

## **TI\_GERICHTE 35.2003.48 vom 25. April 2003**

TI Tribunale d'appello, 2003-04-25, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_35.2003.48](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2003.48)

FR: TI\_GERICHTE 35.2003.48 du 25 avril 2003

IT: TI\_GERICHTE 35.2003.48 del 25 aprile 2003

### **Regeste**

Sentenza o decisione senza scheda

### **Erwägungen**

#### **E. 16**

febbraio 2001, l'assicurato è stato sottoposto ad una TAC delle cavità paranasali, che ha dato un esito sostanzialmente nella norma (cfr. doc. \_). Infine, l'esame di risonanza magnetica della colonna lombare del 27 marzo 2001 ha consentito di diagnosticare delle alterazioni degenerative a livello di L5-S1, in assenza di ernie discali (cfr. doc. \_). In data 9 aprile 2001 ha avuto luogo una visita medica di controllo a cura del dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in medicina interna. Il medico di circondario dell'\_\_\_\_\_, nel riportare i disturbi soggettivi così come descrittigli dal ricorrente, ha indicato che egli si lamentava di, citiamo: "... dolori a livello della spalla sinistra ed esegue ancora terapia in acqua. Inoltre a inizio marzo ha accusato un blocco lombosacrale dopo aver eseguito una di queste terapie. (...). Il paziente negli ultimi 3 mesi ha perso 7 kg" (doc. \_, p. 1). Per quanto concerne i disturbi localizzati alla regione lombo-sacrale - predominanti nella sintomatologia presentata all'epoca dall'insorgente - il dott. \_\_\_\_\_ ne ha negata l'eziologia traumatica, e ciò in considerazione del tempo di latenza con cui essi sono insorti e dei reperti radiologici. Tenuto conto dei soli postumi residuali alla spalla sinistra, \_\_\_\_\_ è stato dichiarato abile al lavoro al 50% dal 10 aprile 2001 e in misura completa dal

#### **E. 17**

aprile 2001 (cfr. doc. \_, p. 2). Nel corso del mese di maggio 2001 il ricorrente ha privatamente consultato il dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia ortopedica. Queste le sue considerazioni riguardo le condizioni di salute dell'assicurato: "Stato dopo importante contusione spalla sx, con possibile contusione del plesso ipsilaterale, trauma facciale con perdita dei denti e forse commotio, l'evoluzione successiva mi lascia intravedere la possibilità di una sindrome da stress post-traumatico, vedo difficilmente infatti una perdita di peso così importante in un contesto di simulazione, in un paz. che trovo contratto all'inverosimile e che ha di conseguenza in seguito sviluppato una lombalgia su disbalance e che ha cronicizzato i dolori a livello della spalla e del trapezio. Ritengo comunque sia necessario terminare le investigazioni a livello della spalla tramite l'effettuazione di MRI onde escludere lesioni a livello della cuffia, ho in tal senso organizzato l'esame presso l'Ist. \_\_\_\_\_, ritengo inoltre necessaria una valutaz. e conseguente supporto psicologico-psichiatrico; infine ho prescritto un'ulteriore serie di FT, sia per il problema a livello di lombalgia che per cercare di rilasciare le miogelosi soprattutto a livello del trapezio sx. Non ho fissato ulteriori app. al paz. ti ricontatterò una volta ricevuto l'esito della MRI" (doc. \_). La risonanza magnetica della spalla sinistra, eseguita il 18 giugno 2001, ha evidenziato segni di contusione con lesione parziale/non transmurale del sopraspinato con

