

TI_GERICHTE 35.2024.6 vom 20. Juni 2024

TI Tribunale d'appello, 2024-06-20, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2024.6

FR: TI_GERICHTE 35.2024.6 du 20 juin 2024

IT: TI_GERICHTE 35.2024.6 del 20 giugno 2024

Erwägungen

E. 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 attengono, di regola, alle attestazioni mediche, quando non ricorrano elementi idonei a giustificare la disattenzione (cfr. DTF 119 V 31; DTF 118 V 110; DTF 118 V 53; DTF 115 V 134; DTF 114 V 156; DTF 114 V 164; DTF 113 V 46). Ne discende che ove l'esistenza di un nesso causalità tra infortunio e danno sia possibile ma non possa essere reputata probabile, il diritto a prestazioni derivato dall'infortunio assicurato dev'essere negato (DTF 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. 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). 2.4. Occorre inoltre rilevare che il diritto a prestazioni assicurative presuppone pure l'esistenza di un nesso di causalità adeguata tra gli elementi summenzionati. Un evento è da ritenere causa adeguata di un determinato effetto quando secondo il corso ordinario delle cose e l'esperienza della vita il fatto assicurato è idoneo a provocare un effetto come quello che si è prodotto, sicché il suo verificarsi appaia in linea generale propiziato dall'evento in questione (DTF 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. 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).

2.5. Secondo la giurisprudenza federale, la maggior parte delle ernie discali ha una causa degenerativa e un infortunio può solo eccezionalmente essere all'origine di una tale patologia (RAMI 2000 U 378 p. 190, U 379 p. 192, U 363 p. 45; STF 8C_1003/2010 del 22 novembre 2011 consid. 1.3, 8C_735/2009 del 2 novembre 2009 consid. 2, 8C_124/2008 del 17 ottobre 2008 consid. 4). In una sentenza non pubblicata U 193/98 del 4 giugno 1999 - in seguito confermata (cfr. STFA U 94/01 del 5 settembre 2001 consid. 2c) -, riguardante un assicurato, vittima di una caduta, affetto da un'ernia discale C6-C7, la Massima Istanza ha esplicitamente fatto proprio il parere della dottrina medica dominante riguardo all'eziologia delle ernie discali cervicali. Quest'ultima subordina il riconoscimento della causalità naturale tra un evento traumatico e l'apparizione dei sintomi dolorosi di un'ernia discale (e cioè di un'ernia causata dall'infortunio), ai quattro seguenti criteri cumulativi : il trauma deve essere stato causato da un infortunio il cui meccanismo è suscettibile di aver provocato la protrusione del disco; i dolori devono apparire immediatamente dopo il trauma e avere un tipico carattere radicolare (cervico-brachialgie); il paziente non deve, inoltre, aver già presentato tale sintomatologia e il segmento interessato deve apparire intatto sulle lastre eseguite anteriormente, poiché la più parte delle ernie cervicali rimangono a lungo asintomatiche (cfr. J. Krämer, Bandscheibenbedingte Erkrankungen, 5a ed., 2006, p. 343). I criteri appena esposti valgono di principio anche in caso di peggioramento duraturo (direzionale) di uno stato morboso preesistente (cfr. STF 8C_902/2011 del 10 febbraio 2012 consid. 2.1 e riferimenti ivi menzionati). In particolare, è necessario che vi siano, citiamo: "... attendibili reperti radioscopici suscettibili di fare ritenere un aggravamento significativo e duraturo dell'affezione degenerativa preesistente alla colonna vertebrale (RAMI 2000 No. U 363, pag. 46, cfr. pure sentenza inedita del 4 giugno 1999 in re S., U 193/98, consid. 3c)." (STFA U 194/05 del 25 ottobre 2006). Qualora un'ernia del disco preesistente sia stata solo resa manifesta dall'infortunio, i disturbi scatenati in tal modo devono apparire entro un breve lasso di tempo, affinché possano essere ancora considerati conseguenza naturale dell'evento in questione. Va precisato che, secondo la giurisprudenza, la durata tollerata della latenza varia a seconda del segmento interessato dall'ernia del disco (rachide lombare/toracale oppure cervicale): " Wird eine vorbestandene Diskushernie durch den Unfall lediglich manifest, müssen die dadurch ausgelösten Beschwerden innerhalb einer kurzen Zeitspanne auftreten, um als natürlich kausale Folgen des fraglichen Ereignisses zu gelten. Für den Brust- und Lendenwirbelbereich wird eine Latenzzeit von höchstens acht bis zehn Tagen angegeben (Alfred M. Debrunner/Erich W. Ramseier, Die Begutachtung von Rückenschäden, Bern 1990, S. 55). Bei einer vorbestehenden Diskushernie der Halswirbelsäule beträgt das beschwerdefreie Intervall in der Regel lediglich wenige Stunden (Krämer, a.a.O. S. 355; nicht veröffentlichtes Urteil S. vom 4. Juni 1999 [U

