali profonde) sono eventi molto rari e soprattutto non per forza associate alle ben più frequenti contusioni ossee e/o a fratture vertebrali. Fa eccezione la rara sindrome di Morel-Lavallee, di cui sono effettivamente descritti pochi casi. Le prime sono per lo più espressione di traumi diretti, certamente di notevole entità, mentre una contusione/frattura vertebrale può originare certamente anche da un evento traumatico indiretto (per esempio un sovraccarico funzionale).

Ulteriori osservazioni

Lo stesso Dr. med. _____ ritiene che vi sia una instabilità a carico delle viti superiori a quelle rotte. Tale instabilità potrebbe rappresentare un ulteriore fallimento meccanico dell'impianto legato alla caduta.

Conclusioni

Sulla base della anamnesi e della documentazione clinico relativa all'accaduto, con riferimento alla letteratura scientifica riportata, non ritengo sia possibile affermare con certezza che la caduta del 06.06.2015 non abbia potuto cagionare la rottura delle viti peduncolari impiantate in L5 bilateralmente. (allegato al doc. 27 il corsivo è del redattore)

Nel suo rapporto, anch'esso datato 8 giugno 2016, il dott. _____ ha espresso le seguenti considerazioni:

Il sig. RI 1, che conosco da anni, è un paziente con la soglia del dolore molto alta, da lì emerge anche il suo atteggiamento di non presentarsi immediatamente per le cure nell'ambito della sintomatologia lamentata.

Non condivido con il collega Dr. _____ l'osservazione che il traumatismo subito dal paziente doveva obbligatoriamente comportare un ricovero ospedaliero immediato. La dinamica del traumatismo, la soglia del dolore del paziente e la parte del corpo lesa, influiscono in maniera significativa sull'intensità dei dolori.

L'assenza di ematomi o di contusioni ossee può essere pure spiegata dalla dinamica del traumatismo (non si trattava di un traumatismo diretto: mancato gradino con conseguente caduta) nonché del tempo trascorso dal trauma e dall'esame eseguito (TAC lombare eseguita a distanza di 2 settimane e mezzo dall'evento; RMN lombare eseguita a distanza

di 7 settimane).

D'altra parte, è pur vero che il paziente ha avuto problemi lombari cronici, ragione per cui era stato sottoposto anche a un intervento alla schiena in zona lombare. Dopo questo intervento per diversi anni è rimasto pauci-oligosintomatico, senza bisogno di ricorrere né a trattamenti medici né all'utilizzo di analgesici ed è attivo al 100% dal punto di vista lavorativo.

Il fatto che il paziente abbia avuto dolori lombari leggeri ma che non gli impedivano l'attività lucrativa è comprensibile nel suo caso. Il fatto però che i dolori siano peggiorati sia di intensità che di tipologia dopo l'evento traumatico, penso non si possa mettere in dubbio.

Il caso era stato discusso anche con il neurochirurgo (Dr. _____) che, dopo aver visitato il paziente, chiedendogli esplicitamente se il traumatismo riferito dal paziente poteva spiegare sia la rottura delle viti peduncolari che l'esacerbazione della sintomatologia algica, nonché il deficit sensitivo osservato, lo stesso mi ha confermato che vi era un'alta possibilità che il tipo di trauma subito da paziente scivolando per le scale e conseguente caduta poteva essere causa dell'accaduto. (allegato al doc. 27)

Rispondendo a una richiesta di informazioni dell'avv. RA 1, in data 16 febbraio 2017, il dott. _____ ha in particolare ribadito che _____, sulla base della anamnesi e della documentazione clinica relativa all'accaduto, con riferimento alla letteratura scientifica, non ritengo possibile affermare con certezza che l'infortunio del 06.06.2015 non abbia potuto cagionare la rottura delle viti peduncolari impiantate in L5 bilateralmente; in ogni caso anche un trauma lombare su un impianto già rotto sarebbe responsabile di insorgenza o peggioramento di un dolore lombare preesistente. (doc. J; i rapporti prodottisubdoc. L e K non contengono informazioni utili ai fini del giudizio).