attivazione di una modica artrosi acromio-clavicolare, in assenza di una lesione trasmurale della cuffia (doc. \_). In occasione della visita del 2 luglio 2001, il dott. \_\_\_\_\_ ha constatato una generalizzazione dei disturbi, che poteva lasciare pensare ad una fibromialgia, ed ha sottolineato la probabile presenza di un importante sovraccarico psicogeno: " Clinicamente paz. tesissimo, contrattura muscolare praticamente generalizzata a livello del tronco la palpazione delle parti molli sottocutanee e della muscolatura è dolente a livello cervicale, dei trapezi, della muscolatura interscapolare, ai fianchi e paravertebrale lombare, lo stesso dicasi per la muscolatura dei glutei e per la palpazione peritrocanterica bilaterale. A detta del paz. i dolori lombosacrali irradiano posteriormente sino a metà coscia, tipo pseudosciatalgia. L'esame odierno rafforza la mia impressione che ci si trovi di fronte a un problema cronico con importante componente psicologica, i dolori generalizzati farebbero pensare a un quadro di fibromialgia; concordo con quanto proposto dal Dr. \_\_\_\_\_, probabilmente un iniziale approccio multidisciplinare in ambito stazionario potrebbe giovare, ho comunque spiegato al paz. che una cura efficace è possibile ma con risultati solo e medio-lungo termine. Per quello che riguarda il risultato della MRI alla spalla sxc lo stato attuale delle strutture non richiede nulla di particolare, qualsiasi approccio sarebbe al momento un ulteriore atto troppo aggressivo. Ho consegnato al paz. per tua visione le lastre dell'esame" (doc. \_). Durante il periodo 6 settembre-4 ottobre 2001, \_\_\_\_\_ ha soggiornato presso la Clinica di riabilitazione \_\_\_\_\_, i cui sanitari lo hanno sottoposto a misure fisioterapiche attive e passive. Il rapporto di uscita del 9 ottobre 2001 illustra il decorso della sintomatologia durante la degenza: " Dall'inizio del soggiorno il paziente riferisce dolori diffusi e senza una precisa sistematizzazione, accompagnati da cefalee che in una certa misura ostacolano la presa in carica riabilitativa. Abbiamo introdotto un programma riabilitativo comprendente mobilizzazione attiva assistita bilat., correzione posturale, rinforzo muscolare globale, piscina, massaggi cervicali e lombari, impacchi di fiori di fieno dorso-lombari. Nelle sedute successive viene impostato anche un programma riabilitativo di rinforzo muscolare e correzione posturale. Il bilancio fisioterapico dopo 4 settimane mette in evidenza la persistenza di una sindrome algica lombare spontanea che non si lascia influenzare dalle misure farmacologiche e fisioterapiche attuate. Sul piano algico e funzionale il paziente risulta tuttavia indipendente nelle attività della vita quotidiana e nei transfers. L'andatura è di tipo antalgico, senza tuttavia una claudicatio di tipo neurogeno. Sul piano internistico non rileviamo i segni di una sindrome infiammatoria umorale. Delle cefalee abituali rispondono sintomaticamente al trattamento con paracetamolo. Sul piano eminentemente psicologico annotiamo una sindrome depressiva con labilità emozionale, contenuti di tipo "abbandonico" e rivendicativo, che non abbiamo trattato se non con piccole dosi di benzodiazepina. Come già evocato dal suo medico curante non è escluso che il paziente stia parallelamente evolvendo verso una sindrome somatoforme del dolore cronico. Per questo motivo sarebbe indicata l'integrazione della presa a carico con un consulto specialistico psichiatrico. Alla dimissione si prescrivono 9 sedute di fisioterapia ambulatoriale di mantenimento per la spalla s." (doc. \_). Nell'ambito della suddetta degenza, l'assicurato è stato indagato anche da un profilo neuropsicologico, da parte della neuropsicologa \_\_\_\_\_, con l'esito seguente: " L'esame neuropsicologico di questo paziente, 40.enne, che ha subito una probabile commozione cerebrale il 3.1.2001, e che soffre di stato ansioso-depressivo reattivo e cefalea frequente, mostra: - \_\_\_\_\_ delle difficoltà alle funzioni esecutive: tendenza alla perseverazione, creatività non verbale ridotta, leggere difficoltà di pianificazione, rallentamento - \_\_\_\_\_ un disturbo moderato del

ragionamento su materiale visuo-spaziale - un disturbo del calcolo  
orale - un disturbo leggero-moderato alla memoria verbale  
- un risultato al limite della norma ad un test di concentrazione  
sostenuta Il linguaggio, le prassi costruttive e ideomotorie, le gnosie e la memoria  
visuo-spaziale sono globalmente preservati. Lo stato depressivo reattivo di cui soffre il  
paziente può influenzare i risultati alle prove di memoria e concentrazione e aumentare il  
rallentamento" (doc. \_). In data

