

## **TI\_GERICHTE 35.2000.4 vom 29. September 1999**

TI Tribunale d'appello, 1999-09-29, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_35.2000.4](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2000.4)

FR: TI\_GERICHTE 35.2000.4 du 29 septembre 1999

IT: TI\_GERICHTE 35.2000.4 del 29 settembre 1999

### **Regeste**

Sentenza o decisione senza scheda

### **Erwägungen**

#### **E. 16**

LAINF, l'assicurato totalmente o parzialmente incapace di lavorare a seguito d'infortunio o di malattia professionale ha diritto all'indennità giornaliera. Conformemente alla costante giurisprudenza, la nozione di incapacità di lavoro è identica in tutti i campi dell'assicurazione sociale: viene considerata incapace di lavoro la persona che per motivi di salute non è più in grado di svolgere la propria attività o lo è soltanto in misura ridotta oppure, ancora, soltanto con il rischio di aggravare il suo stato di salute (DTF 111 V 239 consid. 1b; A. Maurer, Schweizerisches Sozialversicherungsrecht, vol. I, p. 286ss.; Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 91). La questione a sapere se l'assicurato sia o meno incapace di lavorare in misura giustificante il riconoscimento del diritto a prestazioni deve essere valutata sulla base dei fatti forniti dal medico. Spetta al medico fornire una precisa descrizione dello stato di salute dell'assicurato e tracciare un esatto quadro degli impedimenti ch'egli incontra nell'esplicare determinate funzioni. Il medico indicherà per prima cosa se l'assicurato può ancora svolgere la sua professione, precisando quali sono le controindicazioni in quell'attività. Determinante ai fini della graduazione dell'incapacità lavorativa non è comunque l'apprezzamento medico-teorico, bensì la diminuzione della capacità di lavoro che effettivamente risulta dall'impedimento (RAMI 1987 K720 p. 106 consid. 2, U27 p. 394 consid. 2b e giurisprudenza ivi citata; RJAM 1982 no. 482 p. 79 consid. 2). L'assicurato che rinuncia a utilizzare la sua residua capacità oppure che non mette in atto i provvedimenti da lui ragionevolmente esigibili per sfruttare al meglio la propria capacità lavorativa è, ciò nonostante, giudicato per l'attività che egli potrebbe esercitare dimostrando buona volontà. Carenze di volontà risultanti da un'anomalia caratteriale non sono prese in considerazione nell'ambito dell'assicurazione infortuni: possono essere, tutt'al più, considerate nell'ambito dell'assicurazione malattia se la loro causa é da ricercare in un'affezione patologica (DTF 101 V 145 consid. 2b; 111 V 239 consid. 1b e 2a; RAMI 1986 p. 56; 1987 p. 105 consid 2; 1987 p. 393 consid. 2b; 1989 p. 106 consid. 1d; Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 91).

2.4. L'assicuratore LAINF è, però, tenuto a fornire prestazioni soltanto se fra l'infortunio assicurato ed il danno alla salute esiste un rapporto di causalità naturale ed adeguato. 2.4.1. In caso d'infortunio, il legame di causalità naturale è da considerarsi dato qualora si possa ammettere che, senza l'evento infortunistico, il danno alla salute non si sarebbe potuto verificare o non si sarebbe verificato nello stesso modo. Non occorre, invece, che l'infortunio sia stato la sola o immediata causa del danno alla salute; è sufficiente che l'evento, se del caso unitamente ad altri fattori, abbia comunque provocato un danno all'integrità corporale o psichica dell'assicurato, vale a dire che l'evento appaia come una

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

2.4.2. Occorre inoltre rilevare che il diritto a prestazioni assicurative presuppone pure l'esistenza di un nesso di causalità adeguata tra gli elementi summenzionati. Un evento è da ritenere causa adeguata di un determinato effetto quando secondo il corso ordinario delle cose e l'esperienza della vita il fatto assicurato è idoneo a provocare un effetto come quello che si è prodotto, sicché il suo verificarsi appaia in linea generale propiziato dall'evento in questione (DTF 117 V 361 consid. 5a e 382 consid. 4a e sentenze ivi citate). Comunque, qualora sia carente il nesso di causalità naturale, l'assicuratore può rifiutare di erogare le prestazioni senza dover esaminare il requisito della causalità adeguata (cfr. DTF 117 V 361 consid. 5a e 382 consid. 4a; su queste questioni vedi pure: Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 51-53). La giurisprudenza ha 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 118 V 286; DTF 117 V 365 in fine).

2.4.3. Diversa invece è la situazione per quel che riguarda le affezioni di carattere psichico, dove la nozione di causalità adeguata assume un'importanza fondamentale. In merito all'adeguatezza del rapporto causale fra infortunio e disturbi di natura psichica manifestatisi dopo di esso, il TFA ha avuto modo di esprimersi ripetutamente e la sua giurisprudenza è stata sottoposta a profonde trasformazioni. Di questa evoluzione significative sono le sentenze in DTF 112 V 37 (l'adeguatezza è riconosciuta solo nei casi in cui l'infortunio riveste un'importanza rilevante nell'insieme delle circostanze; l'idoneità del trauma a provocare turbe psicogene non si misura più per rapporto alle reazioni di una persona "normale"); in DTF 113 V 316 e 324 (l'adeguatezza difficilmente può essere negata se alla luce della personalità pretraumatica dell'assicurato l'infortunio non è, con le circostanze concomitanti, relegato all'irrilevanza); in RAMI 1988 U47 pag. 225 in cui il TFA ha ribaltato la precedente formulazione negativa esigendo che l'infortunio rivesta "una certa importanza" per rapporto a tutto il complesso delle circostanze; e, infine, in DTF 115 V 133, in cui la somma Istanza ha ritenuto utile procedere ad una classificazione degli infortuni sulla base di criteri oggettivi anziché fondarsi direttamente sul modo in cui la vittima ha vissuto ed elaborato il trauma. Il TFA conferisce valore paradigmatico non all'esperienza dell'infortunio ma all'evento infortunistico come tale, valutato oggettivamente in funzione del modo in cui è avvenuto l'infortunio propriamente detto (cfr. DTF 115 V 408 consid. 5; RAMI 1992 U154 p. 246ss). " A seconda della dinamica dell'infortunio, esso è classificato in una delle tre categorie seguenti: nella categoria degli eventi insignificanti o leggeri, in quella degli eventi gravi e in quella degli eventi di grado medio". Di regola l'adeguatezza del nesso causale viene ammessa nel

caso di infortuni gravi ("secondo il corso ordinario delle cose e l'esperienza della vita gli infortuni gravi sono in effetti idonei a provocare danni invalidanti alla salute psichica"). Per contro, nel caso di infortuni insignificanti ("l'assicurato per esempio ha leggermente battuto la testa o si è slogato il piede") o leggeri (ad esempio, caduta o scivolata banale) l'adeguatezza può di regola essere negata a priori (RAMI 1992 U154, 246ss). L'infortunio sarà tutt'al più ritenuto la causa fortuita delle turbe nondimeno manifestatesi. La vera causa è da ricercare in fattori extra-infortunistici, per esempio nella predisposizione costituzionale. "E' noto per esperienza che gli infortuni della presente categoria, data la loro minima importanza, non possono influire sulla salute psichica dell'infortunato". Per quanto attiene, invece, agli infortuni di grado medio - cioè a quegli "eventi che non possono essere classificati nelle due predette categorie" - l'adeguatezza non può essere stabilita facendo semplicemente riferimento all'evento infortunistico: " Occorre piuttosto tener conto, da un profilo oggettivo, di tutte le circostanze che sono strettamente connesse con l'infortunio o che risultano essere un effetto diretto o indiretto dell'evento assicurato. Esse possono servire da criterio di apprezzamento nella misura in cui secondo il corso ordinario delle cose e l'esperienza della vita sono tali da provocare o aggravare, assieme all'infortunio, un'incapacità lavorativa e di guadagno di origine psichica". I criteri di maggior rilievo sono:

- le circostanze concomitanti particolarmente drammatiche o la particolare spettacolarità dell'infortunio;
- la gravità o particolare caratteristica delle lesioni lamentate, segnatamente la loro idoneità, secondo l'esperienza, a determinare disturbi psichici;
- la durata eccezionalmente lunga della cura medica;
- i dolori somatici persistenti;
- la cura medica errata che aggrava notevolmente gli esiti dell'infortunio;
- il decorso sfavorevole della cura e le complicazioni rilevanti intervenute;
- il grado e la durata dell'incapacità lavorativa dovuta alle lesioni fisiche.

