

TI_GERICHTE 35.2001.25 vom 23. Januar 2001

TI Tribunale d'appello, 2001-01-23, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2001.25

FR: TI_GERICHTE 35.2001.25 du 23 janvier 2001

IT: TI_GERICHTE 35.2001.25 del 23 gennaio 2001

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 3

= SVR 2001 UV 1, p. 1ss.). A differenza degli infortuni che hanno comportato un trauma d'accelerazione al rachide cervicale, per l'apprezzamento della causalità adeguata, in caso di disturbi psicogeni, bisogna differenziare le componenti psichiche da quelle somatiche, giacché solo queste ultime vanno considerate. Deve ancora essere aggiunto che l'applicabilità della giurisprudenza federale in materia di causalità adeguata in caso di trauma d'accelerazione alla colonna cervicale, giusta la quale è irrilevante determinare se i disturbi accusati dall'assicurato siano di natura organica e/o psichica (cfr. DTF 117 V 363 consid. 5d/aa), presuppone che questi disturbi siano a tal punto intrecciati fra loro che "eine Differenzierung angesichts des komplexen und vierschichtigen Beschwerdebildes in heiklen Fällen gelegentlich grosse Schwierigkeiten bereitet" (DTF 117 V 363 consid. 5d/aa). Per applicare questa prassi è dunque necessario che i disturbi psichici siano stati provocati dall'infortunio e che unitamente ai disturbi somatici, anch'essi di natura traumatica, formino un complesso di disturbi psicosomatici difficilmente differenziabili (cfr. SVR 2001 UV 13, p. 47ss. = RAMI 2000 U 397, p. 327ss.). Per contro, il tema dell'esistenza del nesso di causalità adeguata va affrontato alla luce dei principi applicabili nel caso di evoluzione psichica abnorme conseguente ad infortunio (DTF 115 V 133) - e, quindi, non alla luce dei criteri che sono stati sviluppati in materia di colpo di frusta alla colonna cervicale (cfr. DTF 117 V 359) - quando le menomazioni rientranti nel quadro tipico dei postumi di un "colpo di frusta" alla colonna cervicale, ancorché in parte accertate, sono relegate in secondo piano rispetto a marcate turbe psichiche (RAMI 2000 U 397, p. 327ss. , DTF 123 V 98ss. = SVR 1997 UV96, p. 349ss.; STFA 17.3.1995 in re Z., STFA 6.1.1995 pubblicata parz. in RAMI 1995 U 221, p. 177; STFA 9.9.1994 pubblicata parz. in RAMI 1995 U 221, p. 115). 2.9. Nella presente fattispecie, in data 26 marzo 1995, _____ é rimasto coinvolto in un incidente della circolazione stradale. L'assicurato, al volante della propria automobile, si trovava incolonnato su via _____, quando la conducente della vettura che lo seguiva lo ha tamponato. L'autovettura di _____ è quindi stata spinta contro quella che la precedeva. L'assicurato si è immediatamente recato presso il PS dell'Ospedale regionale di _____, dove i sanitari - constatata la presenza di una tensione dolorosa della muscolatura cervicale a destra e toraco-lombare nonché una dolenzia in corrispondenza dell'apofisi spinosa di C7 - hanno diagnosticato un trauma d'accelerazione al rachide cervicale. Essi hanno prescritto l'utilizzo di un collare morbido e l'assunzione di analgesici (cfr. doc. _). Successivamente, il ricorrente è entrato in cura dal proprio medico curante, il dottor _____ di _____, il quale ha proseguito con la

somministrazione di antinfiammatori e antidolorifici (cfr. doc. _). Nel corso del mese di giugno 1995, persistendo la sintomatologia algica soprattutto a livello del collo, egli è stato sottoposto ad una visita di controllo da parte del dottor _____, spec. FMH in ortopedia e chirurgia ortopedica, medico di fiducia della _____. Questa la valutazione contenuta nel relativo rapporto del 6 luglio 1995: " La causalità risulta chiaramente dimostrata dalla dinamica dell'infortunio e dalle lesioni subite. Sorprende tuttavia che 2 1/2 mesi dopo l'accaduto l'assicurato presenta ancora i segni acuti del colpo di frusta cervicale. Ovviamente non è curato a regola d'arte dal momento che finora ha beneficiato di provvedimenti esclusivamente passivi (riposo, collare, pastiglie e pomate) senza terapia fisica. Si osserva anche la presenza di alterazioni degenerative preesistenti all'infortunio che, in una certa misura, ne prolungano il decorso. La discopatia C4-C5 con instabilità marcata non può essersi formata all'occasione del tamponamento automobilistico. Sospettando qualche problema simile a livello lombare a causa della dolenzia (non forte ma anormale) in sede L4-L5 abbiamo fatto anche le radiografie funzionali in questo segmento mettendo in evidenza un'instabilità generalizzata soprattutto L4-L5. Esiste quindi una deficienza qualitativa costituzionale dei dischi intervertebrali da cima in fondo. Tali alterazioni tuttavia devono venir accettate quali antecedenti silenti in quanto non hanno mai provocato disturbi in passato . La situazione risulta grave e preoccupante , con rischio d'invalidità se non si prendono immediatamente tutte le misure necessarie per tentare di migliorarla il meglio possibile. Per ciò si propone il ricovero presso la Clinica _____ o presso la Clinica _____ per terapia riabilitativa intensiva durante almeno 3 settimane. Per intanto l'inabilità lavorativa completa è ancora giustificata " (doc. _). Durante il periodo 11 luglio-3 agosto 1995, _____ è rimasto degente presso la Clinica _____, a scopo riabilitativo. All'entrata, i medici hanno diagnosticato uno stato dopo incidente della circolazione con colpo di frusta cervicale, cefalea occipito-nucale e frontale intermittente, disturbi di attenzione, di concentrazione e labilità emotiva residuale nonché raddrizzamento della colonna cervicale e anterolistesi C5-C6. Dal rapporto d'uscita dell'8 agosto 1995 risulta che, alla dimissione, l'assicurato presentava "... una migliorata mobilitazione del rachide cervicale con scomparsa della cefalea occipito-frontale e dei disturbi di labilità cognitiva ed emotiva correlati" (cfr. doc. _). In data 5 settembre 1995 ha avuto luogo una seconda visita di controllo presso il dottor _____, il quale ha fatto stato della presenza di un "corteo tradizionale dei disturbi da colpo di frusta cervicale": " (...). Nulla sembra esagerato, anzi la correlazione tra le lamentele ed il reperto clinico non desta il sospetto di sovraccarico. Le parestesie accusate alle mani e alla gamba destra potrebbero eventualmente essere di natura respiratoria, cioè legate ad una forma d'iperventilazione con alcalosi nei momenti in cui i dolori non vengono più tollerati. Ovviamente l'assicurato risulta molto preoccupato, dando anche dei segni di stato depressivo reattivo, non riuscendo più a dormire bene e dovendo far fronte non solo ai disturbi cervicali ma soprattutto alle forti cefalee a mò di casco presenti quasi tutta la giornata e accompagnate da una sensazione di nausea, d'ipersensibilità alla luce e a volte anche di offuscamento della vista, in particolare nei momenti di concentrazione, leggendo o parlando con qualcuno. Tutti questi disturbi sono tipici della sindrome da colpo di frusta. Non c'è dubbio che l'ulteriore inabilità lavorativa è ancora pienamente giustificata. Ovviamente è venuto a crearsi un circolo vizioso di tipo "dolore-spasmo-dolore" che si dovrebbe tentare di spezzare in un modo o nell'altro, pena un'invalidità definitiva nonostante la giovane età. Sembra che il medico curante Dr. _____ abbia fatto capire all'assicurato che ormai è giunto al limite delle proprie possibilità. D'altro canto, la