## **E. 21**

dicembre 2001, il ricorrente è stato visto dal dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia  
ortopedica, il quale ha confermato la completa capacità lavorativa con riferimento ai soli  
reperti somatici oggettivabili in relazione di causalità con l'evento traumatico del gennaio  
2001: " In accordo con le considerazioni espresse dal dr. \_\_\_\_\_ nella lettera del  
2.7.2001, l'aspetto psicologico, al limite addirittura psico-patologico (impressioni da laico!)  
ha assunto presso il signor \_\_\_\_\_ un'intensità tale da mascherare qualsiasi segno  
clinico obiettivo suscettibile di permettere una valutazione differenziata di un eventuale  
reperto patologico acquisito riferibile a un evento infortunistico puntuale. L'entità di questa  
discrepanza, rispettivamente di questo dato di fatto, traspare chiaramente e in maniera  
inequivocabile anche dal rapporto fisioterapico d'uscita della Clinica \_\_\_\_\_ nel quale  
vengono citati alcuni esempi di lampante incoerenza oltre alle riflessioni su l'inefficacia  
soggettiva dell'insieme delle misure terapeutiche fisiche messe in atto. Come appurato a  
livello specialistico, e attualmente riconosciuto anche dai Tribunali, l'esito di un esame  
neuro-psicologico rivela un referto puntuale, influenzabile in maniera importante da fattori  
contingenti tra i quali, più specificatamente, quelli psicologici. Questo dato di fatto viene  
peraltro specificato pure in maniera inequivocabile dalla signora \_\_\_\_\_ nel referto del  
21.9.2001. Per quanto attiene alla spalla sinistra, con riferimento all'esito della risonanza  
magnetica, lo stesso dr. \_\_\_\_\_ nel referto del 2.7.2001 non ritiene esservi l'indicazione  
a misure specifiche,. Per quanto attiene ai disturbi al rachide, l'esame di risonanza  
magnetica effettuato il 27.3.2001, non ha permesso di mettere in evidenza nessun referto  
strutturale acquisto di natura post-traumatica ma unicamente delle alterazioni degenerative  
all'altezza più specificatamente del segmento lombo-sacrale. Tenuto conto della dinamica  
dell'evento del 3.1.2001, così come descritto negli atti, il paziente può peraltro essere caduto  
tutt'al più dalla propria altezza, ammesso ancora che si trovasse in posizione eretta. Si tratta  
quindi tutt'al più di un trauma d'intensità non rilevante, che non ha condotto a nessuna  
alterazione strutturale acquisita e infine non suscettibile di correlare neppure con  
l'importanza e l'estensione dei disturbi accusati attualmente. Complessivamente, sulla base  
degli elementi attualmente a disposizione, si conferma la capacità lavorativa completa con  
riferimento ai reperti somatici oggettivabili in relazione con l'evento infortunistico del  
3.1.2001. La problematica psichica farà oggetto di una valutazione approfondita da parte  
del nostro servizio giuridico in relazione con l'aspetto specifico dell'adeguatezza. Condivido  
personalmente l'opinione espressa dai dr. \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ sull'importanza di una  
presa a carico pluri-disciplinare del signor \_\_\_\_\_: in questo contesto rinasce il fatto  
che durante il soggiorno a \_\_\_\_\_ ci si sia limitati a constatare il dato di fatto senza  
intraprendere ulteriori misure concrete. In questo contesto il medico curante assume quindi  
un ruolo chiave estremamente importante e costruttivo, per il paziente, che va ben oltre la  
semplice, attestazione di un'incapacità lavorativa, suscettibile a medio termine di generare  
più danni che non benefici reali" (doc. \_). Sempre dal referto del dott. \_\_\_\_\_ si evince  
che a seguito del noto evento infortunistico, l'assicurato sarebbe stato portato presso lo