Il TFA opera all'interno della classe medio-grave un'ulteriore, doppia distinzione. Gli infortuni medio-gravi si dividono in tre sottogruppi a seconda della loro relativa gravità: - infortuni la cui gravità raggiunge il punto più alto della categoria e li avvicina addirittura agli infortuni della categoria superiore; - infortuni di media gravità all'interno della categoria medio-grave; - infortuni di poca rilevanza, al limite della categoria inferiore (infortuni insignificanti o leggeri). Nel primo caso basta la presenza di uno solo dei fattori sopra elencati. Nel secondo bisogna nuovamente distinguere: - se un fattore è particolarmente incisivo (ad esempio durata particolarmente lunga dell'incapacità lavorativa per l'intervento di complicazioni durante la cura), l'adeguatezza è ammessa; - in caso contrario occorre l'intervento di più fattori. Nel terzo sottogruppo è richiesta alternativamente: - la presenza, cumulativamente, di tutti i fattori elencati, o - la particolare intensità dei fattori effettivamente intervenuti. Solo a queste condizioni si ammetterà l'adeguatezza del nesso causale. Se però queste condizioni sono adempiute, non si dovrà più ricercare se vi siano altre cause atte a spiegare le turbe psichiche, per esempio in relazione alla predisposizione costituzionale della vittima. Può essere infatti affermato che se l'infortunio e i fattori concomitanti sono particolarmente importanti, al punto da poter causare le turbe psichiche anche se la personalità della vittima non vi sia particolarmente predisposta, l'infortunio avrà la valenza di "causa sopravveniente", che eclissa gli altri fattori. Basta da solo a scompensare la psiche e relega all'irrelevanza la sua eventuale particolare vulnerabilità. Non importa che qualsiasi altro choc avrebbe potuto scompensarla; l'infortunio è in ipotesi idoneo in sé a produrre quel risultato ed è irrilevante che altri traumi avrebbero potuto provocarlo in sua vece. In RAMI 1995 U215, p. 90ss., il TFA ha ribadito che la qualifica degli infortuni va effettuata secondo criteri puramente oggettivi senza far riferimento al vissuto dell'infortunio elaborato dalla persona coinvolta.

2.5. In concreto, non è contestata la circostanza che \_\_\_\_\_ lamenti dei disturbi tanto organici che psichici. Onde favorire una migliore comprensione, il TCA tratterà in due momenti distinti la problematica somatica e quella psichica.

2.5.1. Affezioni somatiche

2.5.1.1. Dall'impugnata decisione su opposizione emerge che l'assicuratore LAINF convenuto - tenuto conto della situazione organica oggettiva - ha dichiarato \_\_\_\_\_ abile al lavoro in misura completa a decorrere dal 3 maggio 1999. Così facendo, l'\_\_\_\_\_ si è essenzialmente rimesso alle risultanze della visita di controllo 24 marzo 1999 eseguita dal dottor \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia ortopedica: " Per quanto attiene agli antecedenti personali e al referto clinico vedi esame medico-circondariale del 1° marzo 1999. Paziente riconvocato in data odierna per discutere dell'ulteriore procedere alla luce del referto scintigrafico dell'8 marzo 1999. In occasione di questo esame si è potuto chiaramente mettere in evidenza la scomparsa dei segni scintigrafici evocatori di un processo algo-distrofico al ginocchio sinistro. Sulla base di questo referto e con riferimento al quadro clinico effettivamente oggettivabile al ginocchio non viene sicuramente più ritenuto necessario l'uso di stampelle. Per quanto attiene all'aspetto ortopedico, osteo-articolare, il paziente viene di riflesso ritenuto nuovamente abile al lavoro nella misura del 50% a decorrere dal 6 aprile 1999 e nella misura completa a partire dal 3 maggio 1999 . Il periodo di abilità lavorativa parziale viene volontariamente prolungato sull'arco di 1 mese al fine di permettere al paziente un reinserimento progressivo nel processo lavorativo. Da valutarsi in questo contesto le considerazioni espresse nel rapporto del dr. \_\_\_\_\_ del 15 dicembre 1998 sul ruolo potenziale esercitato da fattori concomitanti non infortunistici " (doc. \_ - la sottolineatura è del redattore). Facendo un passo a ritroso nel tempo, va osservato che l'assicurato, durante il periodo 3 novembre-5 dicembre 1998, è rimasto degente presso l'Hôpital de \_\_\_\_\_, dove ha fatto oggetto d'approfonditi accertamenti pluridisciplinari, oltre che di misure a carattere riabilitativo. Queste le considerazioni espresse dal PD dott. \_\_\_\_\_ t, spec. FMH in fisiatria e riabilitazione, contenute nel rapporto medico d'uscita 15 dicembre 1998: " \_\_\_\_\_ présente un état douloureux avec impotence fonctionnelle du genou G, 9 mois après ostéosynthèse d'une fracture comminutive de la métaphyse proximale du tibia G è la suite d'un grave accident de la circulation. Sur le plan strictement traumatologique, l'évolution est favorable avec une bonne consolidation de la fracture du plateau tibial sans signe d'incongruence articulaire ne de déplacement secondaire ni de défaut d'axe du pilon tibial. Les investigations de l'état douloureux du MIG ont abouti au diagnostic d'algoneurodystrophie de stade III. La perte musculaire du MIG correspond à une amyotrophie par sous-utilisation. Le patient a reçu du Miacalcic 100 U sous cut. 1 x/jour pendant 3 semaines ainsi qu'une perfusion d'Arédia 60 mg. La physiothérapie a permis de travailler le renforcement musculaire par thérapie manuelle et par électrostimulation avec du Compex. Le traitement a permis une bonne récupération de la masse musculaire de la cuisse G. Le patient a acquis une meilleure endurance et la symptomatologie douloureuse est objectivement mieux tolérée, La poursuite de la physiothérapie est indispensable. Le bilan psychiatrique a retenu le diagnostic de troubles anxieux non spécifiés. Dans les circonstances actuelles, un état de stress post-traumatique au sens strict du terme ne peut plus être admis. Le patient ne se remémore plus constamment de l'accident et l'anxiété résiduelle n'est pas gravement pathologique. Nous avons introduit un traitement de Xanax 0.25 mg 3x/jour. Le pronostic à long terme reste réservé. Le patient collabore relativement peu et la douleur étant subjectivement vécue comme un handicap fonctionnel majeur, elle limite l'efficacité de la prise en charge thérapeutique. D'autre part, le patient cumule un certain nombre de facteurs de risque