193/98]).” (STFA U 218/04 del 3 marzo 2005 consid. 6.1 - il corsivo è della redattrice) In tale ipotesi, ossia quella in cui l’infortunio ha giocato un ruolo semplicemente scatenante, l’assicurazione assume la sindrome dolorosa legata all’evento traumatico. Le conseguenze di un’eventuale ricaduta devono essere assunte soltanto se esistono dei chiari sintomi che attestano una relazione di continuità tra l’evento infortunistico e la ricaduta (cfr. STFA U 312/05 del 4 novembre 2005 consid. 4.2, U 170/00 del 29 dicembre 2000 e la dottrina medica e la giurisprudenza ivi citate). 2.6. 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 U 259/02 dell’8 luglio 2003 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. 33 ss. 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. Nella DTF 135 V 465, l’Alta Corte ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell’amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve, a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l’Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell’uomo ha dedotto dall’art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l’affidabilità dei rapporti dei medici interni all’amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. Trattandosi invece di perizie affidate dagli assicuratori sociali, durante la procedura amministrativa, a medici esterni all’amministrazione o a servizi specializzati indipendenti, esse godono di piena forza probatoria, a condizione che non esistano indizi concreti che ne mettano in dubbio l’affidabilità (cfr. STF 8C_862/2014 del 2 aprile 2015 consid. 3.2 e riferimenti ivi citati; STCA 35.2020.47 del 1° febbraio 2021, consid. 2.2.4; STCA 35.2021.57 del 20 settembre 2021, consid. 2.8; STCA 35.2021.75, consid. 2.4.6). 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 160 ss., 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). È infine utile osservare che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l’intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va, tuttavia, precisato che non si può pretendere dal giudice che

raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (cfr. STF I 811/03 del 31 gennaio 2005, consid. 5 in fine; STF I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV Nr. 10 p. 35 consid. 4b). 2.7. Da ultimo, giova qui ricordare che, per costante giurisprudenza, l'assicurazione per l'invalidità non è vincolata alla valutazione dell'invalidità dell'assicurazione contro gli infortuni e viceversa (cfr. STF 9C_529/2010 del 24 gennaio 2011; sentenza U 148/06 del 28 agosto 2007, consid. 6, pubblicata in DTF 133 V 549, consid. 6; STF 9C_594/2016 del 18 novembre 2016, consid. 2.4; SVR 2016 UV Nr. 26 c. 2.2; STF 9C_243/2017 del 2 giugno 2017, consid. 4.1; STF 9C_170/2017 dell'8 agosto 2017 consid. 4.4; STF 9C_422/2017 del 18 maggio 2018 consid. 2.2; STCA 32.2015.160 del 5 ottobre 2016, consid. 2.6, STCA 32.2016.90 del 10 aprile 2017, consid. 2.2 e STCA 35.2017.35 del 30 agosto 2017, consid. 2.3; STCA 32.2017.60 del 19 febbraio 2018, consid. 2.4; STCA 32.2017.91 del 14 agosto 2018, consid. 2.4; STCA 32.2018.106 del 13 dicembre 2018, consid. 2.3; STCA 35.2018.76 del 4 marzo 2019, consid. 2.1; STCA 32.2018.158 del 30 luglio 2019, consid. 2.6; STCA 32.2019.63 del 27 aprile 2010, consid. 2.9; STCA 35.2021.9 del 20 settembre 2021, consid. 2.8). 2.8. In concreto, dalla decisione su opposizione impugnata risulta che l'assicuratore resistente ha posto fine al proprio obbligo a prestazioni in relazione al danno alla colonna vertebrale lombare fatto valere dall'interessato, fondandosi, oltre che sul referto peritale del 23 agosto 2021 (cfr. doc. 77, già riportato per esteso nella STCA 35.2022.36 del 26 settembre 2022), sul complemento peritale del 4 luglio 2023 stilato dal PD dott. _____, specialista FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia (cfr. doc. 136, con traduzione in italiano al doc. 142). In tale complemento peritale, il perito, dopo avere preso opportuna conoscenza dell'intero incarto dell'interessato, ivi compresa la documentazione elencata dal TCA nella sentenza di rinvio 35.2022.36 del 26 settembre 2022, ha integralmente confermato la correttezza delle proprie precedenti conclusioni peritali. In particolare, il perito, esaminando nel dettaglio la documentazione, esposta principalmente in ordine cronologico, sottopostagli ai fini della redazione del complemento peritale e da lui commentata punto per punto (cfr. punto 1 del referto peritale), ha sottolineato come in discussione non vi siano gli indubbi disturbi che si sono presentati e sono evoluti a seguito dell'ernia discale, bensì la questione della causalità degli stessi con l'evento infortunistico. Ora, alla luce di tutti gli elementi all'incarto, il perito ha confermato che l'ernia discale si era già sviluppata prima del trauma, in presenza di una condizione degenerativa preesistente a livello vertebrale e in un assicurato che aveva già occasionalmente presentato degli episodi di lombosciatalgia sinistra. Tale condizione è poi stata aggravata dalla caduta, senza tuttavia produrre un peggioramento direzionale. Il fatto che l'assicurato abbia presentato nell'immediatezza una disestesie all'arto inferiore sinistro, ma senza paralisi, può essere spiegato dalla contusione dei tessuti molli nella zona del tuber ischiadicum situata nella zona interessata dall'impatto con il suolo, che ha provocato un'irritazione del nervo sciatico, senza tuttavia lesioni strutturali concomitanti della colonna vertebrale. Esprimendosi a proposito della rimproveratagli mancata dettagliata disanima del danno al nervo sciatico, più volte evidenziata dall'insorgente, il perito ha ribattuto che la disfunzione neurale è stata esaminata clinicamente e descrittivamente nell'ambito della valutazione retrospettiva della causalità ed è risultata coerente con la documentazione medica disponibile. Il perito ha sottolineato come una malattia degenerativa del disco, senza lesioni aggiuntive verificabili ai segmenti vertebrali interessati, anche con lo stress quotidiano, potrebbe portare ad un prolasso del disco/ernie discali con conseguente danno neurale. Questo, quindi, di per sé,