studio del medico del paese, dove si sarebbe svegliato, e da lì direttamente dal dentista che avrebbe proceduto all'estrazione dei denti danneggiati (cfr. doc. \_\_, p. 3). A contare dal mese di luglio 2002, \_\_\_\_\_ è entrato in cura presso l'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale di \_\_\_\_\_, per il trattamento di una sindrome post-traumatica da stress accompagnata da somatizzazioni a diversi livelli (certificato 30.9.2002 dell'\_\_\_\_\_ accluso al doc. \_\_: "In seguito al trauma subito il signor \_\_\_\_\_ ha sviluppato una sindrome post-traumatica da stress con somatizzazioni a diversi livelli: ha problemi con la schiena, la spalla sinistra, le gambe, lo stomaco e la testa. Ha una sensazione di "stringimento" alla spalla sinistra e anche al petto, soprattutto a sinistra. Sente un forte bruciore allo stomaco. Soffre di persistenti dolori alla testa, soprattutto in sede occipitale ma anche in sede parietale-temporale a sinistra, soffre di vertigini soprattutto quando si alza. Vede doppio quando guarda la TV. A causa dei disturbi non riesce più a guidare. Spesso gli viene una forte stanchezza in tutto il corpo, gli sembra di svenire. Le protesi dentarie gli procurano molte difficoltà. Dall'infortunio è più nervoso, si arrabbia per un nonnulla, non ha più pazienza. Non sopporta più i rumori, lo disturba la luce. Non riesce più a fare niente, dipende dagli altri per gli spostamenti"). In sede di procedura di opposizione, il ricorrente ha versato agli atti una seconda valutazione neuropsicologica, questa volta eseguita dalla psicologa clinica \_\_\_\_\_, attiva presso il Servizio di neurologia dell'Ospedale regionale di \_\_\_\_\_, la quale ha oggettivato dei disturbi neuropsicologici di grado medio-lieve: " L'odierna valutazione neuropsicologica mette in evidenza, oltre alla diminuita resistenza mentale, alle difficoltà d'attenzione e di concentrazione e all'elevata stancabilità mentale, soprattutto moderati deficit concernenti la capacità di cogliere e mantenere informazioni verbali quando il loro contenuto è complesso, la fluenza figurale e la capacità d'eseguire calcoli mentali e scritti. Si evidenzia inoltre l'umore depressivo, l'impulso vitale ridotto e il globale rallentamento psicomotorio. Lieve-moderatamente deficitari le attitudini dette frontali (flessibilità del pensiero), la capacità di concentrazione protratta, la capacità di pianificazione, le prassie costruttive, lo span visivo- spaziale. Lievemente ridotti l'apprendimento (verbale e visivo-spaziale), la capacità mnesica visivo-spaziale, la fluenza verbale, la memoria semantica. Nella norma la percezione visiva (differenziazione figura-sfondo). I risultati indicano un disturbo neuropsicologico lieve-medio. Gli scarsi risultati nel cogliere e mantenere informazioni verbali, sono con ogni probabilità dovuti in parte alla scarsa padronanza della lingua italiana. È da notare che il paziente ha lavorato con molto impegno durante la valutazione. La diminuita resistenza, risp. l'elevata stancabilità mentale e le difficoltà d'attenzione e di concentrazione si ripercuotono sul rendimento generale, ma soprattutto sulla capacità di cogliere e mantenere informazioni verbali. Inoltre i persistenti dolori alla testa, che sono d'intensità variabile, influenzano con ogni probabilità le capacità di prestazione del paziente che, di conseguenza, a volte è in grado di rendere di più e altre volte di meno. Il paziente è molto sofferente. È fortemente indicato un accompagnamento psicologico e delle sedute di training neurocognitivo per aiutare il paziente a meglio convivere con le proprie difficoltà, e nel cui ambito sarà possibile discutere un'eventuale riqualifica professionale. Nel caso in cui ciò non fosse possibile, è importante che il paziente rimanga comunque attivo professionalmente, almeno parzialmente, in una struttura occupazionale protetta" (doc. \_\_). Un ricovero dell'insorgente presso l'Unità di medicina psicosomatica della Clinica \_\_\_\_\_ è avvenuto nel corso del periodo 19 settembre-11 ottobre 2002. Grazie alle terapie ivi applicategli (psicofarmacoterapia, fisioterapia, colloqui individuali ed incontri di gruppo), alla dimissione, \_\_\_\_\_ presentava un tono dell'umore stabile, un'ansia