riflessoterapia in corso sulle mani e i piedi difficilmente potrà cambiare gran che dal momento che il disturbo è a livello cerebellare e cervicale anche se le indagini più sofisticate (TAC, RMN, EEG ed eventualmente ENG) molto probabilmente non evidenzieranno nulla di particolare. Ciò appunto è anche caratteristico della sindrome da colpo di frusta " (doc. __, p. 2s.). Seguendo i suggerimenti del medico di fiducia dell'assicuratore LAINF convenuto, il ricorrente si è quindi sottoposto - peraltro senza ottenere un sostanziale miglioramento - a delle sedute di terapia manuale presso il chiropratico dottor _____ e di terapia neurale presso il dottor _____ medesimo (cfr. doc. _). Dal 18 dicembre 1995 al 20 gennaio 1996, l'assicurato ha nuovamente soggiornato presso la Clinica _____ o, dove ha beneficiato di misure fisioterapiche attive e passive. I sanitari hanno riferito, da un lato, di una "... netta diminuzione della contrattura della muscolatura cervicale e dorsale, miglioramento della mobilità del collo con una rotazione di 50° bil. e una lateralizzazione di 2/3 e buona mobilità anche del tronco con DDS 3 cm" e, dall'altro, di una "... persistenza della cefalee occipito-frontale intermittente con dolori pulsanti particolarmente forti nella regione temporo-orbitale associati a dei disturbi tipo ipersensibilità alla luce e difficoltà a leggere (...); inoltre disturbi di labilità cognitiva ed emotiva correlati. Il paziente si presenta depresso, isolato, senza impeto malgrado i nostri sforzi di socializzazione. Abbiamo, pertanto, instaurato un trattamento con Anafranil 10 mg 3 v./die per tutta la degenza" (doc. _). Nel loro referto 26 gennaio 1996, gli specialisti della Clinica _____ hanno inoltre sottolineato l'esistenza di una profonda discrepanza fra i disturbi soggettivamente lamentati da _____ ed i reperti oggettivabili. Essi hanno quindi affermato che, citiamo: "la sintomatologia psichica è attualmente predominante e influenza le sue dolenzie": " All'uscita il paz. presenta una dissociazione clinico-anamnestica senza segni esterni di sofferenza correlazionati ai dolori da lui riferiti; la sintomatologia psichica è attualmente predominante e influenza le sue dolenzie : Si consiglia un tentativo psicoterapeutico " (doc. __, p. 2 - la sottolineatura ed il grassetto sono del redattore). Interrogato dalla _____ a proposito dell'apprezzamento enunciato dai medici di _____, il dottor _____ ha espresso, segnatamente, le considerazioni seguenti: " (...). All'occasione di questo secondo soggiorno presso la Clinica _____ l'assicurato è stato accertato e curato veramente bene, tanto da ritenere che ulteriori terapie fisiche non sono più giustificate. Il decorso tuttavia non è soddisfacente per la persistenza di un corteo di disturbi soggettivi in relazione con uno stato depressivo profondo. È quindi attualmente questo stato che rimane in primo piano e deve venir curato da specialisti del ramo. Si pone tuttavia la domanda di sapere fino a che punto lo stato depressivo può venire considerato una conseguenza diretta o meno del tamponamento posteriore in automobile il 26.03.95. Il punto importante per me risiede nel fatto che grazie alle terapie ad hoc presso la Clinica _____ l'assicurato ha fatto dei progressi enormi per quanto concerne gli aspetti oggettivabili della patologia cervicale. Da questo punto di vista si può ammettere che la guarigione è avvenuta nella misura del ca 75% se non di più e che il lavoro di cameriere potrebbe venir ripristinato immediatamente nella misura del 50% con progressione scalare fino alla misura massima possibile che dovrebbe essere attorno al 100% entro al massimo 2 mesi . Invece i colleghi della Clinica _____ attestano un'inabilità lavorativa ancora completa dopo la dimissione, ovviamente imputabile solo a fattori psichici. Il tipo di infortunio subito non costituisce tuttavia un evento traumatico particolarmente tragico, mutilante o tale da aver provocato un cosiddetto spavento intenso che potrebbe eventualmente giustificare una depressione reattiva. Ma non è escluso che l'intensità e la persistenza dei dolori possano provocare, in un soggetto particolarmente