non dimostra l'esistenza di un nesso di causalità di origine traumatica. Il solo fatto che vi sia un danno neurale misurabile strumentalmente non ha, quindi, valore causale, in quanto ciò è quello che si verifica in ogni caso di compressione neurale, compreso il caso di ernie discali degenerative senza ulteriori lesioni strutturali segmentali, come nella fattispecie in esame. Il PD dr. _____, rispondendo espressamente all'obiezione dell'insorgente riguardante la presunta mancata considerazione dei certificati medici dei colleghi, ha rilevato di avere tenuto conto di tutti i documenti medici disponibili, i quali non dimostrano una insufficienza neurologica o anche un segno di Lasègue positivo come espressione di compressione neurale prima del febbraio 2018. La prima evidenza visibile di irritazione neurologica con un segno di Lasègue al limite percepibile è stata riscontrata nel febbraio 2018, con un graduale aumento del deterioramento di Lasègue fino a 45° dopo alcuni mesi, prima dell'intervento. Quanto alla critica concernente il fatto che il perito avrebbe negato le conseguenze dell'infortunio, sebbene l'ernia discale sia visibile nella risonanza magnetica, il PD dr. _____ ha evidenziato che la ricostruzione fornita dall'insorgente omette di tenere conto della condizione degenerativa plurisegmentale della colonna vertebrale lombare inferiore, comprovata dalla tomografia, che può causare ernie discali in qualsiasi momento anche in assenza di lesioni concomitanti. I sintomi neurologici, richiesti per ammettere la causalità infortunistica, compreso il peggioramento direzionale, tipicamente consistenti, in particolare, in una immediata immobilizzazione dell'interessato, non sono dimostrati dalla documentazione agli atti. La risonanza magnetica ha evidenziato che l'ernia è su base tipicamente degenerativa, senza ulteriori lesioni concomitanti, indispensabili in caso di natura traumatica. Ciò, unito all'assenza di peggioramenti funzionali, come una paralisi immediata, depongono per il perito contro l'esistenza di un nesso di causalità con l'evento infortunistico. Il PD dr. _____ ha quindi illustrato, al punto 2 del proprio complemento peritale, la sinossi medica specialistica, mentre al punto 3 ha risposto ai quesiti peritali supplementari, ribadendo la correttezza delle proprie conclusioni, alla luce delle considerazioni già diffusamente e dettagliatamente espresse al punto 1 (cfr. doc. 136).

2.9. In sede ricorsuale l'insorgente ha contestato il valore probatorio del complemento peritale esperito dal PD dr. _____, ritenendo che il perito abbia, in maniera dolosa e compiacente, omesso di tenere conto dell'intera documentazione medica del caso, considerando unicamente i referti più opportuni al fine di confermare le proprie precedenti conclusioni peritali.

2.10. Chiamato ora a pronunciarsi, il TCA ricorda innanzitutto che le perizie affidate dagli assicuratori sociali, come nel caso di specie - secondo la procedura dell'art. 44 LPGA - a medici esterni all'amministrazione o a servizi specializzati indipendenti, godono di piena forza probatoria, a condizione che non esistano indizi concreti che ne mettano in dubbio l'affidabilità (cfr. STF 8C_862/2014 del 2 aprile 2015 consid. 3.2 e riferimenti ivi citati; STCA 35.2020.47 del 1° febbraio 2021, consid. 2.2.4 e STCA 35.2021.57 del 20 settembre 2021, consid. 2.8). Ora, come verrà motivatamente esposto qui di seguito, dagli atti non emergono indizi concreti tali da indurre questo Tribunale a dubitare dell'affidabilità del complemento peritale del PD dr. _____, il quale va, quindi, considerato pienamente probante. In primo luogo, riguardo alle obiezioni avanzate dal ricorrente sulla persona del perito, il TCA ribadisce quanto già diffusamente esposto nella STCA 35.2022.36 del 26 settembre 2022. Inoltre, questo Tribunale, dopo accurato esame dell'intera documentazione all'incanto, non può condividere la tesi ricorsuale secondo la quale il perito avrebbe considerato unicamente i referti più opportuni al fine di dimostrare la correttezza delle proprie precedenti conclusioni peritali, ignorandone altri. Una tale ricostruzione dei fatti non appare aderente alla realtà, già solo tenuto conto