psichica contenuta e delle somatizzazioni multiple ridotte rispetto all'ingresso (cfr. doc. \_). Prima di procedere all'emanazione della decisione impugnata, l'assicuratore LAINF ha sottoposto l'intera documentazione al dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in neurologia presso la Divisione medica di \_\_\_\_\_. Da un canto - dopo avere contattato, nell'ordine, il Servizio di chirurgia maxillo-facciale dell'Ospedale cantonale di \_\_\_\_\_, il dentista che curò l'assicurato al suo rientro in Ticino, dott. \_\_\_\_\_, nonché il medico curante dell'assicurato, dott. \_\_\_\_\_ - il dott. \_\_\_\_\_ ha affermato esservi sufficienti elementi per dubitare del fatto che i denti del ricorrente siano stati distrutti da un evento infortunistico: " Dass sich der Versicherte bei einem nicht dokumentierten Unfall neun Zähne ausgeschlagen habe, (inkl. Inzisive und Prämolaren!) nur am Oberkiefer, ohne dabei ausgedehnte Weichteilverletzungen und Frakturen zu erleiden, ist äusserst ungewöhnlich und widerspricht meiner langjährigen Erfahrung in der Traumatologie. Die konsultierten Kieferchirurgen des Kantonsspitals \_\_\_\_\_ fanden ebenfalls keine rationelle Erklärung für diese ungewöhnlichen Unfallfolgen. Am 04.02.03 konsultierte ich telefonisch Dr. med. dent. \_\_\_\_\_, der den Versicherten am 15.01.01, d.h. zwölf Tage nach den angeblich schweren Gesichtsverletzungen gesehen hat. Er bestätigte mir, dass er bei der Untersuchung keine Hinweise auf posttraumatische Läsionen gefunden hat und die fehlende Zähne am Oberkiefer ganz säuberlich rausgezogen waren. Herr \_\_\_\_\_ war wegen ausgedehnter kariösen Defekte der Zähne bereits im Jahr 2000 bei Herr Dr. \_\_\_\_\_ in Behandlung. Er hatte ihm schon damals zwei Zähne entfernen müssen und Herrn \_\_\_\_\_ vorge-schlagen, die restlichen Zähne zu entfernen und eine Prothese einsetzen zu lassen. Der Versicherte habe aus wirtschaftlichen Gründen abgelehnt und argumentiert, die Entfernung der Zähne und die Behandlung könne er während der Ferien in seinem Heimatland viel billiger durchführen lassen. Der Vorschlag des Versicherten, ihm teure Zahnimplantate auf Kosten der Versicherung einzusetzen, lehnte Dr. \_\_\_\_\_ ab. Er setzte am 19.01.01 lediglich eine provisorische Prothese ein. Die definitive Prothesenversorgung oben und unten wurde von Dr. med. dent. \_\_\_\_\_ durchgeführt. Ebenfalls am 04.02.03 nahm ich telefonischen Kontakt mit dem Hausarzt des Versicherten, Herrn Dr. med. \_\_\_\_\_, auf, der den Versicherten am 16.01.01 nach der Rückkehr aus den Ferien untersucht hatte. Dr. \_\_\_\_\_ bestätigte mir, dass sich bei der Erstuntersuchung keine Hinweise auf eine traumatische Gesichtsverletzung fanden und der Patient lediglich über Schulter- und Thoraxschmerzen klagte. Es bestehen somit genügend Hinweise, um an der Echtheit der traumatischen Zerstörung der oberen Zähne zu zweifeln." (doc. \_). D'altro canto, il medico fiduciario dell'\_\_\_\_\_ ha manifestato il sospetto di un importante aggravamento della sintomatologia da parte dell'insorgente, sintomatologia che non correla con nessuna lesione somatica oggettivabile: " In der Folge beobachtet man eine Symptomausweitung mit diffusen Rücken-, Kopf-, Schulter- und Nackenbeschwerden, welche sich neurologisch nicht erklären lassen. Alle bis jetzt durchgeführten klinischen und radiologischen Untersuchungen ergaben keine Hinweise auf traumatische Läsionen, welche die ausgedehnten persistierenden und sich z.T. verschlechternden Beschwerden des Versicherten nur annähernd erklären könnten. Bei der ersten neuropsychologischen Untersuchung in der Klinik \_\_\_\_\_ fand man nur Hinweise auf leichte neurologische Defizite. Diese Befunde sind unspezifisch, haben keine lokalisatorische Hinweise und sind keineswegs Ausdruck einer erlittenen Hirnläsion. Während des vierwöchigen Aufenthaltes in der Clinica \_\_\_\_\_ beobachtete man ebenfalls ein Verhalten, welches auf eine massive Aggravation hindeuten würde. Während der Physiotherapie präsentierte der Versicherte eine nicht erklärbare, fast groteske Symptomatologie (Il paziente cammina in