sensibile e neurolabile, una percezione alterata della realtà con fissazione su dei disturbi difficilmente oggettivabili. Comunque dubito che un tale stato possa svilupparsi in un soggetto normalmente equilibrato" (doc. _ - la sottolineatura è del redattore). Nell'aprile 1996, _____ è stato periziato, per conto dell'assicuratore infortuni, dal dottor _____, spec. FMH in neurologia, il quale - analogamente ai sanitari della Clinica _____ - ha indicato che i disturbi lamentati hanno un carattere funzionale, ossia senza un sostrato organico oggettivabile: " VALUTAZIONE : lo stato neurologico, neuropsicologico, l'EEG, l'Ultrasonografia Doppler dei vasi a destinazione cerebrale, la MRI cervicale, si sono rivelati tutti perfettamente normali. Si tratta di un paziente altrimenti in buona salute che dopo un colpo di frusta cervicale in seguito ad un tamponamento da posteriori, senza trauma cranico, senza segni di commozione cerebrale, ha sviluppato una sindrome tendomiocitica diffusa, associata ad una reazione psicoastenica con manifestazioni dal carattere isteriforme, si è rinchiuso in sé stesso, non pratica più alcuna attività, dopo un anno dall'evento malgrado una fisioterapia sicuramente adeguata. Presenza di cefalee piuttosto di tipo tensivo. Penso che dal punto di vista organico si possa escludere una lesione, si tratta di disturbi in buona parte funzionali con reazione psicogena estremamente importante, sicuramente inadeguata al trauma ed alla situazione . Dal punto di vista strettamente neurologico ed anche ortopedico il paziente è abile al lavoro nella misura del 100% . Si potrebbe eventualmente tentare un trattamento con betabloccanti (Inderal 2x10 fino a 120 mg al dì o Lopresor OROS mite 95 mg 1 al mattino), associando un antidepressivo di tipo Surmontil gocce 15-30 alla sera, eventualmente aumentandone la dose. Il paziente dovrebbe essere reinserito nella professione il più rapidamente possibile onde evitare un peggioramento della situazione già troppo protratta nel tempo (normalmente si concedono disturbi post-traumatici fino a 6 mesi dopo l'evento). Se non si riuscisse un inserimento professionale bisognerebbe eventualmente chiedere l'avviso di uno psichiatra " (doc. _ - la sottolineatura è del redattore). Nel marzo 1996, la _____ ha ordinato l'allestimento di una perizia specialistica da parte della _____ für neurologische Rehabilitation di _____, istituto di cura presso il quale l'assicurato è rimasto degente durante il periodo 7-21 maggio 1996. In questo ambito, _____ è stato valutato dal profilo neurologico, neuropsicologico e psichiatrico (quest'ultima valutazione a cura degli specialisti del Psychiatriezentrum _____ - cfr. doc. _). I sanitari hanno posto la diagnosi seguente: " HWS-Distorsionstrauma durch Autounfall vom 26.03.1995 mit/bei: - chronischem zerviko-zephalen Schmerzsyndrom - durch die Schmerzsymptomatik bedingte neuropsychologische Defizite in den Bereichen Aufmerksamkeit und Gedächtnis - reaktives, depressiv gefärbtes Zustandsbild mit Isolations- und Rückzugstendenz (ICD 10 Nr. F32.1) " (doc. _, p. 28). I periti hanno affermato che i summenzionati disturbi si trovano, secondo il criterio della verosimiglianza preponderante, in una relazione di causalità naturale con l'infortunio assicurato (fatta eccezione per le alterazioni degenerative esistenti a livello del rachide cervicale, preesistenti - cfr. doc. _, p. 30) e che, d'altra parte, dagli accertamenti eseguiti non risulta alcuna indicazione di aggravamento, simulazione o dissimulazione: " Das von Herrn _____ gezeigte Beschwerdebild mit einem ausgeprägten zerviko-zephalen Schmerzsyndrom ist häufig nach HWS-Distorsionstraumen anzutreffen. Durch den Unfall vom 26. März 1995 ist es zu einer Hyperextension der HWS ohne augenscheinlichen Kopfanprall gekommen. Der nachfolgende Aufprall auf das vor ihm fahrende Fahrzeug war von geringfügiger Intensität, ohne Schäden an den Fahrzeugen zu verursachen, und hat in der Unfalldynamik keinen Stellenwert. Die genauen Ursachen, die zu der Schmerzentwicklung nach HWS-

Distorsionstraumen führen können, sind noch nicht endgültig geklärt. Mehrere Faktoren werden diskutiert: Stauchung einzelner Wirbelgelenke, Kapselzerrung, Überdehnungen von Bändern, Überdehnungen und Teilüberreissungen muskulärer Strukturen, Bildung von Oedemen oder Hämatomen die zur Aktivierung von Rezeptoren, Nocirezeptoren und Schmerzfasern führen können. Die, in den radiologischen Untersuchungen vom 26. März und 19. Juni 1995 festgestellten diskreten degenerativen Veränderungen der HWS sind als Vorzustand einzustufen. Neben der chronischen Schmerzsymptomatik besteht, wie im psychiatrischen Zusatzgutachten beschrieben, eine intrapsychische Verarbeitung der Unfallfolgen, die von neurotischen Abwehrmechanismen geprägt ist. Diese äussern sich nach aussen in Form einer eindeutigen Regression mit depressivem Zustandsbild, ausserdem werden sie in unbewusster Weise zum Verdrängen von Angst und zur Bewältigung der veränderten Situation aufrecht erhalten. Der intrapsychische Konflikt ruht dabei auf der Unvereinbarkeit von Streben und der Autonomie auf der einen Seite und dem Erleben der körperlichen Bindung auf der anderen Seite und somit zu einer massiven Frustration. Ausserdem entsprechen die persistierenden Schmerzen einer chronifizierten Traumatisierung mit Ausbildung von Angstgefühlen. Aus diesen Mechanismen resultiert das reaktiv depressiv gefärbte Zustandsbild, einhergehend mit einer Isolations- und Rückzugstendenz des Patienten. Der Unfall vom 26. März 1995 wird mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als kausal für die erhobenen Diagnosen angesehen. Vor dem Unfall hat der Proband über keinerlei Beschwerden seitens der HWS geklagt, auch wenn die radiologisch objektivierbaren degenerativen Veränderungen der HWS mit überwiegender Wahrscheinlichkeit schon vor dem Unfall bestanden haben. Hierbei ist anzumerken, dass nach wissenschaftlichen Erkenntnissen die Korrelation zwischen Wirbelsäulenbeschwerden und nachgewiesenen degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule nur sehr gering ist. Weiterhin zeigte sich Herr _____ vor dem Unfall psychosozial stabil, lebensstüchtig und leistungsorientiert. Es kann davon ausgegangen werden, dass prätraumatisch weder eine manifeste neurotische Persönlichkeitsstörung noch eine psychische Erkrankung vorbestanden haben, so dass der Unfall vom 26. März 1995 mit der daraus resultierenden Schmerzsymptomatik als Auslöser für das reaktive depressive Zustandsbild gelten müssten. Die Alltagsrelevanz der vom Probanden gezeigten Beschwerden ist eindrücklich. Seit dem Unfallereignis ist Herr _____ arbeitsunfähig und mittlerweile ist es zu einem fast vollständigen sozialen Rückzug gekommen. Er verbringt seinen Alltag praktisch gänzlich zu Hause bei seinen Eltern, aber auch hier isoliert sich der Proband, indem er sich vor allem in sein Zimmer zurück zieht. Auch zu Hause verrichtet Herr _____ keine Tätigkeiten mehr." (doc. _)