del fatto che, come indicato in precedenza (cfr. consid. 2.8.), nel complemento peritale del 4 luglio 2023 il PD dr. _____ si è puntualmente confrontato con tutti i documenti medici, riassunti in ordine cronologico, che sono stati sottoposti alla sua attenzione, analizzando nel dettaglio le criticità messe in luce dall'assicurato nel ricorso, fornendo un commento articolato e motivato per ciascun aspetto (cfr. doc. 136, punto 1). Passando, poi, al merito delle critiche ricorsuali, il TCA non può che constatare come il perito, in ossequio a quanto espressamente disposto nella sentenza di rinvio 35.2022.36 del 26 settembre 2022 - diversamente da quanto ancora sostenuto in sede ricorsuale e in corso di causa dall'insorgente - dopo attenta analisi delle molteplici obiezioni sollevate dal ricorrente sulla base della documentazione da egli citata, abbia fermamente negato, con certezza medica, che le stesse siano atte, da un punto di vista medico specialistico, a modificare le conclusioni poste nel referto peritale del 23 agosto 2021 (cfr. doc. 136, punto 3: " Diese Frage ist aus expertenmedizinischer Sicht mit medizinisch praktischer Sicherheit zu verneinen "). Il TCA rileva come il perito si sia espressamente confrontato con le argomentazioni avanzate dall'insorgente al fine di dimostrare il carattere traumatico dell'ernia discale all'origine dei propri disturbi, spiegando in maniera puntuale e motivata le ragioni, fondate sugli atti medici, che non consentono di concordare con una tale tesi. Il perito ha, in particolare, posto l'accento sul fatto che quanto preteso dall'insorgente non tiene conto della presenza di una condizione degenerativa plurisegmentale della colonna vertebrale lombare inferiore, comprovata dalla tomografia - la quale può causare ernie discali in qualsiasi momento, anche in assenza di lesioni concomitanti - e l'assenza di una immediata immobilizzazione, che è uno dei tipici sintomi neurologici che depongono per l'esistenza della causalità traumatica. Egli ha, difatti, espressamente rilevato che: " (...) Ad 6.: Der Arzt habe Unfallfolgen verneint, obwohl die Discushernie ja im MRI ersichtlich gewesen sei. Kommentar: Der Versicherte unterschlägt den hier, auch von seinen beurteilenden Ärzten eingestandenen, im Kernspintomogramm erwiesenen plurietageren Degenerationszustand der unteren Lendenwirbelsäule, welcher Bandscheibenhernien auch bei fehlenden iso-segmentären Begleitverletzungen, wie Frakturen, Einblutungen, und Ligamenteinrissen aus dem natürlichen, längerfristig degenerativen Vorzustand und Ohnehin-Verlauf etc. jederzeit entstehen lassen kann. Die für eine Unfallkausalität auch einer richtungsweisenden Verschlechterung erforderlich zeitnah konkret dokumentierbar neurologische, funktional relevante, typischerweise Immobilisierende Ausfallsymptomatik - gemäss gängiger Praxis innert drei bis fünf Tagen nachzuweisen - ist vorliegendenfalls in den Unterlagen nicht dokumentierbar. Dafür spricht auch die erst im Abstand von rund acht Wochen bei entsprechender sekundärer Befundentwicklung erfolgte Indikation zur kernspintomographischen Abklärung, die bei Vorliegen neurologischer Ausfälle in aller Regel mit weit überwiegender Wahrscheinlichkeit früher erfolgt wäre. Diese Abklärung hat dann im Februar 2018 die Discushernie auf typischerweise degenerativer Grundlage ohne osteo-myo-ligamentäre Zusatzverletzungen ausgewiesen. Mit dem spezifisch sensitiven Kernspintomogramm konnten jedoch keinerlei zur auch nur zur Erörterung der unfallkausalen Übernahme axiomatisch unabdingbare Begleitverletzungen, wie Weichteilverletzungen an Muskeln und Bändern, Frakturen oder Hämatomfolgen nachgewiesen werden. Diese Beurteilungsgrundlagen auf Basis eines degenerativen Vorzustandes ohne Nachweis von strukturelevanten Begleitverletzungen im Bereich der betroffenen Bandscheibe/Bewegungssegmente sowie das Fehlen richtungsweisender Verschlechterungen, wie unmittelbare Lähmungen, mag dem Versicherten nicht einleuchten, bleibt jedoch expertenmedizinische Prämisse langjährig gutachterlicher