d'évolution vers la chronicité des plaintes et vers l'invalidité. Notamment dans ses antécédents professionnels, on relève des accidents de travail mineurs dont un conflit asséculogique avec expertise \_\_\_\_\_ en 1989. D'autre part, le terrain psychologique marqué par une tendance à l'exagération et à la diffusion des plaintes et le contexte actuel qui est celui d'un 3ème traumatisme grave, suivi d'une longue incapacité de travail et du développement de l'algoneurodystrophie assombrissent le pronostic. Au vu du risque de désinsertion professionnelle, la poursuite de la prise en charge multidisciplinaire reste essentielle. Ce patient souffre depuis son accident aussi de cervico-dorsalgies. Les examens radiologiques conventionnelles ne montrent pas de lésion sous-jacente du rachis. Ces douleurs sont compatibles avec un syndrome vertébral post-traumatique. Parfois cette symptomatologie douloureuse irradie à la face antérieure du thorax. Lors d'une crise douloureuse, l'ECG et les enzymes cardiaques sont restés dans la norme. Afin d'exclure une pathologie digestive haute chez ce patient aux antécédents de maladie ulcéreuse récidivante, nous avons procédé à une oesophagogastroduodénoscopie. Cet examen a montré une petite hernie hiatale tout à fait calme et une gastrite chronique non érosive avec rares hélicobacter pylori. Nous avons introduit un traitement anti-acide avec Antra 40 mg 1 x/jour et une antibiothérapie avec Flagyl 500 mg 3 x/jour et Klacid 250 mg 2 x/jour pendant 10 jours. Le bilan \_\_\_\_\_ donne les mêmes conclusions du Dr. \_\_\_\_\_. Il s'agit d'acuphènes post-traumatiques pour les quelles nous n'avons pas malheureusement de proposition thérapeutique particulière. Par ailleurs, le status \_\_\_\_\_ est normal. L'audiogramme montre une surdité de réception centrée sur 6'000 Hz en relation probablement avec de nombreuses années d'exposition au bruit des machines de chantier. Les examens de laboratoire ont objectivé une augmentation des transaminases. Les sérologies pour l'hépatite A, B ou C se sont révélées toutes négatives. L'US abdominal a permis d'observer une stéatose hépatique. Nous avons procédé à un examen urologique en raison d'une prostate de taille augmentée, d'aspect homogène avec une calcification centrale à l'ultrason sans résidu post-mictionnel. Le diagnostic retenu est celui de prostatite chronique. Un traitement de Ciproxin 500 mg 2 x/jour pendant 6 semaines a  t  introduit (stop le 8.01.99) " (doc. \_\_, p. 4). In data 1° marzo 1999 - dietro sollecitazione del dottor \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, spec. FHM in medicina interna (cfr. doc. \_) - \_\_\_\_\_   stato visitato dal dottor \_\_\_\_\_, il quale ha, segnatamente, fatto stato di una discrepanza fra reperti oggettivabili e disturbi soggettivamente accusati dall'assicurato: " STATO LOCALE Il paziente si presenta alla consultazione munito di 2 stampelle. Pur affermando di non poter camminare senza le stesche, offrendogli il braccio, rispettivamente la mano con possibilit  di appoggio, il paziente non esercita praticamente nessuna pressione con gli arti superiori: esso pu  venire condotto praticamente con il solo dito indice. Mancanza inoltre di callosit  ad ambedue le mani. Gamba sinistra calma, nessun indizio clinico evocatore di un residuo algo-distrofico. Ginocchio calmo, nessun versamento, liberamente mobile. Marcata dolenzia focale, ben circoscritta e limitata ai processi spinosi rachide medio-toracale, senza contrattura alcuna della muscolatura para-vertebrale lungo praticamente tutta l'estensione del rachide (compresa la regione lombare). Polso destro calmo, liberamente mobile, asserito dolente sotto sforzo, ma non alla mobilitazione passiva. VALUTAZIONE Limitandosi all'aspetto ortopedico, vi sono effettivamente degli aspetti contraddittori tra quanto clinicamente obiettivabile e quanto soggettivamente espresso o dimostrato dal paziente . Vedi per esempio in questo contesto l'affermazione da una parte di non poter camminare senza appoggiarsi su qualcosa (a casa un mobile, all'esterno le stampelle) e dall'altra la mancanza praticamente assoluta di forza esercitata dagli arti superiori conducendo il

paziente con l'ausilio di un solo dito, così come la mancanza di callosità al palmo di ambedue le mani (non compatibile con l'uso di due stampelle da praticamente 1 anno!). Prima tuttavia di prendere posizione su potenziali ulteriori misure terapeutiche, rispettivamente sulla capacità lavorativa, ho ritenuto opportuno prevedere direttamente un nuovo esame scintigrafico osseo trifasico, al fine di quantificare l'evoluzione delle alterazioni di carattere algo-distrofico precedentemente messe in evidenza. (...). Il fatto che il paziente affermi, rispettivamente voglia dimostrarmi non essere neppure in grado di portare con sé due film radiografici di 30x40 cm, peraltro piegabili, non rispecchia certamente le reali limitazioni somatiche del paziente. Questo dato di fatto lascia tuttavia calare un forte dubbio sul grado di collaborazione attiva che il paziente è disposto a fornire nel processo di reinserimento professionale " (doc. \_ - la sottolineatura è del redattore). Grazie all'esame scintigrafico eseguito il 5 marzo 1999 presso il Servizio cantonale di radio-oncologia e medicina nucleare dell'Ospedale regionale di \_\_\_\_\_, si è potuta accertare l'assenza di segni evocatori di una algodistrofia (doc. \_). Il 24 marzo 1999 ha avuto luogo la visita circondariale di controllo a cui si è fatto accenno in precedenza, al termine della quale \_\_\_\_\_ è stato dichiarato completamente abile al lavoro a contare dal 3 maggio 1999 (cfr. doc. \_), posizione che è stata formalizzata con decisione del 9 agosto 1999 (cfr. doc. \_). Il dottor \_\_\_\_\_ ha ancora avuto modo di esprimersi riguardo alle condizioni di salute del ricorrente, prendendo posizione in merito al contenuto del certificato 30 agosto 1999 del dottor \_\_\_\_\_, prodotto, quest'ultimo, in sede d'opposizione (cfr. doc. \_: "Lamenta ancora importanti dolori provenienti dal ginocchio sinistro che lo rendono incapace a spostarsi senza le due stampelle. È pure sorto ultimamente, e questo causato soprattutto per il cronico uso di stampelle, un problema lombosacrale. Clinicamente noto uno stato depressivo, un'importante zoppia con risparmio della gamba sinistra e un'ipotrofia della coscia sinistra (circonferenza 15 cm al di sopra della rotula a destra: 55.5 a sinistra: 53 cm). Dolenzia alla rima mediale al ginocchio sin., che del resto non mostra nessun segno clinico di infiammazione o gonfiore. Indurimento della muscolatura paralombosacrale innanzitutto a sinistra, distanza dita-suolo: 30 cm. Le lamentele pronunciate dal paziente sembrano essere giustificate. (...)."): " Per quanto attiene agli antecedenti personali vedi in particolare il rapporto peritale del dr. \_\_\_\_\_ del 15.12.1998, esame medico-circondariale dell'1.3.1999 e del 25.3.1999. Di fronte alla scomparsa completa di segni scintigrafici evocatori di un processo algo-distrofico, in relazione con l'aspetto ortopedico ed osteo-articolare il paziente veniva ritenuto nuovamente abile al lavoro nella misura del 50% a decorrere dal 6 aprile 1999, riconoscendo pure in maniera molto generosa tale inabilità parziale fino al 3 maggio 1999 al fine di permettere al paziente un reinserimento progressivo nel processo lavorativo. Il certificato medico del 30 agosto 1999 allegato alla lettera del rappresentante legale del paziente non apporta nuovi elementi di giudizio rispetto a quanto contenuto negli atti a nostra disposizione. Vengono in particolare sollevati i seguenti punti: - Necessità di spostarsi con 2 stampelle Il dr. \_\_\_\_\_ non fa riferimento ad alcuna giustificazione di tale "dato di fatto". Anzi, esso fa per contro chiaramente notare come il ginocchio non presenti nessun segno clinico di infiammazione o gonfiore. Anche la differenza di trofismo della muscolatura delle cosce rimane costante confrontando i valori citati il 30 agosto 1999, con quelli del referto peritale del 15.12.1998. - Asportazione del materiale d'osteosintesi La pratica chirurgica corrente permette di escludere praticamente con certezza il ruolo del materiale d'osteosintesi nei disturbi soggettivi accusati dal paziente. Questo con riferimento non solo all'innumerabile casistica infortunistica, ma pure all'esperienza quotidiana delle osteotomie infra-condilari,