Queste invece le considerazioni espresse dai medici della Clinica di neuroriabilitazione di _____ a proposito del prosieguo terapeutico: " ad 15 È stato raggiunto lo stato finale? Se no, quali altre misure terapeutiche proponete? Quando sarà possibile prendere posizione in merito alla stabilizzazione dello stato di salute? Se la fissazione sulle conseguenze dell'infortunio dovesse persistere, la prognosi del signor _____ deve essere valutata non favorevole. Ciò nonostante, riteniamo che lo stato finale non sia ancora stato raggiunto. In questo giovane paziente di 24 anni non si dovrebbe trascurare nulla per cercare di ottenere un miglioramento della sintomatologia del dolore e della reazione depressiva, nonché per permettere al paziente di riacquistare la capacità lavorativa e di uscire dall'isolamento sociale. Dal punto di vista terapeutico, proponiamo un aumento sensibile dei farmaci antidepressivi, accompagnati da fisioterapia locale e da tecniche di massaggio puntuali. Riteniamo inoltre che sia particolarmente importante un trattamento psicoterapeutico. Al momento questa forma terapeutica non è praticamente

proponibile al paziente, a causa della fissazione su una origine somatica dei disturbi. A questo proposito. Sarebbe auspicabile la sensibilizzazione sulla necessità di un trattamento psicoterapeutico da parte di una persona di fiducia. Se il paziente dovesse decidersi a seguire i trattamenti summenzionati, occorre prevedere una durata terapeutica piuttosto lunga (almeno 18 mesi). Soltanto al termine di questa terapia, si potrà prendere posizione sullo stato finale " (doc. __, p. 5 - traduzione in italiano della perizia 7.12.1996) e, infine, riguardo all'esigibilità lavorativa: " ad. 19 Quali lavori si possono ancora pretendere dal signor _____? In quale misura? Attualmente, in quali attività in generale e in quale misura è limitato il signor _____? Attualmente, il signor _____ è inabile al 100%. Questa incapacità lavorativa è causata dalla sintomatologia del dolore cronica e dalla fissazione sulle conseguenze dell'infortunio, accompagnate da uno stato depressivo reattivo e da una tendenza all'isolamento ed al ripiego su se stesso. Dal punto di vista puramente somatico, non ci sono indicazioni che permettano di affermare che sostanzialmente non è più possibile l'esercizio della professione di meccanico o di cameriere. ad. 20 Sussiste la possibilità di un'assuefazione e/o di un adattamento e quindi di un futuro miglioramento della capacità lavorativa? In quali tempi? In quale misura? In presenza di una fissazione immutata sulle conseguenze dell'infortunio, una reintegrazione nel mondo del lavoro è piuttosto improbabile. Solo con l'applicazione delle misure di trattamento proposte è possibile valutare se si potrà risolvere il problema della fissazione. Ammesso che ciò riesca, in data odierna non possiamo prevedere in quale misura il paziente riacquisterà la capacità lavorativa " (doc. __, p. 6-7 - traduzione in italiano della perizia 7.12.1996). Dalla documentazione all'inserto risulta che _____ è effettivamente entrato in cura presso il dottor _____, specialista in psichiatria presso l'Ospedale di _____, il quale ha diagnosticato un disturbo depressivo maggiore grave (ICD 10 - F 32.2) e predisposto un trattamento integrato (psicoterapia individuale e psicofarmacologia - cfr. doc. __). Da notare che il medico curante dell'assicurato, il dottor _____, in data 23 maggio 1997, ha sottolineato la scarsa collaborazione del suo paziente (cfr. doc. __: "Paziente non molto collaborante, in attesa di risposte"), mentre che, con il certificato datato 26 agosto 1997, egli ha riferito che, anormalmente, la terapia psichiatrica non aveva portato ad un miglioramento evidente (cfr. doc. __: "Possibilità di risultati della terapia psichiatrica anche se anormalmente non si è avuto un miglioramento evidente"). Dal 20 gennaio al 3 marzo 1999, il ricorrente è rimasto ospedalizzato presso il Centro di riabilitazione di _____, dove è stato sottoposto a dei trattamenti pluridisciplinari. Questo, in particolare, il contenuto del rapporto d'uscita del 6 aprile 1999: " (...). Zusammenfassend lagen die therapeutischen Hauptziele in der Verbesserung der psychophysischen Belastbarkeit sowie in einer besseren Akzeptanz und Verarbeitung der Unfallfolgen. Durch die erwähnten therapeutischen Massnahmen konnte eine geringgradige Beeinflussung von Beschwerden und Befunden erreicht werden. Bezüglich der Instabilität im Segment C4/5, die in den Funktionsaufnahmen vom 19.6.1995 offensichtlich wurde und durch eine Kontrollaufnahme bei uns bestätigt werden konnte, gelangte der Patient mit der Frage nach einer Operation und deren Prognose und Risiken an uns. PD Dr. med. _____ riet dem Patienten von dieser Operation ab, da seine Schmerzsymptomatik keine Korrelation zu dem Instabilen Segment zeigt. Ausserdem würde eine solche Operation sehr wahrscheinlich keine positiven Einfluss auf eine Kopfschmerzen haben. Wir empfahlen Herrn _____ eine konsequente medikamentöse Schmerztherapie und begannen diese mit Tramal. Hierdurch konnte eine leichte Schmerzreduktion erreicht werden. Unseres Erachtens ist die bestehende erhebliche Beschwerdesymptomatik Ausdruck eines nahezu erreichten