A cavallo dei mesi di giugno e luglio 2017, il ricorrente è stato oggetto di una perizia pluridisciplinare presso il _____ di _____, ordinata dall'assicurazione per l'invalidità. Il relativo rapporto, prodottosubdoc. C1, è irrilevante ai fini del giudizio, ritenuto che gli esperti non hanno approfondito il tema dell'eziologia dei disturbi interessanti il rachide lombare.

2.7. Dalla decisione su opposizione impugnata si evince che l'amministrazione ha rifiutato l'assunzione del caso, a titolo principale, in quanto l'assicurato non avrebbe reso sufficientemente verosimile la circostanza di essere rimasto vittima di un infortunio ai sensi di legge e, in subordine, poiché il danno alla salute denunciato non costituirebbe una conseguenza naturale del sinistro annunciato (cfr. doc. 34, p. 8: Tutto ben ponderato, in base a quanto sopra, si deve negare all'evento del 06.06.2015 la qualifica di infortunio ai sensi della legge in quanto non è provata con il necessario grado di probabilità preponderante la sussistenza degli elementi costitutivi. In più qualora si volesse ammettere un infortunio ai sensi di legge, è da negare l'esistenza di un nesso causale naturale).

Per quanto riguarda il primo aspetto, l'CO 1 ha evidenziato in particolare che, sebbene l'assicurato affermi di aver consultato il dott. _____ in ragione del persistere dei dolori apparsi a seguito della pretesa caduta dalle scale, né il referto del 23 giugno né quello del 30 giugno 2015 (allorquando curante e paziente hanno discusso le risultanze dell'esame TAC eseguito nel frattempo) fanno accenno a un qualsiasi evento traumatico, che l'insorgenza di un infortunio è stata evocata soltanto nel rapporto relativo alla

consultazione dell'8 luglio 2015, per di più in calce all'ultima pagina (e non sotto i dati anamnestici), che, contrariamente a quanto sostiene il curante, dal referto 10 luglio 2015 del dott. _____ non emerge affatto che quest'ultimo sarebbe stato nel frattempo informato a proposito della pretesa caduta, quest'ultima circostanza risultando soltanto dal rapporto del 3 settembre 2015.

Da parte sua, la patrocinatrice di RI 1 contesta innanzitutto che nella documentazione medica detta ■della prima ora■ non si faccia alcun accenno alla caduta dalle scale, e ciò con riferimento al rapporto 8 luglio 2015 del dott. _____ in cui si legge che ■alla conoscenza della rottura del materiale di osteosintesi lombare al controllo TAC lombare il paziente mi riferisce una caduta per le scale scendendo in cantina all'inizio del mese di giugno scorso, ■. D'altro canto, ella rileva che non si può trarre alcuna conclusione dal referto 10 luglio 2015 del dott. _____, posto che, al momento in cui è stato redatto, questo specialista non era ancora a conoscenza degli esiti dell'esame di RMN lombare (effettuato soltanto il 23 luglio 2015) (doc. I, p. 10 s.).

In sede di replica, l'avv. RA 1 fa inoltre valere che non è possibile negare l'esistenza di un infortunio per il solo fatto che l'assicurato ha consultato il curante 17 giorni dopo l'evento, precisando in particolare che ■ la rottura delle viti non era percettibile né ipotizzabile da una persona senza formazione specifica, difatti ci sono voluti svariati appuntamenti e soprattutto i vari appuntamenti con uno specialista (Dr. med. _____) per definire l'origine della problematica. Le cadute sono avvenimenti inaspettati e repentini ma purtroppo nel corso della vita prima o poi succedono praticamente a chiunque ed è oltremodo normale non allarmarsi e sperare che la situazione migliori da sé. Non siamo in presenza di una situazione in cui non vi è stata percezione del dolore alcuna, ma semplicemente il paziente, come molti altri nella medesima situazione, ha deciso in un primo tempo di auto-medicarsi. Notisi che il signor RI 1 ha sempre mantenuto le dichiarazioni in relazione al sopraggiungimento di un dolore repentino, placato con auto-medicazione ■.