intra-legamentari di deviazione assiale degli arti inferiori (stesso tipo di materiale, stessa localizzazione). Da notarsi infine che il risultato dell'esame scintigrafico permette pure di escludere uno scollamento, rispettivamente un processo infiammatorio/infeziosi in sede del materiale. Da una parte quindi un intervento di asportazione del materiale di osteosintesi non è ragionevolmente suscettibile di condurre ad un miglioramento significativo dei disturbi, esso comporterebbe per contro un'ulteriore traumatizzazione (iatrogena) di una parte del corpo sede di importanti disturbi soggettivi senza correlato oggettivabile. Nel rapporto medico del 29.7.1999 lo stesso dr. \_\_\_\_\_ fa per altro notare che il paziente non è comunque pronto attualmente a sottomettersi ad un tale intervento. - Disturbo lombo-sacrale: Il dr. \_\_\_\_\_ mette chiaramente in relazione questo disturbo con l'uso prolungato delle stampelle. Da notarsi nuovamente in questo contesto l'assenza di un chiaro substrato somatico oggettivabile che giustifichi in maniera plausibile e ragionevole l'uso delle stampelle. - Disturbi psichici L'influenza di tali disturbi nel quadro clinico complessivo presentato dal paziente veniva già puntualizzata nel referto peritale del 15.12.1998. In questo contesto, una contribuzione non insignificante può pure venire ritrovata nella perdita del posto di lavoro per avvenuto licenziamento prima dell'evento infortunistico in parola. - Attitudine del paziente La descrizione positiva senza riserve fatta dal dr. \_\_\_\_\_ il 30 agosto 1999 contraddice in maniera palese quanto affermato dallo stesso medico nella lettera del 3 febbraio 1999: "il 29.1.1999 ha avuto un colloquio con la fisioterapista (abbastanza disperata): il paziente è troppo passivo, ritiene che certe lamentele siano poco "Nachvollziehbar". Anche nel referto peritale del 15.12.1998, viene fatto un riferimento specifico e puntuale sulla scarsità di collaborazione da parte del paziente. L'apice di tale dato di fatto viene rappresentato dall'asserita impossibilità di poter portare 2 film radiologici di 30 X 40 cm (vedi referto del 1° marzo 1999). Nell'ambito dell'insieme degli atti a nostra disposizione concernenti il signor \_\_\_\_\_, degno di osservazione in questo contesto quanto riferito dal dr. \_\_\_\_\_ nel rapporto intermedio del 13.3.1990: "per me la cura è terminata in quanto ha poco senso continuare senza la necessaria collaborazione del paziente". Sulla base di quanto precede il certificato medico del dr. \_\_\_\_\_ del 30.8.1999 non comporta quindi nuovi elementi di giudizio. Per quanto attiene all'aspetto ortopedico osteo-articolare, in relazione con l'evento infortunistico del 27.2.1998, viene confermata una capacità lavorativa completa a decorrere dal 3.5.1999 " (doc. \_). Nel corso del mese di dicembre 1999 - successivamente all'emanazione dell'impugnata decisione su opposizione - \_\_\_\_\_ ha privatamente consultato il PD dott. \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ del Reparto d'ortopedia-traumatologia dell'O ospedale regionale di \_\_\_\_\_. Dopo aver riconosciuto l'assenza di un reperto di natura organica suscettibile di spiegare l'intensità della sintomatologia algica lamentata dall'insorgente all'arto inferiore sinistro, il Prof. \_\_\_\_\_ ha raccomandato l'asportazione del materiale di osteosintesi ancora in sede, prevedendo, peraltro, un probabile completo ripristino della capacità lavorativa dell'assicurato: " ... In risposta alle vostre domande possiamo valutare il caso come segue: da un punto di vista clinico e radiologico non si può trovare una causa prettamente organica del quadro algico che impedisce al paziente di caricare normalmente la gamba sx. Un'asportazione del materiale di osteosintesi sarebbe da prendere in considerazione, i disturbi del materiale di osteosintesi possono essere imprevedibili e non presentano una sindrome algica costante. L'attuale abilità lavorativa è limitata ora a causa dei dolori ed è probabilmente da aumentare alla normalità dopo asportazione del materiale di osteosintesi " (doc. \_ - la sottolineatura). La rimozione del materiale d'osteosintesi ha effettivamente avuto luogo nel corso della degenza 26 giugno-1° luglio 2000 (cfr. doc. \_).

L'intervento operatorio - a dispetto di quanto preventivato sia dal dottor \_\_\_\_\_ sia dal PD dott. \_\_\_\_\_ - non si è comunque rivelato atto a migliorare lo stato di salute del qui ricorrente (cfr. doc. \_), circostanza puntualmente sottolineata dal dottor \_\_\_\_\_ nel referto relativo alla visita di controllo del 18 ottobre 2000: " (...). Come affermato ripetutamente in occasioni diverse, il decorso post-operatorio ha chiaramente dimostrato come l'asportazione del materiale d'osteosintesi non sia stata suscettibile di cambiare significativamente l'entità ma neppure la localizzazione dei disturbi accusati dal paziente. Complessivamente, per quanto attiene giustamente all'asportazione del materiale d'osteosintesi, può senz'altro essere ritenuto raggiunto lo stato quo sine in presenza di un referto clinico che rispecchia quello già descritto in precedenza. Anche all'esame odierno, come peraltro pure fatto notare dal dr. \_\_\_\_\_, il reperto oggettivabile non spiega l'importante entità della sintomatologia algica accusata dal paziente e soprattutto la necessità di dover costantemente ricorrere ad almeno una stampella. Al fine di chiarire ulteriormente questo aspetto specifico, approfittando dell'avvenuta asportazione del materiale d'osteosintesi (e quindi di una diminuzione del potenziale di artefatti), mi sono permesso di prevedere ancora uno studio di risonanza magnetica del ginocchio presso l'Ospedale \_\_\_\_\_ il 2.11.2000 " (doc. \_ - la sottolineatura è del redattore). Del resto, neppure le risultanze della risonanza magnetica del 2 novembre 2000 si sono rivelate utili a spiegare, da un punto di vista oggettivo, gli invalidanti disturbi accusati da \_\_\_\_\_ alla gamba sinistra: " (...). La risonanza magnetica del ginocchio sinistro, effettuata il 2.11.2000, rivela unicamente la presenza di alterazioni a livello del corno posteriore di ambedue i menischi, così come un'immagine del legamento crociato anteriore compatibile con un pregresso stiramento senza tuttavia interruzione dello stesso. Nessuna evidenza per contro di versamento intrarticolare, nessuna sicura lesione cartilaginea, nessuna alterazione della struttura ossea intrinseca al piatto tibiale, rispettivamente ai condili femorali.

VALUTAZIONE A conferma del quadro clinico, rispettivamente delle considerazioni espresse in precedenza non solo in occasione dei diversi esami medici-circondariali ma pure dal dr. \_\_\_\_\_ (vedi referto del 15.12.1999), anche l'attuale risonanza magnetica non permette di mettere in evidenza nessun referto che correli con l'importante sintomatologia asserita dal paziente. Dal punto di vista terapeutico ritengo quindi personalmente indicato scostarsi in maniera chiara dalla componente somatica mettendo lo sforzo principale delle misure terapeutiche da adottarsi su quella psico-sociale. In questo senso, le alterazioni meniscali riscontrate alla risonanza magnetica non spiegano né la natura né tantomeno l'intensità dei disturbi accusati dal paziente. Esse non generano neppure il minimo versamento intrarticolare. In concreto, così come fu il caso per l'asportazione del materiale d'osteosintesi, un ulteriore intervento a questo ginocchio non condurrebbe a nessun cambiamento sostanziale dei disturbi residui " (doc. \_ - la sottolineatura è del redattore).

Dalle tavole processuali, specificatamente dall'incarto che questa Corte ha provveduto a richiamare dall'UAI, emerge che l'assicurato, durante il mese di gennaio 2001, ha fatto oggetto d'accertamenti pluridisciplinari presso il Servizio d'accertamento medico dell'assicurazione invalidità \_\_\_\_\_. In questo contesto, \_\_\_\_\_ è stato, fra l'altro, periziato dal profilo ortopedico dal dottor \_\_\_\_\_, il quale ha diagnosticato uno stato dopo frattura comminuta della tibia prossimale sinistra, una lombalgia su probabile discopatia L5/S1, una tendomiosi cervico-scapolare, uno stato dopo frattura ed osteosintesi della clavicola sinistra nel 1978 e, infine, una probabile artrosi acromio-clavicolare sinistra. L'ortopedico ha definito credibili i disturbi lamentati dall'assicurato, "... anche se esiste probabilmente la tendenza a sopravvalutarli" (cfr. rapporto 25.1.2001, p. 3, accluso alla