uno schema impressionante, quasi come qualcuno con una emiplegia, con la testa sempre in flessione laterale.). Ein therapeutischer Zugang war in der Physiotherapie aufgrund dieser diffusen Schmerzsymptomatologie nicht möglich. Unbeobachtet zeigte der Versicherte aber keine Einschränkungen der Beweglichkeit noch einen massiven Leidensdruck. Diese Inkohärenz zwischen den präsentierten Beschwerden und den tatsächlichen Befunde ist der behandelnden Physiotherapeutin der Clinica \_\_\_\_\_ aufgefallen (Sempre di più si manifesta una incoerenza dei sintomi. Posizioni che durante la terapia sembrano impossibili (per esempio rotazione massimale della testa), durante la pausa in cafeteria riesce a prenderle tranquillamente. Nonostante dei forti dolori che lui manifesta, non ci sono segni vegetativi tipo sudore, frequenza cardiaca aumentata che sarebbero segni più oggettivi del dolore). Dieses Verhalten weckt den Verdacht auf eine massive Aggravation und Symptomausweitung, ohne dass man bis jetzt eine objektivierbare somatische Lesion gefunden hatte. Die während der neuropsychologischen Kontrolluntersuchung vom 03.05.02 festgestellte leichte Verschlechterung der kognitiven Funktionen lassen sich neurologisch-somatisch nicht erklären sind wahrscheinlich von unfallfremden Faktoren beeinflusst. Dem natürlichen Verlauf folgend zeigen die somatisch bedingten neuropsychologischen Defizite eine Besserungstendenz. Diese widersprüchlichen Befunde sprechen gegen eine Organizität der presentierten Beschwerden" (doc. \_). Agli atti figurano inoltre due certificati medici stilati dal dott. \_\_\_\_\_, spec. in ortopedia della mascella e dei denti, rispettivamente, dalla dott.ssa \_\_\_\_\_, spec. in medicina interna, Primario presso il Centro medico di \_\_\_\_\_. Con il primo, datato 10 gennaio 2001, si attesta che il 3 gennaio 2001 \_\_\_\_\_ è stato sottoposto ad un, citiamo: "... intervento stomacologico (estrazione dei denti) con anestesia nella mascella superiore. Vi è stata l'estrazione dei denti dell'arcata superiore 5 4 3 2 1/1 3 4, i quali si muovevano a causa del colpo subito, probabilmente da parte di un oggetto duro quale un albero o una parte di albero, poiché nella parte alta del labbro e all'interno vi era un'emorragia, ragion per cui i denti dovevano venir estratti" (doc. \_). Nel secondo, datato 20 febbraio 2002, la dott.ssa \_\_\_\_\_ ha dichiarato che il 3 gennaio 2001 l'assicurato è giunto presso l'ambulatorio di medicina interna, citiamo. "... in stato comatoso con danni alla testa, ferita alla regione facciale, con danni ai denti e un sanguinamento significativo. Dopo i primi soccorsi, il paziente è stato sottoposto ad un consulto neurologico, oftalmologico e ad un controllo da un chirurgo maxillo-facciale" (doc. \_). Il contenuto delle succitate certificazioni è stato criticamente commentato dal dott. \_\_\_\_\_: " Bereits am 05.02.03 habe ich eine ausführliche neurologische Beurteilung zu diesem Fall vorgenommen. Nun liegt das Dossier erneut auf meinem Pult mit zwei vom Versicherten nachträglich eingereichten ärztlichen Zeugnissen vom angeblichen Unfall vom 03.01.01. Das erste Zeugnis datiert vom 10.01.01, d.h. eine Woche nach der durchgeführten Zahnextraktion und wird von Dr. \_\_\_\_\_, Spezialista in ortopedia della mascella, unterschrieben. Dieses Zeugnis ist auf Italienisch übersetzt worden. Der Versicherte sei ambulant im Centro di salute-Ambulatorio " \_\_\_\_\_ " gesehen worden und ihm seien in Lokalanästhesie die Zähne 5, 4, 3, 2, 1/1, 3 und 4 entfernt worden. Die Zähne seien gelockert gewesen und Herr \_\_\_\_\_ hätte unter Hämorrhagien im Bereich des Vorhofs oben gelitten (...poiché nella parte alta del labbro e all'interno vi era un'emorragia, ragion per cui i denti dovevano venir estratti.). Laut dieses Zeugnisses wurden bei Herrn \_\_\_\_\_ nicht nur die beiden Schneidezähne (dentes incisivi), sondern auch der Eckzahn (dens caninus) sowie beide Backenzähne (dentes praemolares) gezogen. Diese Tatsache sowie die fehlenden Hinweise auf eine Läsion der Zähne im Unterkiefer oder weitere Verletzungen bzw. Frakturen im