Chiamata ora a pronunciarsi nella concreta evenienza, questa Corte condivide la conclusione a cui è pervenuta l'CO 1.

In effetti, così come verrà qui di seguito dimostrato, dalla documentazione agli atti emergono zone d'ombra che non consentono di ritenere dimostrato, con un sufficiente grado di verosimiglianza, che il 6 giugno 2015 l'assicurato sia effettivamente rimasto vittima di un infortunio ai sensi di legge.

Innanzitutto, il ricorrente ha dichiarato che a seguito della pretesa caduta dalle scale, ha immediatamente lamentato dolori alla schiena, in un primo tempo oggetto di auto-medicazione. Proprio in ragione della persistenza dei dolori e della successiva insorgenza di sintomi neurologici, il 23 giugno 2015 l'assicurato si è quindi deciso a consultare il proprio medico curante (cfr. doc. 8 e allegato al doc. 27).

In questa situazione, a destare perplessità non è tanto il ritardo con il quale RI 1 si è recato da un sanitario - questa Corte ha in effetti già avuto modo di constatare in altre fattispecie che vi sono persone che si recano da un medico soltanto quando i disturbi diventano insopportabili -, ma piuttosto il fatto che dai referti del dott. _____ relativi alle consultazioni del 23 e 30 giugno 2015, non risulta il benché minimo accenno a un qualsiasi evento infortunistico (cfr. doc. 35 e 36). La perplessità deriva dal fatto che se una persona consulta il proprio medico perché continua a lamentare disturbi insorti in coincidenza con

un infortunio, occorre ragionevolmente attendersi che ella lo informi al riguardo già in occasione della prima visita.

Dall'altro canto, dal rapporto del dott. _____ relativo al consulto del 30 giugno 2015 si evince che è a quel momento che egli aveva discusso con il paziente le risultanze dell'esame TAC effettuato nel frattempo (doc. 36, p. 1: «Inoltre viene per la comunicazione dei risultati della TAC della colonna lombare in quanto accusa occasionali crampi e dolori alle gambe, il corsivo è del redattore»). Ora, a fronte della diagnosi di rottura delle viti peduncolari in L5, anche se soltanto sospettata (nel referto radiologico del 24 giugno 2015, indirizzato al curante, si parla comunque di «rottura di entrambe le viti posizionate ad L5» e non di sospetta rottura cfr. allegato al doc. 20), è francamente difficile credere che, qualora fosse effettivamente intervenuta una caduta, l'argomento non sarebbe stato affrontato (al più tardi) in quell'occasione.

Sempre in questo contesto, il TCA non può seguire il medico curante allorché, nel suo rapporto dell'8 giugno 2016, dichiara che l'assicurato gli avrebbe riferito della caduta di giugno 2015, alla comunicazione del referto della TAC (doc. 28, p. 1). Come già indicato in precedenza, gli esiti dell'accertamento radiologico sono stati discussi a margine della consultazione del 30 giugno 2015 ma dal relativo referto non emerge alcunché a proposito della pretesa caduta (doc. 36). In questo senso, sono pure condivisibili le perplessità manifestate dall'amministrazione in merito al contenuto del rapporto del dott. _____ afferente alla visita dell'8 luglio 2015, specificatamente laddove si legge che «alla conoscenza della rottura del materiale di osteosintesi lombare al controllo TAC lombare il paziente mi riferisce una caduta per le scale» (doc. 37, p. 2), e ciò nella misura in cui l'insorgente era stato messo al corrente della rottura delle viti già in occasione della visita del 30 giugno 2015 (doc. 36, p. 1).

Bisogna inoltre sottolineare che, a margine della prima consultazione, riportando i dati anamnestici riferitigli dall'assicurato, il dott. _____ ha rilevato che il dolore a livello lombare e le turbe neurologiche interessanti l'arto inferiore sinistro, erano apparsi già all'inizio 2015 (cfr. allegato al doc. 5).