Endzustandes. Auch durch eine Operation lässt sich unseres Erachtens keine wesentliche Verbesserung des Beschwerdezustandes erreichen, allein eine medikamentöse Therapie, ein gutes Coping und erhöhte Akzeptanz des Patienten könnten eine leichte Verbesserung seiner Beschwerden bewirken. So gesehen scheint eine berufliche Reintegration zur Zeit nicht realisierbar zu sein " (doc. _). In data 23 marzo 2000, il dottor _____ ha certificato un'abilità lavorativa del 25% a contare dal 24 marzo 2000 (cfr. doc. _ e allegati). Nel quadro della procedura d'opposizione, _____ ha prodotto la relazione medica 14 giugno 2000 del dottor _____, spec. FMH in chirurgia, il quale ha essenzialmente ribadito la chiara eziologia traumatica dei disturbi lamentati dall'assicurato: " (...). Si tratta di un paziente di 28 anni in buone condizioni generali che nel 1995 subì un trauma distorsivo della colonna cervicale dopo tamponamento dal retro. Furono effettuate terapie multiple con scarso successo a parte un miglioramento solo passeggero con la Neuralterapia. Il signor _____ non è un simulante ed i disturbi lamentati sono credibili anche se non tutti oggettivabili. Disgraziatamente ci troviamo di fronte ad un caso molto sfavorevole ed inquietante con un grande rischio di invalidità. Convivendo sempre con sindrome dolorosa ed afflitto dall'impossibilità di lavorare, è umano l'installarsi di un quadro tendente alla depressione, all'isolazione, alla frustrazione ed all'introversione. Orami sono passati 5 anni dall'infortunio, i disturbi si sono cronicizzati e non penso che attualmente si possa sperare ad una restitutio ad integrum. In ogni caso però bisognerà cercare di alleviare per quanto sia possibile, i dolori che lo affliggono. Per quanto concerne la causalità penso che non vi siano dubbi, come anche certificato dai medici della clinica di _____: si tratta di una conseguenza dell'infortunio avvenuto nel 1995 " (doc. _ - la sottolineatura è del redattore). Analoghe indicazioni si ritrovano, del resto, nel certificato del 12 aprile 2001 allestito sempre dal dottor _____ (cfr. doc. _). 2.10. Una attenta valutazione della documentazione medica agli atti permette di affermare che nessuno degli specialisti che hanno avuto modo, man mano, di visitare _____, é riuscito ad oggettivare delle lesioni strutturali di carattere post-traumatico, suscettibili di spiegare la sintomatologia accusata dall'assicurato. L'instabilità segmentale C4/5 a cui si fa riferimento nel rapporto d'uscita 6 aprile 1999 della _____ (cfr. doc. _, p. 5), va ritenuta preesistente all'infortunio assicurato, così come risulta dalla perizia 7 dicembre 1996 della _____ für neurologische Rehabilitation di _____ (cfr. doc. _, p. 29: "Die, in den radiologischen Untersuchungen vom 26.März und 19. Juni 1995 festgestellten diskreten degenerativen Veränderungen der HWS, sind als Vorzustand einzustufen" - la sottolineatura è del redattore) Il TCA si trova, pertanto, confrontato ad un caso in cui i disturbi avvertiti dall'insorgente non hanno potuto trovare una sufficiente correlazione sul piano oggettivo. Normalmente, in casi del genere, la decisione non potrà che essere sfavorevole all'interessato, nella misura in cui, non essendo stata individuata, sul piano medico-scientifico, l'origine dei disturbi, il giudice delle assicurazioni sociali - a maggior ragione - non può riconoscere l'esistenza di una relazione di causalità naturale con l'evento traumatico assicurato (cfr., in questo senso, U. Meyer-Blaser, op. cit., 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"). Con la giurisprudenza inaugurata con la nota sentenza S. (cfr. consid. 2.6.), il TFA si é, tuttavia, scostato dal summenzionato principio, quando si é in

presenza di un "colpo di frusta" alla colonna cervicale (idem per quel che riguarda i traumi equivalenti - cfr. SVR 1995 UV23, p. 67 consid. 2). Al proposito, la nostra Corte federale ha ricordato che il fatto che in molti casi i disturbi tipici del "colpo di frusta" non siano oggettivabili mediante gli attuali mezzi tecnici, non deve spingere a qualificarli di puri disturbi soggettivi e, pertanto, a negare ogni loro rilevanza nell'ambito dell'assicurazione contro gli infortuni. 2.11. In casu, questa Corte può ammettere che _____, in occasione dell'incidente della circolazione del 26 marzo 1995, ha riportato una distorsione alla colonna cervicale secondo un meccanismo del tipo "colpo di frusta". Questa circostanza emerge, fra l'altro, dalla perizia del 7 dicembre 1996 della _____ für neurologische Rehabilitation di _____, i cui specialisti hanno esplicitamente indicato che a causa del noto tamponamento, il ricorrente ha accusato una distorsione cervicale in iperestensione, senza contusione del capo (cfr. doc. __, p. 28: "Durch den Unfall vom 26. März 1995 ist es zu einer Hyperextension der HWS ohne augenscheinlichen Kopfanprall gekommen"; cfr., pure, la perizia 7 marzo 2001 del dottor _____, già _____ del Reparto di neurochirurgia dell'Ospedale cantonale di _____, ordinata dal TCA nel quadro della causa Z., inc. 35.2000.3, in cui si afferma che il movimento di iperestensione, senza contusione del capo, è tipico di un trauma d'accelerazione. Il successivo movimento all'indietro è per contro irrilevante). Alla luce soprattutto del summenzionato referto peritale della Clinica di neuroriabilitazione di _____, va inoltre ammesso che i disturbi di cui soffre _____ costituiscono una naturale conseguenza dell'evento traumatico del marzo 1995 (cfr. doc. __, p. 29: "Der Unfall vom 26. März 1995 wird mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als kausal für die erhobenen Diagnosen angesehen"; cfr., pure, la risposta fornita al quesito n. 17). L'esistenza di un nesso di causalità naturale con l'infortunio assicurato, non è d'altronde mai stata messa in dubbio dall'assicuratore LAINF convenuto. 2.12. L'esistenza di un rapporto di causalità naturale non è comunque sufficiente per impegnare la responsabilità della _____. In effetti, si tratta ancora di esaminare l'adeguatezza del legame causale fra i disturbi di cui è portatore l'assicurato e l'evento infortunistico del 26 marzo 1995. Trattandosi di una questione di natura meramente giuridica e visto che il nesso di causalità naturale è stato ammesso (cfr. consid. 2.11.), lo scrivente TCA può dunque rinunciare ad ordinare la perizia medica giudiziaria più volte richiesta dal ricorrente. Preliminarmente, vanno qui richiamati i principi giurisprudenziali evocati al considerando 2.8. in fine. Sulla scorta della documentazione medica presente all'inserto e dei dettami giurisprudenziali suevocati, lo scrivente TCA ritiene che le turbe psichiche accusate da _____ si trovano in primo piano rispetto ai disturbi rientranti nel quadro clinico tipico di un trauma distorsivo al rachide cervicale. Nella presente fattispecie, si è infatti assistito ad una progressiva sovrapposizione di disturbi di natura psichica, i quali hanno viepiù assunto un ruolo predominante per rapporto ai restanti disturbi. A questo proposito, va osservato che già gli specialisti della Clinica di riabilitazione _____, in occasione della degenza 18 dicembre 1995-20 gennaio 1996, hanno affermato che la sintomatologia psichica appariva predominante e che influenzava negativamente i disturbi organici (cfr. doc. __: "All'uscita il paz. presenta una dissociazione clinico-anamnestica senza segni esterni di sofferenze correlazionati ai dolori da lui riferiti; la sintomatologia psichica è attualmente predominante e influenza le sue dolenzie. Si consiglia un tentativo psicoterapeutico"). La presenza di un chiaro sovraccarico psicogeno è poi stata espressamente riconosciuta dal neurologo dottor _____, autore del rapporto datato 22 aprile 1996 (cfr. doc. __: "Si tratta di un paziente altrimenti in buona salute che dopo un colpo di frusta cervicale in seguito ad un tamponamento da posteriori, senza trauma