Kieferbereich lassen eine traumatische Ursache dieser angeblichen Zahnlockerung als sehr unwahrscheinlich erscheinen. Man darf nicht vergessen, dass Herr \_\_\_\_\_ bereits vor dem angeblichen Unfall stand wegen des katastrophalen Zustandes seiner Zähne in zahnärztlichen Behandlung bei Dr. med. dent. \_\_\_\_\_. Bereits damals wurden ihm zwei Zähne gezogen und vorgeschlagen, die restlichen defekten Zähne entfernen zu lassen und durch eine Prothese zu ersetzen. Dies wurde von Herrn \_\_\_\_\_ aber mit der Begründung abgelehnt, er könne diese Behandlung in seiner Heimat mit dem Bruchteil der Kosten durchführen lassen, wie sie in der Schweiz anfallen würden. Zurück aus den Ferien konsultierte Herr \_\_\_\_\_ am 15.01.01 erneut Dr. \_\_\_\_\_. Dieser konnte keine Hinweise auf eine erlittene Gesichtsverletzung feststellen. Den Vorschlag Herrn \_\_\_\_\_, ihm auf Kosten der Sozialversicherung teure Zahnimplantate einzusetzen, wurden von Dr. \_\_\_\_\_ aus Gewissensgründen abgelehnt. Die definitive Prothesenversorgung oben und unten wurde dann von Dr. med. dent. \_\_\_\_\_ durchgeführt. Weshalb die Rechnung der unteren Zahnprothese an die Sozialversicherung gesandt wurde bei fehlenden Hinweisen auf eine traumatische Schädigung der unteren Zähne bleibt unklar. Wahrscheinlich waren Anamnese und Verlauf Herrn \_\_\_\_\_ nicht bekannt. Beim zweiten vom Versicherten vorgelegten Arztzeugnis handelt es sich um ein von Hand bekrizzeltes Papier ohne Briefkopf, von einer Internistin, Frau Dr. med. \_\_\_\_\_ unterzeichnet. Frau \_\_\_\_\_ verfügt anscheinend über ein gewaltiges Erinnerungsvermögen und bezeugt, dass der Versicherte in komatösem Zustand mit Schaden am Kopf, Wunde in der Gesichtsregion, Zahnschaden und massiver Blutung eingeliefert worden sei (E' arrivato in stato comatoso con danni alla testa, ferita alla regione facciale, con danni ai denti, e un sanguinamento significativo.). Alle diese angeblich erlittenen Verletzungen wurden weder vom behandelnden Arzt des Versicherten, Dr. med. \_\_\_\_\_ noch von Dr. med. dent. \_\_\_\_\_ erwähnt, die den Versicherten umgehend nach der Rückkehr aus den Ferien untersucht hatten. Nach telefonischem Gespräch mit Dr. med. dent. \_\_\_\_\_ vom 04.03.03 bestätigte dieser erneut, dass er keine Hinweise auf posttraumatische Läsionen gefunden habe und die fehlenden oberen Zähne sauber und professionell rausgezogen waren. Es steht mir nicht zu, über die ethische Integrität von Frau \_\_\_\_\_ zu urteilen. Deren dramatischen Angaben über den angeblichen Unfall lassen sich jedoch nicht bestätigen. Zudem werden gemäss den weltweit geltenden medizinischen Richtlinien komatöse Patienten mit Kopfverletzungen stationär aufgenommen und behandelt und Zähne nicht in Lokalanästhesie ambulant gezogen. Die schwankenden Resultate der neuropsychologischen Untersuchung lassen sich neurologisch nicht erklären und sprechen gegen eine somatische zugrunde liegende Läsion. Über das z.T. groteske Verhalten des Versicherten während seines Aufenthaltes in der Rehaklinik \_\_\_\_\_ habe ich mich bereits in meiner neurologisch Beurteilung vom 05.02.03 ausführlich und stichhaltig geäußert" (doc. \_). 2.11. Il ricorrente é stato periziato, nel corso del mese di ottobre 2003, presso il \_\_\_\_\_ per conto dell'\_\_\_\_\_. In questo ambito, egli è stato sottoposto ad accertamenti pluridisciplinari. Il dott. \_\_\_\_\_, che ha indagato l'assicurato da un profilo psichiatrico, ha posto la diagnosi di nevrosi post-traumatica con danno neuro-cognitivo e disturbi depressivi ora di media entità, disturbo che pregiudica le possibilità di reinserimento professionale (referto accluso a XI bis). Con il suo rapporto del 4 novembre 2003, il dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in neurologia, ha sottolineato soprattutto la difficoltà a valutare oggettivamente i disturbi risentiti dall'assicurato a causa del sovrapporsi di fattori psicogeni: " (...). All'attuale esame neurologico non vi sono deficit oggettivabili. I deficit sensitivi riferiti dal paziente durante le prove di sensibilità non hanno