perizia del \_\_\_\_\_). \_\_\_\_\_ è finalmente stato giudicato non più in grado di svolgere un'attività pesante, mentre, per un'attività fisicamente leggera, l'abilità lavorativa dovrebbe raggiungere il 50%. Per quanto concerne l'arto inferiore sinistro, interessato dall'evento infortunistico del febbraio 1998, gli accertamenti radiologici eseguiti dal dottor \_\_\_\_\_ hanno messo in luce una situazione assolutamente normale (cfr. rapporto 25.1.2001, p. 2: "Ginocchio sinistro ap/lat del 08.01.01: esiti di frattura della tibia prossimale, di osteosintesi e di AMO, rapporti articolari conservati, non evidenti alterazioni degenerative"). L'esame clinico, da parte sua, ha permesso di confermare l'esistenza di dolori evocabili alla palpazione ed alla mobilizzazione del ginocchio sinistro, senza però essere illuminante riguardo alle cause (cfr. rapporto 25.1.2001, p. 2: "A livello del ginocchio sinistro cicatrice mediale e laterale calma, assenza di segni infiammatori e di versamento articolare. Dolori alla palpazione della rima antero-mediale ed in minor modo antero-laterale. Dolori alla mobilizzazione della rotula senza scricchiolii retropatellari. Mobilità del ginocchio limitata e dolorosa con flessione/estensione a 95/0/0. Discreta lassità mediale, assenza di instabilità antero/posteriore. Segno di Lasègue negativo. Riflessi patellari simmetrici. La sensibilità viene dichiarata normale agli arti inferiori. Netta atrofia del quadricipite sinistro"). 2.5.1.2. Va osservato che \_\_\_\_\_ lamenta una moltitudine di disturbi, interessanti, con il passare del tempo, parti diverse del corpo. Questo TCA, per consolidata giurisprudenza, deve, comunque, valutare la decisione amministrativa deferitagli sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata emanata (cfr. STFA 30.9.1998 in re F.; STFA 1.10.1998 in re F.; DTF 121 V 366 consid. 1b e STFA 11.1.2000 in re K., consid. 1). Dal certificato medico 30 agosto 1999 del dottor \_\_\_\_\_, sanitario che sin dall'inizio ha seguito \_\_\_\_\_, si evince che, al momento determinante, i disturbi erano localizzati all'arto inferiore sinistro ed alla regione lombosacrale (cfr. doc. \_). È incontestabile che \_\_\_\_\_ accusi, specialmente, dei disturbi a livello del ginocchio sinistro. A questo preciso riguardo, in esito ai considerandi che precedono, il TCA ritiene che il parere espresso dal medico di circondario dell'\_\_\_\_\_ (cfr., ad esempio, doc. \_) possa validamente costituire da supporto probatorio al giudizio che ora lo occupa. A questo punto, non è superfluo ricordare come il TFA abbia stabilito 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 (RCC 1986 p. 202 consid. 2d; STFA 27 ottobre 1992 in re A. B. P.; STFA 13 febbraio 1992 in re M. O.; STFA 13 maggio 1991 in re A. A.; F. Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; U. Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, Zurigo 1999, p. 212; Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2a ed., p. 39 e p. 117) senza che ciò costituisca una lesione del diritto di essere sentito sancito dall'art. 29 cpv. 2 nCost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata). D'altro canto, nell'ambito del libero apprezzamento delle prove, è consentito, in linea di principio, che l'amministrazione e il giudice delle assicurazioni sociali fondino la loro decisione esclusivamente su basi di giudizio interne all'Istituto assicuratore. In casi particolari, pieno valore può essere conferito alla valutazione dei medici dell'INSAI anche se essi non hanno personalmente visitato l'assicurato, ma si sono pronunciati unicamente in base agli atti (cfr. DTF 122 V 157ss.; RAMI 1999 U356, p. 572; STFA 10.9.1998 in re E. R. c/ INSAI). L'opinione difesa dal dottor \_\_\_\_\_ ha il pregio di trovarsi in sintonia con quella

manifestata dall'insieme degli specialisti che hanno avuto modo di interessarsi al caso ora sub iudice, i quali non sono riusciti a sufficientemente oggettivare un reperto somatico di natura post-traumatica, suscettibile di spiegare la persistente sintomatologia dolorosa lamentata dall'assicurato a livello del ginocchio sinistro e, in ultima analisi, l'incapacità lavorativa che ne deriverebbe. Va fatto accenno, in particolare, all'apprezzamento espresso dal PD dott. \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ del Reparto d'ortopedia-traumatologia dell'Ospedale regionale di \_\_\_\_\_, il quale - interpellato dall'assicurato medesimo con lo scopo, segnatamente, di chiarire l'eziologia dei disturbi alla gamba sinistra (cfr. doc. \_) - ha esplicitamente riconosciuto l'impossibilità di "... trovare una causa prettamente organica del quadro algico che impedisce al paziente di caricare normalmente la gamba sx", ipotizzando, finalmente, che i disturbi potessero derivare dalla presenza ancora in sede del materiale d'osteosintesi (cfr. doc. \_). In realtà, asportato il suddetto materiale, i disturbi sono rimasti praticamente immutati (cfr. doc. \_). Lo scrivente Tribunale non ignora, beninteso, che il dottor \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia ortopedica, consultato nell'ambito degli accertamenti predisposti dall'UAI, ha definito come credibili i disturbi accusati da \_\_\_\_\_ (cfr. rapporto 25.1.2001, accluso alla perizia del \_\_\_\_\_). Ciò non toglie, comunque, che neppure il dottor \_\_\_\_\_ sia riuscito a far luce sulle cause di questi disturbi. Il TCA si trova, dunque, confrontato ad un caso in cui i disturbi soggettivamente risentiti dall'assicurato non hanno trovato sufficiente correlazione sul piano oggettivo. In casi del genere, la decisione non potrà che essere sfavorevole all'insorgente, nella misura in cui, non essendo stato possibile oggettivare, da un profilo medico-scientifico, l'origine dei disturbi, il giudice delle assicurazioni sociali - a maggior ragione - non può certo ammettere l'esistenza di una relazione di causalità naturale con l'evento traumatico assicurato (cfr., in questo senso, STCA 3.8.1998 in re F. P. c/ INSAI, 28.9.1998 in re H. H. c/ INSAI, 19.2.1999 in re I. A. c/ Zurigo Assicurazioni, 22.2.1999 in re G. D. c/ INSAI e 21.9.2000 in re M. P. c/ INSAI, confermata dal TFA con pronuncia del 13.3.2001 e U. Meyer-Blaser, Kausalitätsfragen aus dem Gebiet des Sozialversicherungsrechts, in SZS 2/1994 , p. 105s.: "Lässt sich der medizinisch-wissenschaftliche Beweis für das Vorliegen organischer Befunde, ihrer Verantwortlichkeit für die vorhandenen Beschwerden und die Ursächlichkeit der unfallmässigen Einwirkung zum Eintritt des organischen Befundes, nach derzeitigem Wissensstand, in einem konkreten Fall, trotz sorgfältigen Abklärungen, nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit beweisen, entfällt insofern die Leistungspflicht der Unfallversicherer ohne weiteres"). Che i disturbi lamentati dal ricorrente non trovino sufficiente correlazione sul piano organico, é, del resto, stato confermato, seppur indirettamente, dalle conclusioni a cui sono pervenuti gli psichiatri, a mente dei quali \_\_\_\_\_ presenta, fra le altre cose, anche una sindrome somatoforme da dolore persistente (cfr. XXII 4 e rapporto 11.1.2001 del dottor \_\_\_\_\_, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, accluso alla perizia del \_\_\_\_\_). Dagli atti all'inserto emerge che l'insorgente soffre, inoltre, di disturbi al rachide lombo-sacrale . A mente del medico curante di \_\_\_\_\_, l'infortunio 27 febbraio 1998 avrebbe giocato un ruolo causale indiretto, nel senso che i disturbi sarebbero stati provocati dal cronico utilizzo delle stampelle (cfr., per esempio, certificato 30.8.1999 del dottor \_\_\_\_\_ accluso al doc. \_). Da parte sua, l'Istituto assicuratore convenuto, in primo luogo, ha evidenziato "... l'assenza di un chiaro substrato somatico oggettivabile che giustifichi in maniera plausibile e ragionevole l'uso delle stampelle" (cfr. doc. \_). In secondo luogo, facendo riferimento a degli studi scientifici, esso ha sostenuto che una differenza nella lunghezza degli arti inferiori non comporta una sollecitazione maggiore della colonna vertebrale (cfr. VIIbis, p.