cranico, senza segni di commozione cerebrale, ha sviluppato una sindrome tendomiocica diffusa, associata ad una reazione psicoastenica con manifestazioni dal carattere isteriforme, si è rinchiuso in se stesso, non pratica più alcuna attività, dopo un anno dall'evento malgrado una fisioterapia sicuramente adeguata. Presenza di cefalee piuttosto di tipo tensivo. Penso che dal punto di vista organico si possa escludere una lesione, si tratta di disturbi in buona parte funzionali con reazione psicogena estremamente importante, sicuramente inadeguata al trauma ed alla situazione. Dal punto di vista strettamente neurologico ed anche ortopedico il paziente è abile al lavoro nella misura del 100% - la sottolineatura è del redattore). Delle indicazioni in questo senso emergono anche dalla perizia 7 dicembre 1996 allestita dalla _____ für neurologische Rehabilitation di _____. Da un canto, gli specialisti vallesani - nel discutere l'ulteriore approccio terapeutico - hanno ritenuto indicato aumentare sensibilmente la somministrazione di farmaci antidepressivi (accompagnata da puntuali provvedimenti fisioterapici), nonché, soprattutto, iniziare un trattamento psicoterapeutico, misura quest'ultima considerata comunque poco promettente in ragione della presenza di una fissazione da parte dell'insorgente sulle conseguenze somatiche dell'infortunio: " Aus therapeutischen Sicht schlagen wir eine deutliche Erhöhung der antidepressiven Medikation, einhergehend mit lokaler Physiotherapie und gezielten Massagetechniken vor. Von äusserster Wichtigkeit wäre auch eine gleichzeitige psychotherapeutische Behandlung. Dieser Therapieform ist der Proband zur Zeit aber aufgrund eines primär somatischen Krankheitsverständnisses kaum zugänglich" (cfr. doc. __, p. 35). Le modalità secondo cui si è instaurata questa patologia psichica, sono ben illustrate nella perizia psichiatrica 24 ottobre 1996 del Psychiatriezentrum _____: " Nella sua personalità primaria, il paziente presenta una struttura semplice, è introverso, inibito a livello aggressivo, con uno stretto legame con la famiglia d'origine. Fino all'incidente, era stabile sul piano psicosociale, volenteroso ed efficiente. Si può dedurre che prima del trauma non sussistesse né un disturbo della personalità neurotico manifesto né un'affezione psichica. A livello anamnestico troviamo unicamente indicazioni che permettono di dedurre che il paziente evitava le situazioni conflittuali e, in caso di conflitto, si ritirava nella sua famiglia d'origine. Dopo l'incidente della circolazione _____, è intervenuta una chiara rottura nella linea di vita del paziente. L'elaborazione intrapsichica delle conseguenze dell'infortunio è caratterizzata da meccanismi di difesa neurotici che si manifestano verso l'esterno sotto forma di una regressione impressionante con stato depressivo. Tale atteggiamento viene mantenuto inconsciamente per potere reprimere la paura e per fare fronte al proprio quadro mutato. Il conflitto intrapsichico si basa sull'incompatibilità tra l'aspirazione all'integrazione ed all'autonomia da un lato e il fatto di vivere il suo handicap fisico dall'altro. La conseguenza di questa incompatibilità è una grande frustrazione. I dolori persistenti riflettono inoltre un traumatismo cronicizzato con formazione di sensi di paura. Il paziente deve difendersi da questi due fenomeni - frustrazione e paura - con meccanismi neurotici. In primo piano, troviamo una regressione impressionante che - tuttavia ad un prezzo elevato - garantisce questa difesa. Questa forma di elaborazione disfunzionale del trauma (coping) può essere mantenuta soltanto se, nell'ambito della regressione, le funzioni dell' "io" vengono assunte da partner di interazione (nel nostro caso i genitori). Nel paziente non sussistono indicazioni di una tendenza all'aggravamento o alla rivendicazione. I disturbi da lui lamentati sono oggettivabili e credibili. A causa di un'interpretazione somatica primaria della malattia, le misure terapeutiche possono avere successo in particolare in questo campo. Sul piano psicoterapeutico, a causa della struttura della sua personalità e dei meccanismi di difesa

instauratisi, egli non è disponibile per un'analisi. Per contro, ci sembra sensato proseguire il trattamento antidepressivo iniziato, aumentando il dosaggio. In data odierna il paziente è da considerare inabile al lavoro al 100%. Un eventuale reinserimento nel mondo del lavoro non è possibile fin tanto che persisterà la fissazione sulle conseguenze dell'infortunio " (doc. __ - traduzione in italiano della perizia 24.10.1996). D'altro canto, nell'affrontare la questione della reintegrazione professionale, i sanitari della Clinica di neuroriabilitazione di _____ hanno manifestato il parere secondo cui - da un mero profilo somatico e neuropsicologico (cfr. doc. __, risposta al quesito n. 19 in fine: "Aus rein somatischer und neuropsychologischer Sicht ...") - non vi sono indizi che permettano di concludere che _____ non sarebbe più in grado di esercitare l'attività di meccanico oppure quella di cameriere. Nondimeno - a causa della nota fissazione sulle conseguenze organiche dell'infortunio - una sua reintegrazione nel mondo del lavoro appare difficilmente raggiungibile (cfr. doc. __, risposta al quesito n. 20: "Bei einer gleichbleibenden Fixierung auf die Unfallfolgen ist eine Reintegration in die Arbeitswelt kaum mehr zu erreichen"). In simili condizioni, come visto al consid. 2.7. in fine, la valutazione dell'adeguatezza del legame causale non va eseguita in applicazione della giurisprudenza vigente in materia di trauma d'accelerazione alla colonna cervicale (cfr. DTF 117 V 359 e 123 V 99 consid. 2a), bensì dal profilo di un'elaborazione psichica abnorme dopo infortunio (DTF 115 V 135ss.).