Alla luce di tale circostanza e del fatto che nei suoi referti del 10 e 30 luglio 2015, non vi è alcun riferimento al preteso evento traumatico (cfr. allegati al doc. 5), questo Tribunale non può che concludere che lo specialista in questione è stato verosimilmente informato della presunta caduta dalle scale soltanto più tardi (nel rapporto datato 3 settembre 2015, egli afferma di aver convertito il caso in infortunio, dato che il paziente gli aveva consegnato documentazione relativa a un infortunio [caduta dalle scale] cfr. allegato al doc. 5).

Dall'altro canto, se fosse vero quanto dichiarato dal dott. _____, ovvero che in occasione della consultazione dell'8 luglio 2015, l'assicurato gli comunicò di essere caduto dalle scale, è illogico che, solo due giorni dopo, lo stesso assicurato non abbia informato di tale circostanza anche il dott. _____, tanto più che, secondo quanto indicato dal curante, il consulto presso lo specialista doveva servire a chiarire se si era in presenza di un caso di infortunio !!! (doc. 37, p. 2 in fine).

Vi è poi da considerare che nemmeno la natura del danno alla salute presentato dall'assicurato può assurgere a indizio a favore dell'esistenza «a monte» di un evento infortunistico. In effetti, secondo quanto riportato dallo stesso specialista curante, dallo studio da lui consultato è risultato che «soltanto» il 10% delle rotture delle viti peduncolari era imputabile a una causa traumatica (cfr. allegato al doc. 27).

D'altra parte, a margine della visita di controllo del 27 marzo 2016, il fiduciario dell'CO 1 ha rilevato che le indagini radiografiche compiute nel frattempo avevano mostrato l'assenza di contusioni ossee e di ematomi delle parti molli e la presenza di una ■ una altamente probabile pseudo-artrosi a livello L3-L4, più marcata L4-L5, con conseguente instabilità dell'impianto di spondilodesi.■ (doc. 21). Ora, sempre secondo il dott. _____, ■ le cause di fallimento sono principalmente legate allapseudoartrosi(non unione delle vertebre sottoposte al trattamento), agli eventi traumatici, alle caratteristiche meccaniche intrinseche dei mezzi di sintesi.■ (cfr. allegato al doc. 27 ■ il corsivo è del redattore).

Oltre a ciò, il TCA segnala che, in sede di risposta, l'amministrazione ha sostenuto che ■ sembrerebbe che il ricorrente non sia assicurato per perdita di guadagno da malattia.■ (doc. V, p. 5).

Con la replica, la patrocinatrice dell'assicurato ha rilevato che ■ l'assicurazione malattia del signor RI 1 risulta dall'incarto AI che CO 1 ha richiamato ai suoi atti ■ (doc. IX, p. 2 s. e p. 11).

In corso di causa, questa Corte ha quindi chiesto all'avv. RA 1 di comunicare il nominativo dell'istituto che assicurava l'insorgente contro la perdita di guadagno causata da malattia nel giugno 2015 e a produrre la relativa polizza (doc. XVII).

La risposta della rappresentante è stata la seguente:

In considerazione di tutto quanto è stato esposto, questa Corte ritiene che, nella concreta evenienza, l'intervento di un infortunio non sia stato dimostrato con un sufficiente grado di verosimiglianza, di modo che, in ossequio alla giurisprudenza citata al considerando 2.4., l'istituto assicuratore resistente era legittimato a rifiutare un relativo diritto alle prestazioni.

In tali condizioni, il TCA può esimersi dall'approfondire quanto l'CO 1 ha sostenuto in via sussidiaria, ossia che, anche nell'ipotesi in cui si volesse ammettere l'insorgenza di un infortunio secondo le circostanze dichiarate dall'assicurato, il danno alla salute riscontrato a livello lombare non potrebbe comunque essere imputato a quell'evento.

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