4: "... secondo la letteratura medica internazionale, affezioni a livello di un arto inferiore (dovuti allo scarico dell'arto o al raccorciamento dello stesso) non sono in grado di generare un sovraccarico del rachide. Nel caso di zoppia la fase di appoggio viene raccorciata mentre il tronco, la testa e le braccia si spostano sul lato della parte affetta spostando pure di conseguenza il centro di gravità del corpo al di sopra dell'arto leso con riduzione dell'ampiezza delle forze muscolari richieste per mantenere l'equilibrio, rispettivamente la bilancia del peso corporale (cf. Harrington e Harris: Can "favouring" one leg damage the other? Editorial. J. Bone Joint Surg (BR) 1994; 76-B: 516-520; Maque P.: Biomechanics of the knee, Springer Verlag, Stuttgart; Kap. 6: 123-131, 1976)"). Infine, l'Istituto assicuratore convenuto ha pure negato che fra i disturbi alla schiena e l'evento infortunistico assicurato vi sia un nesso di causalità diretto, giacché una contusione delle parti molli della colonna vertebrale non lascia postumi permanenti e lo status quo sine è considerato raggiunto al più tardi 6 mesi, rispettivamente un anno (in caso di patologie degenerative), dalla data dell'infortunio (cfr. VIIbis, p. 4). A prescindere dal fatto che, effettivamente, l'uso di stampelle non si giustifica a fronte della situazione oggettiva dell'arto inferiore sinistro, secondo lo scrivente Tribunale è senz'altro condivisibile che i disturbi al rachide lombo-sacrale non siano da ricondurre ad un loro cronico utilizzo. In effetti, la tesi difesa dall'\_\_\_\_\_ trova piena conferma in diverse perizie specialistiche ordinate dal TCA in altre procedure ricorsuali. Ad esempio, nella causa \_\_\_\_\_, sfociata nella sentenza del 4 maggio 2000 [inc. n. 35.1999. \_\_\_\_\_], i periti giudiziari, i dottori \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_, ambedue \_\_\_\_\_ presso la Clinica di chirurgia ortopedica dell'Ospedale \_\_\_\_\_, 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 Ueberlastung 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 beispielweise 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. chirurgia ortopedica \_\_\_\_\_, p. 8s.). Va da sé che il caso di \_\_\_\_\_ non rientra fra quelli limite enumerati dai dottori \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_. D'altro canto, i disturbi in sede lombo-sacrale sono apparsi al più tardi nell'estate del 1999 (cfr. doc. \_: certificato 30 agosto 1999 del dottor \_\_\_\_\_: "È pure sorto ultimamente, e questo causato soprattutto per il cronico uso di stampelle, un problema lombosacrale"), dunque a distanza di circa un anno e mezzo dall'infortunio. Si tratta di un lasso di tempo manifestamente insufficiente, posto come nella fattispecie poc'anzi evocata, la sindrome lombare è insorta circa 8 anni dopo l'evento traumatico che ha interessato il piede destro. Si rivela parimenti corretta l'opinione secondo cui i disturbi alla schiena di cui soffre \_\_\_\_\_ non rappresentano una conseguenza diretta dell'evento assicurato. Intanto, dalle tavole processuali non emerge neppure che \_\_\_\_\_, in occasione del noto infortunio, abbia riportato una contusione al rachide lombo-sacrale. Dal certificato medico 30 marzo 1998 dell'Ospedale regionale di \_\_\_\_\_ risulta infatti che l'assicurato lamentava, segnatamente, dolori alla gamba sinistra fino al ginocchio, al polso

destro, all'emittoce sinistro ed all'addome (cfr. doc. \_). Analoghe indicazioni si ritrovano, peraltro, nel rapporto d'uscita 27 marzo 1998 (cfr. doc. \_). Inoltre, è già stato rilevato che l'insorgente ha iniziato ad accusare dei disturbi in sede lombo-sacrale soltanto a partire dall'estate del 1999, quindi con un periodo di latenza di circa un anno e mezzo (cfr. doc. \_). In precedenza, i disturbi erano localizzati altrove, per la precisione nella regione della colonna alto-toracica/cervicale (cfr. doc. \_). Per inciso, va ricordato che la giurisprudenza del TFA insegna che, più il tempo trascorso fra l'infortunio e la manifestazione dell'affezione è lungo, e più le esigenze riguardanti la prova del nesso di causalità naturale devono essere severe (cfr. RAMI 1997 U275, p. 188ss.; RJJ 1994, p. 46 consid. 1b). D'altra parte, questa tesi è condivisa dalla dottrina medica dominante, a mente della quale, dopo traumi quali contusioni o distorsioni al dorso, lo stato anteriore del rachide può, di regola, considerarsi ristabilito al più tardi 6 mesi, rispettivamente un anno (in presenza di patologie degenerative), a contare dall'evento traumatico, come se l'infortunio non fosse mai sopraggiunto ( status quo sine ) (cfr. Bär/Kiener, Traumatismes vertébraux, in Informations médicales N. 67/décembre 1994, p. 45ss., contributo in cui viene illustrata, con dovizia di riferimenti, la posizione della dottrina medica dominante in materia appunto di traumi vertebrali). Del resto, la summenzionata tesi dottrinale è addirittura stata recepita dalla giurisprudenza federale (cfr. RAMI 2000 U363, p. 45ss.; STFA 31 dicembre 1997 in re L. consid. 4c [U125/97], 4 settembre 1995 in re M. consid. 4a, ambedue non pubblicate; cfr., inoltre, STFA 6 giugno 1997 in re C. inedita [U131/96], in cui il TFA, riferendosi alla sentenza non pubblicata 3.4.1995 in re O. [U194/94], ha esplicitamente ribadito che il genere di trauma riportato dall'assicurato - si trattava di una contusione/distorsione del rachide lombare causata da una caduta, in presenza di lesioni degenerative al passaggio lombo-sacrale - cessa di produrre i propri effetti trascorsi alcuni mesi dal giorno dell'infortunio; cfr., pure, E. Morscher, Schäden des Stütz- und Bewegungsapparates nach Unfällen: Wirbelsäule, in Versicherungsmedizin, Hrsg. E. Baur, U. Nigst, Berna 1973; 3. Auflage 1985). Da notare, qui di transenna, che l'Istituto assicuratore convenuto ha riconosciuto la propria responsabilità relativamente ai disturbi della sfera \_\_\_\_\_ lamentati da \_\_\_\_\_, e ciò a titolo di malattia professionale (cfr. VIIbis, p. 3 e doc. \_; rapporto 22.11.1999 del dottor \_\_\_\_\_). In conclusione - tenuto esclusivamente conto dei postumi somatici oggettivamente dell'infortunio 27 febbraio 1998 - lo scrivente TCA ritiene provato, secondo il criterio della verosimiglianza preponderante, caratteristico del settore della sicurezza sociale (cfr. DTF 121 V 6 consid. 3b, 47 consid. 2a, 208 consid. 6b; cfr., pure, Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 320 e A. Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Zurigo 1995, p. 338), che \_\_\_\_\_ ha riacquisito la piena capacità lavorativa nei tempi e nei modi indicati dall'\_\_\_\_\_ nella decisione impugnata . 2.5.2. Affezione psichica 2.5.2.1. \_\_\_\_\_ presenta indubbiamente dei seri disturbi di natura psichica. Dall'incarto che il TCA ha richiamato dal Servizio psico-sociale di \_\_\_\_\_ si evince, segnatamente, che l'assicurato è entrato in cura psichiatrica già nell'agosto 1999, dietro segnalazione del suo medico curante (cfr., ad esempio, XXII 6: "Conosciamo il signor \_\_\_\_\_ dal mese di agosto del 1999, in seguito alla richiesta di consulto da parte del Dr. \_\_\_\_\_ che rilevava un quadro di tipo depressivo. In effetti, il signor \_\_\_\_\_ presentava una sintomatologia caratterizzata da una diminuzione dell'istinto vitale, labilità umorale con pianti frequenti, disturbi della funzione ipnica; il quadro clinico era completato da un generale aumento dello stato di allerta con ansia ingravescente, accanto ad una sintomatologia algica a livello cervicale, lombosacrale e agli arti inferiori. È stato quindi