2.13. Occorre, avantutto, procedere alla classificazione dell'infortunio occorso all'insorgente. Sulla scorta della dinamica dell'evento e delle lesioni riportate, l'infortunio occorso a _____ non può essere classificato né fra quelli leggeri ma neppure fra quelli gravi. Si tratta, tutt'al più, di un infortunio di grado medio al limite della categoria degli infortuni leggeri o insignificanti. L'assicurato è rimasto coinvolto in un incidente della circolazione stradale fra i più banali: dalle tavole processuali emerge, infatti, che il veicolo su cui viaggiava, una _____, era fermo in colonna, quando è stato tamponato dalla conducente della vettura che lo seguiva, una _____. L'autovettura di _____ è quindi stata spinta contro quella che la precedeva. La vettura del ricorrente ha riportato danni materiali tutto sommato assai contenuti (la struttura portante non è stata toccata). Questi danni hanno interessato soprattutto la sua parte posteriore. Così come risulta dalla documentazione fotografica presente nell'incarto della _____, la parte anteriore è stata solo leggermente danneggiata. D'altra parte, se _____ ha liquidato il sinistro come "danno totale", ciò è avvenuto in ragione piuttosto della vetustà del veicolo di proprietà dell'assicurato (cfr. la perizia d'autoveicoli 4 aprile 1995 presente nell'incarto dell'_____). Tale valutazione è conforme ad una ormai affermata prassi federale (cfr. STFA del 21 giugno 1999 nella causa E., U 128/98 e riferimenti ivi menzionati, in cui la nostra Corte federale ha ricordato di avere deciso proprio in questo senso, trattandosi di collisioni analoghe avvenute in prossimità di un semaforo oppure di un passaggio pedonale). Il giudice è quindi tenuto a valutare le circostanze connesse con l'infortunio, secondo i criteri elaborati dal TFA e qui evocati al consid. 2.5.. Per ammettere l'adeguatezza sarebbe, pertanto, necessaria, alternativamente, la presenza, cumulativamente, di tutti i fattori elencati o la particolare intensità dei fattori effettivamente intervenuti. Va preliminarmente sottolineato 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). Né l'incidente della circolazione stradale del 26 marzo 1995 si è svolto secondo circostanze concomitanti particolarmente drammatiche o spettacolari né il ricorrente ha riportato delle lesioni particolarmente gravi (cfr. STFA del 21 giugno 1999

succitata, in cui il TFA ha espressamente negato la realizzazione di quest'ultimo criterio di rilievo, trattandosi di un assicurato che aveva riportato un trauma d'accelerazione al rachide cervicale a causa di un incidente della circolazione stradale; cfr., sempre nello stesso senso, la STFA del 31 maggio 2001 nella causa W., U 190/00). D'altra parte, questa Corte ritiene che non si possa parlare né di una durata eccezionalmente lunga della cura medica né di rilevanti complicazioni né, tantomeno, di un trattamento medico errato che ha notevolmente aggravato gli esiti dell'evento traumatico, ricordato, una volta ancora, che vanno considerati soltanto i disturbi somatici (cfr. giurisprudenza succitata). Si constata, segnatamente, che - già a distanza di circa 9 mesi dall'evento traumatico, precisamente in occasione della degenza 18 dicembre 1995-20 gennaio 1996 - i sanitari della Clinica _____ hanno avuto modo d'appurare che la sintomatologia algica accusata da _____ era influenzata da disturbi di natura psichica, tanto è vero che, alla dimissione, essi hanno prescritto la somministrazione di un antidepressivo (Anafranil) e suggerito un tentativo psicoterapeutico (cfr. doc. __, p. 2). Ad una identica conclusione è pervenuto il dottor _____, spec. FMH in neurologia, il quale ha indicato che l'insorgente lamentava dei, citiamo: "... disturbi in buona parte funzionali con reazione psicogena estremamente importante, sicuramente inadeguata al trauma ed alla situazione". Dal punto di vista terapeutico, il suddetto neurologo si è altresì limitato a prescrivere l'assunzione di un betabloccante (Inderal) e di un antidepressivo (Surmontil). Da notare ancora che il dottor _____ - tenuto conto dei soli postumi organici - ha giudicato _____ senz'altro in grado di riprendere un'attività lavorativa (cfr. doc. __, p. 4). Analoghe indicazioni si ritrovano nella perizia del 7 dicembre 1996 della _____ für neurologische Rehabilitation di _____, i cui sanitari hanno specialmente posto in luce l'esistenza di una fissazione da parte dell'insorgente sulle conseguenze somatiche dell'infortunio del marzo 1995, affezione che ha contribuito tanto al mantenimento della sintomatologia dolorifica quanto all'insuccesso della cura psichiatrica. In questo ordine d'idee, non può essere ignorata la circostanza che gli specialisti _____, all'uscita dalla clinica, hanno raccomandato all'assicurato di aumentare sensibilmente il dosaggio di farmaci antidepressivi e, soprattutto, d'iniziare un trattamento psicoterapeutico, misura quest'ultima considerata però difficilmente praticabile proprio a causa della nota fissazione sulle conseguenze somatiche dell'infortunio (cfr. doc. __, p. 35: "Aus therapeutischen Sicht schlagen wir eine deutliche Erhöhung der antidepressiven Medikation, einhergehend mit lokaler Physiotherapie und gezielten Massagetechniken vor. Von äusserster Wichtigkeit wäre auch eine gleichzeitige psychotherapeutische Behandlung. Dieser Therapieform ist der Proband zur Zeit aber aufgrund eines primär somatischen Krankheitsverständnisses kaum zugänglich"). Si è quindi assistito allo sviluppo di un'importante discrepanza fra lo stato soggettivo ed i reperti effettivamente oggettivabili, discrepanza verosimilmente da attribuire ad un progressivo sovraccarico psicogeno (cfr. al riguardo, il doc. __), sicché i provvedimenti terapeutici applicati a _____, in realtà, non erano ben presto più (o, nella migliore delle ipotesi, lo erano soltanto in parte) destinati a curare dei disturbi puramente somatici, conseguenze dell'evento infortunistico del marzo 1995 e, come tali, non possono essere presi in considerazione nella valutazione dell'adeguatezza del nesso di causalità. Visto quanto precede, questo Tribunale non può ritenere realizzato nemmeno il criterio del grado e della durata dell'incapacità lavorativa dovuta ai soli esiti somatici dell'infortunio assicurato. Da notare, al riguardo, che il dottor _____, in data 15 febbraio 1996, ha affermato che, citiamo: "... il lavoro di cameriere potrebbe venir ripristinato immediatamente nella misura del 50% con progressione scalare fino alla misura massima possibile che dovrebbe essere attorno al 100% entro al massimo 2