Tätigkeit und Rechtsprechung sowie schlüssige Regel der expertenmedizinischen Entscheidungsfindung in solchen Fällen. Dass durch die erlittene Weichteilkontusion initiale Schmerzen aufgetreten sind, ist unbestritten. Neue relevante radikuläre sensomotorische Ausfälle lassen sich jedoch primär - ebenso wie strukturell unfallkausal vertebro-segmentäre Begleitverletzungen - in casu - wie oben erwähnt - echtzeitlich nicht dokumentieren. Ebenso bestand in den ersten postoperativen Konsultationen offensichtlich kein einschlägiger Abklärungsbedarf aufgrund neurologischer Ausfälle.” (Doc. 136 pagg. 5-6) Questo Tribunale, in assenza di documentazione medico specialistica di senso contrario che possa, attraverso elementi concreti, metterne in dubbio l’affidabilità, reputa che il complemento peritale del 4 luglio 2023 sopra riassunto (cfr. consid. 2.8.), possa essere considerato completo e pienamente probante, in quanto il perito si è confrontato e ha esaminato in maniera approfondita, accurata e ben motivata tutti gli aspetti che necessitavano di chiarimenti, così come indicato da questa Corte nella precedente sentenza di rinvio 35.2022.36 del 26 settembre 2022. Alla luce di quanto sopra esposto, è quindi a ragione che l’Istituto assicuratore ha dichiarato estinto a decorrere dal 22 febbraio 2018 il proprio obbligo a prestazioni in relazione ai disturbi localizzati alla colonna lombare. La decisione su opposizione del 18 gennaio 2024 impugnata deve, conseguentemente, essere confermata. 2.11. L’art. 61 lett. a LPGA, in vigore fino al 31 dicembre 2020, prevedeva che la procedura deve essere semplice, rapida, di regola pubblica e gratuita per le parti ; la tassa di giudizio e le spese di procedura possono tuttavia essere imposte alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. Il 1° gennaio 2021 è entrata in vigore una modifica della LPGA. L’art. 61 lett. a LPGA enuncia ora unicamente che la procedura deve essere semplice, rapida e, di regola pubblica. Dalla medesima data è in vigore l’art. 61 lett. f bis LPGA secondo cui in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. Nella presente fattispecie, trattandosi di una controversia concernente prestazioni LAINF, in relazione alle quali il legislatore non ha previsto di prelevare le spese, non si riscuotono spese giudiziarie (cfr. STCA 35.2023.76 del 21 febbraio 2024 consid. 2.9.; STCA 35.2023.36 del 14 agosto 2023 consid. 2.9.; 35.2022.50 del 19 settembre 2022 consid. 2.5.; 35.2022.95 del 10 maggio 2023 consid. 2.14.). Sul tema, cfr. anche STF 9C_369/2022 del 19 settembre 2022; STF 9C_368/2021 del 2 giugno 2022; SVR 2022 KV Nr. 18 (STF 9C_13/2022 del 16 febbraio 2022); STF 9C_394/2021 del 3 gennaio 2022; STF 8C_265/2021 del 21 luglio 2021 (al riguardo cfr. Ares Bernasconi , Actualités du TF, 8C_265/2021 du 21 juillet 2021 - frais judiciaires pour les tribunaux cantonaux des assurances selon la révision de la LPGA du 21 juin 2019, in SZS/RSAS 2/2022 p. 107).

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