sottoposto a terapia farmacologica e sostegno psicoterapeutico ottenendo solo un lieve contenimento degli aspetti sintomatici sopra descritti"). I dottori \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_, l'uno medico-assistente, l'altro caposervizio, hanno diagnosticato una sindrome post-traumatica da stress ed una sindrome somatoforme da dolore persistente (cfr. XXII 5). L' \_\_\_\_\_, in sede di risposta di causa, ha preteso che le turbe psichiche di cui soffre l'insorgente non costituirebbero una naturale conseguenza dell'evento traumatico assicurato (cfr. VIIbis, p. 5). Da un lato, lo psichiatra consultato nel corso della degenza presso l'Hôpital de \_\_\_\_\_, il dottor \_\_\_\_\_ e, ha negato la diagnosi di sindrome post-traumatica da stress, ponendo invece quella di disturbo d'ansia aspecifico (cfr. doc. \_\_\_, p. 3). Dall'altro, i medici del Servizio psico-sociale di \_\_\_\_\_ si sono limitati a riconoscere una semplice relazione cronologica fra l'infortunio ed i disturbi psichici (cfr. XXII 6: "In merito alle cause dei disturbi stessi e alla causalità dell'incidente occorsogli in data 27 febbraio 1998, si può rilevare che ci sia quanto meno una relazione cronologica, tenendo anche in considerazione l'assenza anamnestica di sintomi o disturbi della sfera psichica"), ciò che, sempre secondo l' \_\_\_\_\_, non sarebbe sufficiente per ammettere la causalità naturale. Il TCA, da parte sua, osserva ancora che il dottor \_\_\_\_\_, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia interpellato dal \_\_\_\_\_, ha diagnosticato una sindrome somatoforme da dolore persistente (), senza tuttavia esprimersi riguardo all'eziologia - traumatica o meno - della medesima (cfr. rapporto 11.1.2001 accluso alla perizia \_\_\_\_\_). Con il proprio gravame, \_\_\_\_\_ ha postulato l'erezione di una perizia giudiziaria, allo scopo, in particolare, d'accertare il nesso causale tra le turbe psichiche e l'infortunio del febbraio 1998 (cfr. I, p. 10). Orbene, questa Corte ritiene di potersi esimere dall'esaminare più da vicino la questione riguardante la natura delle turbe psichiche di cui è portatore l'insorgente, poiché, anche nell'ipotesi in cui si dovesse ammettere che queste ultime costituiscono una naturale conseguenza dell'infortunio assicurato, ciò non sarebbe ancora sufficiente per poter fondare l'obbligo contributivo dell'assicuratore LAINF convenuto, facendo difetto - così come verrà meglio dimostrato in seguito - l'adeguatezza del nesso di causalità, aspetto che deve essere valutato alla luce dei criteri sviluppati nella DTF 115 V 133ss. (cfr. STFA 20.12.1994 in re L., inedita). In questo ordine d'idee - essendo l'esame della causalità adeguata una mera questione giuridica - appare senz'altro inutile che il TCA abbia ad ordinare la richiesta perizia psichiatrica.

2.5.2.2. Visto quanto indicato al considerando 2.5.2.1., si tratta ora d'esaminare l'adeguatezza del legame causale. Occorre, avantutto, procedere alla classificazione dell'infortunio occorso all'insorgente. La dinamica dell'evento traumatico 27 febbraio 1997 risulta chiaramente dal rapporto di polizia 27 marzo 1998 e, d'altronde, non è mai stata oggetto di discussione fra le parti: " (...). In base alle constatazioni ed alle versioni dei protagonisti e testimone, l'incidente può così esser riassunto: \_\_\_\_\_ con il grosso autocarro, vuoto, circolava sulla strada principale No. 2, in territorio di \_\_\_\_\_, proveniente da \_\_\_\_\_ direzione \_\_\_\_\_. Giunto appena dopo il cavalcavia, doveva frenare bruscamente perché davanti a lui vi era ferma una colonna di veicoli. Malgrado la pronta frenata notava di non riuscire ad evitare il tamponamento e quindi sterzava alla sua sinistra, invadendo la corsia di contromano, proprio nel mentre giungeva l'autocarro guidato dal \_\_\_\_\_, che circolava regolarmente in direzione opposta. Quest'ultimo trovandosi in questa situazione improvvisa ha cercato di frenare e di svoltare a destra ma ciò non bastava ad evitare la collisione che avveniva tra le parti anteriori sinistre dei due grossi automezzi. Si fa rilevare che la colonna ferma era causata da una vettura che stava per svoltare verso il piazzale del ristorante degli amici e quindi dietro vi era

l'autocarro guidato dal testimone \_\_\_\_\_. Questa versione dell'auto che stava per svoltare è confermata pure dal protagonista \_\_\_\_\_. Osservazioni: Il disco cronotachigrafo dell'autocarro \_\_\_\_\_ segnala una velocità attorno ai 60 km/h. Mentre quello del veicolo guidato dal \_\_\_\_\_ non rileva la velocità questo perché il giorno prima dell'incidente è stato controllato dalla polizia stradale e probabilmente il disco non è stato inserito correttamente " (doc. \_\_, p. 4). Dalla documentazione fotografica presente all'inserto (cfr. doc. \_\_), si evince che la cabina dell'autocarro guidato da \_\_\_\_\_ - a differenza di quella dell'altro mezzo pesante coinvolto - ha subito degli ingenti danni materiali (cfr., in particolare, la foto n. 7). Va ancora osservato che l'assicurato ha potuto essere estratto dal relitto grazie all'intervento del Corpo pompieri di \_\_\_\_\_ (cfr. doc. \_\_). A causa del sinistro, il ricorrente ha riportato la frattura comminuta metafisi prossimale tibiale sinistra e quella del radio distale destro (cfr. doc. \_\_), ciò che ha reso necessario il suo ricovero, durante il periodo 27 febbraio-18 marzo 1998, presso il Reparto di ortopedia-traumatologia dell'Ospedale regionale di \_\_\_\_\_, dove è stato sostanzialmente sottoposto ad un intervento d'osteosintesi in data 4 marzo 1998 (cfr. doc. \_\_). Dimesso dall'ospedale, l'insorgente è entrato in cura dal dottor \_\_\_\_\_, spec. FMH in medicina interna, il quale, da un profilo terapeutico, ha essenzialmente disposto l'esecuzione di un'intensa fisioterapia ambulatoriale, a dipendenza dei disturbi e alla gamba sinistra e al rachide alto-toracico/cervicale (cfr., ad esempio, doc. \_\_). Dal 3 novembre al 5 dicembre 1998, il ricorrente ha soggiornato presso l'Hôpital de \_\_\_\_\_, dove sono stati posti in atto molteplici accertamenti diagnostici e si è sostanzialmente proseguito con l'esecuzione di misure fisioterapiche (cfr. doc. \_\_). Da notare, in particolare, che gli specialisti hanno associato la sintomatologia algica accusata all'arto inferiore sinistro alla presenza di un'algoneurodistrofia di stadio III. In occasione della visita di controllo del 1° marzo 1999, il medico di circondario dell'\_\_\_\_\_, il dottor \_\_\_\_\_, ha osservato una discrepanza fra la situazione oggettiva e le lamentele manifestate dall'assicurato. Egli ha peraltro disposto l'esecuzione di un esame scintigrafico osseo, allo scopo di verificare l'evoluzione dell'algoneurodistrofia (cfr. doc. \_\_). Preso atto dell'esito negativo del suddetto esame (cfr. doc. \_\_), il dottor \_\_\_\_\_ - a fronte dei soli postumi somatici oggettivabili dell'infortunio 27 febbraio 1998 - ha riconosciuto \_\_\_\_\_ abile al lavoro nella misura del 50% a decorrere dal 6 aprile 1999 e in misura completa a partire dal 3 maggio 1999 (cfr. doc. \_\_), apprezzamento condiviso dal TCA. Alla luce della dinamica dell'evento e delle lesioni riportate, l'infortunio occorso a \_\_\_\_\_ non può essere classificato né fra quelli leggeri ma neppure - contrariamente a quanto preteso in sede di ricorso (cfr. I, p. 7) - fra quelli gravi: si tratta, a mente del TCA, di un infortunio di media gravità al limite della categoria degli infortuni gravi. A mero titolo di raffronto, si ricorda che il TCA, in una sentenza 7 giugno 1999 nella causa \_\_\_\_\_ - confermata dal TFA con giudizio 13 gennaio 2000 - ha classificato fra gli infortuni di categoria grave, l'incidente della circolazione stradale in cui, a causa di un colpo di sonno, l'assicurato, al volante della propria autovettura, a bordo della quale avevano trovato posto altre 5 persone, ha invaso la corsia di contromano ed è entrato in collisione, ad una velocità di 100/110 km/h, con un camion a rimorchio che viaggiava alla velocità di 80/85 km/h, riuscendo ad arrestarsi soltanto ad una distanza di circa 19 metri dal punto d'impatto. A seguito dell'urto, l'assicurato ha riportato gravi lesioni in diverse parti del corpo. Il figlio dell'assicurato si è anch'esso procurato delle gravi lesioni fisiche. Il cognato dell'interessato, che era seduto sul sedile posteriore sinistro, è deceduto sul luogo dell'incidente. Il TCA ha proceduto ad un'identica classificazione in una sentenza 27 agosto 2001 nella causa I. P. (5) \_\_\_\_\_,