mesi. Invece i colleghi della Clinica _____ attestano un'inabilità lavorativa ancora completa dopo la dimissione, ovviamente imputabile solo a fattori psichici" (doc. _), tesi condivisa pure dal dottor _____, neurologo, il quale, in occasione della visita peritale del 28 febbraio 1996, ha sostenuto che "dal punto di vista strettamente neurologico ed anche ortopedico il paziente è abile al lavoro nella misura del 100%" (cfr. doc. _, p. 4 - la sottolineatura è del redattore). D'altronde, anche gli specialisti della Clinica di neuroriabilitazione di _____ si sono espressi in questo senso, dichiarando che - da un punto di vista somatico e neuropsicologico - non vi sono elementi che permettano di concludere che _____ non sarebbe più in grado di esercitare l'attività di meccanico oppure quella di cameriere (cfr. doc. _, risposta al quesito n. 19). Infine, sapere se il criterio dei dolori somatici persistenti sia o meno soddisfatto non è qui determinante, siccome questo criterio, da solo, non sarebbe comunque sufficiente per ammettere l'adeguatezza della relazione di causalità fra l'evento del 26 marzo 1995 e le turbe psicogene accusate dall'insorgente. In una sentenza del 12 maggio 2000 nella causa F., U 339/98, il TFA ha precisato che, in presenza di un evento infortunistico di grado medio al limite della categoria inferiore, per riconoscere l'esistenza di un legame causale adeguato è sufficiente, ma pure necessario, che tre criteri di rilievo siano soddisfatti con una certa intensità (cfr., pure, M. Frésard, L'assurance-accidents obligatoire, in SBVR, n. 41 p. 18). In ogni caso, va sottolineato il fatto che i disturbi somatici accusati dal ricorrente sono chiaramente influenzati dalla problematica esistente a livello psichico. Se ne deduce che l'infortunio del 26 marzo 1995 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 _____ è sofferente: l'adeguatezza del nesso di causalità non può, quindi, venire ammessa. A mente di questa Corte, la documentazione versata agli atti dimostra che i presupposti per negare l'esistenza di un nesso di causalità adeguata erano già dati il 4 marzo 1998 (e cioè a quasi tre anni dall'infortunio), momento a partire dal quale la _____ ha negato il proprio obbligo contributivo (seppure per delle ragioni differenti, cfr. consid. 2.1.). Pertanto - ricordato come l'esistenza di un nesso di causalità naturale ed adeguata costituisca un presupposto necessario per fondare il diritto alle prestazioni, a prescindere dalla loro natura - nella misura in cui l'assicuratore LAINF convenuto ha dichiarato estinto il diritto dell'insorgente alle prestazioni assicurative a partire dal 4 marzo 1998, l'impugnata decisione su opposizione non presta il fianco ad alcuna censura. 2.14. Giusta l'art. 52 cpv. 1 LAINF, le prestazioni indebitamente ottenute vanno restituite. Conformemente ad un principio generale valido per il diritto delle assicurazioni sociali, l'amministrazione può riconsiderare una decisione cresciuta in giudicato formale, che non è stata oggetto di un controllo giudiziario, nel caso in cui è senza dubbio errata e la correzione ha un'importanza rilevante (cfr. STFA non pubblicata del 6 giugno 2000 nella causa B., C 407/99, consid. 2 e la giurisprudenza ivi citata; DLA 2000 N. 40, pag. 208; SVR 1997 ALV N° 101, pag. 309 consid. 2a e riferimenti, DLA 1998 N. 15, pag. 76, consid. 3b), pag. 79 e 80). Dalla riconsiderazione va distinta la revisione processuale delle decisioni amministrative. In questo caso, l'amministrazione deve procedere a una revisione processuale se si manifestano nuovi elementi o nuovi mezzi di prova atti ad indurre ad una conclusione giuridica differente (cfr. STFA del 6 giugno 2000 nella causa B., C 407/99, consid. 2 e la giurisprudenza ivi citata; SVR 1997 ALV N° 101, pag. 309 consid. 2a e riferimenti; DLA 1998 N. 15, pag. 76, consid. 3b), pag. 79 e 80). Tali sono quelle circostanze che già al momento della decisione principale si sono realizzate, ma che però, nonostante sufficiente attenzione e senza colpa, sono rimaste sconosciute e non provate (DLA 1995, pag. 64

consid. 2b e riferimenti; DTF 122 V 134 e seg.). I principi validi per la riconsiderazione di una decisione formalmente cresciuta in giudicato valgono anche nel caso in cui, prestazioni ricevute indebitamente, sono da restituire a norma dell'art. 52 LAINF, e questo anche se le prestazioni oggetto di restituzione non sono state erogate con una decisione formale (cfr. STFA del 28 marzo 2001 nella causa P., U 13/00, e riferimenti ivi menzionati). In casu, il TCA ha, da parte sua, accertato che il diritto a prestazioni si è estinto già a contare dal 4 marzo 1998. Sarà compito dell'assicuratore infortuni convenuto esaminare se siano o meno adempiuti i presupposti per la restituzione delle prestazioni versate a torto (cfr. DTF 126 V 399ss.).

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