concernente un incidente della circolazione stradale in cui il conducente dell'autovettura sulla quale aveva trovato posto l'assicurata, a seguito di un sorpasso effettuato ad alta velocità - almeno 150 km/h secondo le testimonianze - ha perso la padronanza del veicolo ed è andato a cozzare contro un muro posto sulla sua destra. In ragione della violenza dell'urto, i due occupanti sono stati sbalzati fuori dall'abitacolo e sono finiti sulla carreggiata. L'automobile, dopo l'urto, si è spezzata in due tronconi ed è rimbalsata all'indietro fermanosi sulla corsia di contromano. L'assicurata si è procurata gravi lesioni in diverse parti del corpo (frattura diafisaria trasversa dell'omero destro, frattura ilio-ischiopubica sinistra con dissociazione sacro-iliaca sinistra, rottura del diaframma a sinistra, lesione del plesso ascellare destro e frattura malleolare composta della caviglia destra). Il conducente è invece deceduto sul luogo dell'incidente. Parimenti, nella sentenza 15 dicembre 1994 in re M. I., citata in RAMI 1995 U215, p. 91, il TFA ha classificato nella categoria degli infortuni gravi, l'incidente della circolazione stradale in cui, a causa di una collisione frontale fra due autovetture, l'assicurato/passeggero di una di esse ha subito un grave politrauma (trauma addominale, trauma cranio-cerebrale con commotio cerebri, trauma toracico con fratture multiple di coste a sinistra, importante contusione polmonare, frattura comminuta intrarticolare aperta del piatto tibiale sinistro, sezione dell'arteria radiale a livello dello spazio inter-metacarpale dorsale alla mano destra) ed i suoi due compagni di viaggio sono deceduti. Nella sentenza 4 settembre 2000 in re H. E., questa Corte ha invece giudicato di grado medio al limite della categoria degli infortuni gravi, l'incidente della circolazione stradale, avvenuto sull'autostrada Basilea-Karlsruhe, in cui l'automobile, sulla quale si trovava l'assicurato, ha iniziato una manovra di sorpasso ad una velocità di circa 130 km/h, allorquando la vettura che la precedeva si è, anch'essa, improvvisamente spostata sulla corsia di sorpasso. Onde evitare uno scontro, il conducente ha dapprima sbattuto contro il guardrail di sinistra per poi ritornare sulla carreggiata. A questo punto, egli ha completamente perso la padronanza del veicolo, il quale si è rovesciato sul tetto ed è scivolato trasversalmente sulla carreggiata per circa 200 metri, terminando la propria corsa contro un albero situato sul fondo di una scarpata. A causa del sinistro, l'assicurato ha riportato una distorsione al rachide cervicale nonché un'importante ferita lacero-contusa al cranio, nella zona fronto-parietale. Sua figlia di sei anni - in stato di coma, con uno shock emorragico ed un'instabilità al bacino - è stata intubata sul luogo dell'incidente e trasportata d'urgenza presso l'Ospedale cantonale di \_\_\_\_\_. Qui, i medici - constatate le gravi lesioni riportate ( commotio cerebri, frattura dell'osso pubico destro con lussazione della sinfisi pubica, frattura della tibia destra, ematoma retro-peritoneale su tamponamento della vescica con distacco completo dell'uretra dal collo vescicale, lacerazione completa della parete posteriore della vagina e lacerazione della parete anteriore del retto fino alla muscolaris mucose) - l'hanno sottoposta ad una laparotomia d'urgenza con revisione e sutura dell'uretra, della vagina e del retto nonché stabilizzazione del bacino con posa di un fissatore esterno. Il TFA ha valutato allo stesso modo l'incidente della circolazione stradale, avvenuto all'interno di una galleria, in cui l'automobile sulla quale viaggiava l'assicurata è stata investita da una vettura che aveva invaso la corsia di contromano. Va sottolineato come il coinvolgimento dell'autovettura dell'assicurata abbia avuto luogo soltanto in una seconda fase dell'incidente, cioè dopo che il conducente responsabile si era già scontrato con una precedente auto, il cui conducente è peraltro deceduto. L'assicurata, così come gli altri occupanti, ha riportato molteplici lesioni, segnatamente la rottura del legamento della caviglia destra nonché lo stiramento del "plexus brachialis" (RAMI 1999 U335, p. 207ss.). Alla luce di quanto precede, per ammettere l'esistenza del nesso di causalità adeguata è

sufficiente, secondo la DTF 115 V 140 consid. 6c/bb, la presenza di uno solo dei fattori elencati in precedenza. In concreto - ponendo mente al fatto che, nell'apprezzamento dell'adeguatezza del nesso di causalità in materia di turbe psichiche, vanno considerati unicamente i postumi di natura organica (cfr. RAMI 1999 U341 p. 409 e RAMI 1993 U166, p. 94 consid. 2c e riferimenti) - il principale criterio che potrebbe entrare in considerazione è quello della particolare drammaticità delle circostanze concomitanti all'infortunio. In effetti, attentamente esaminato il contenuto del rapporto di polizia del 27 marzo 1998, non può essere negata una certa drammaticità all'incidente della circolazione in cui \_\_\_\_\_ è rimasto coinvolto, specificatamente per il fatto che quest'ultimo non ha potuto abbandonare immediatamente quel che restava del proprio autocarro, ma ha dovuto attendere l'intervento dei pompieri. Secondo il TCA tale circostanza non basta, di per sé, per poter ammettere l'esistenza di un rapporto di causalità adeguata fra l'evento 27 febbraio 1998 ed il danno alla salute psichica, ciò tanto più che nella documentazione medica agli atti non si fa accenno a sofferenze psichiche che sarebbero in relazione con il fatto d'essere rimasto momentaneamente intrappolato nell'abitacolo del camion (cfr., in questo senso, STFA 29 settembre 1999 in re S. M. c/ INSAI, inedita). Per quel che concerne gli altri criteri di rilievo, le lesioni patite dall'assicurato (frattura della gamba sinistra e del braccio destro) possono sì essere ritenute serie ma certo non gravi e, in particolare, non idonee a provocare un'errata elaborazione psichica. La cura medica delle sequele somatiche dell'infortunio assicurato non è stata anormalmente lunga. Non si può neppure parlare di una cura medica errata che ha notevolmente peggiorato gli esiti del sinistro né di un decorso sfavorevole della cura con rilevanti complicazioni: l'algoneurodistrofia diagnosticata dai medici de l'Hôpital de \_\_\_\_\_ (cfr. doc. \_) si è risolta in tempi brevi, se è vero che la scintigrafia ossea trifasica eseguita nel corso del mese di marzo 1999 ne ha accertato una completa scomparsa (cfr. doc. \_). D'altro canto, l'ipotesi secondo cui il materiale d'osteosintesi potesse spiegare i dolori al ginocchio sinistro (cfr. doc. \_), si è finalmente rivelata infondata (cfr. doc. \_). L'incapacità lavorativa non è stata eccezionalmente lunga, ponendo mente al fatto che \_\_\_\_\_, a fronte delle sole conseguenze organiche dell'evento infortunistico, ha ritrovato una capacità lavorativa parziale (50%) a far tempo dal 6 aprile 1999 e totale a partire dal 3 maggio 1999 (cfr. doc. \_). Infine, anche il criterio dei dolori somatici persistenti non appare soddisfatto. Come precedentemente dimostrato, l'intensità dei disturbi al ginocchio sinistro non ha potuto essere sufficientemente spiegata con dei reperti di natura organica (cfr. consid. 2.5.1.2.). I disturbi alla regione lombo-sacrale, da parte loro, non costituiscono una conseguenza naturale, né diretta né indiretta, dell'infortunio 27 febbraio 1998 e, come tali, non devono essere presi in considerazione nel quadro dell'esame dell'adeguatezza. In simili circostanze occorre concludere che l'infortunio assicurato non ha avuto, secondo il corso ordinario delle cose e l'esperienza della vita, un significato decisivo per l'instaurazione dei disturbi psichici di cui \_\_\_\_\_ soffre: l'adeguatezza del nesso di causalità non può, quindi, venir ammessa. Non è pertanto censurabile il fatto che l'Istituto assicuratore convenuto abbia negato la propria responsabilità a dipendenza delle turbe psichiche lamentate dal ricorrente ed abbia, finalmente, rifiutato d'indennizzare l'incapacità lavorativa che ne deriva.