una base anatomica e di conseguenza non possono essere di origine organica. La forza muscolare all'arto superiore sinistro non è valutabile per l'incompleta collaborazione da parte dell'assicurato. Da notare che nei momenti al di fuori dell'esame neurologico l'assicurato utilizza in modo adeguato e senza apparente deficit di forza l'arto superiore sinistro. All'esame neuropsicologico emergono deficit di calcolo, di memoria, di attenzione e di concentrazione, nonché di ragionamento e programmazione. Risulta estremamente difficile quantificare l'effettiva gravità dei deficit neuropsicologici riscontrati, in quanto i risultati ottenuti sono largamente influenzati dall'attuale stato psicologico dell'assicurato, come anche dimostrato dall'incoerenza degli esiti nei diversi test. Lo stesso ragionamento è valido anche per le cervicalgie e le cefalee riferite, anche in questo caso una valutazione oggettiva dell'effettiva gravità della sindrome cervicale e della cefalea è resa piuttosto difficile dal sovrapporsi di fattori psicogeni. L'evoluzione dei disturbi sembra contrassegnata da un progressivo peggioramento, sempre nell'ambito di un progressivo peggioramento dello stato psichico. Non vi sono segni clinici compatibili con una lesione del plesso brachiale. In conclusione, posso porre le seguenti diagnosi neurologiche : 1. Sindrome cervicale cronica e cefalea post-traumatica. 2. Deficit neuropsicologici di probabile lieve entità, nell'ambito della memoria, del calcolo, delle funzioni esecutive, dell'attenzione e concentrazione " (referto accluso a XI bis). L'aspetto ortopedico è infine stato valutato dal dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia ortopedica, il quale ha constatato, anche dal suo punto di vista, una profonda discrepanza fra i disturbi soggettivamente risentiti dall'insorgente ed i reperti oggettivabili: " Dal profilo più strettamente ortopedico vi è una discrepanza importante fra i disturbi soggettivi accusati e i reperti oggettivi tutto sommato moderati. Il punto più importante del quadro ortopedico è forse la limitazione funzionale dell'articolazione omeroscapolare sin. nel quadro si una periatropatia omeroscapolare in parte anchilosante. Considerando l'età dell'A. anche la funzione della colonna vertebrale dorsolombare e lombosacrale è da ritenersi limitata. Mancano oggi sintomi evidenti di una sofferenza del plesso brachiale sin. Non si osservano neppure sintomi di sofferenza radicolare agli arti inferiori. Nella situazione attuale, mi sembra che misure terapeutiche ambulatoriali abbiano scarse possibilità di successo. Una terapia stazionaria riabilitativa con sostegno psichiatrico mi sembra doversi discutere. Soprattutto dal profilo funzionale, nel settore del cinto omeroscapolare e del rachide lombare dei miglioramenti sono attendibili " (referto accluso a XI bis). 2.12. In sede di ricorso \_\_\_\_\_ chiede che, in concreto, la questione della causalità venga risolta in applicazione della giurisprudenza federale elaborata in materia di trauma d'accelerazione al rachide cervicale (cfr. I, p. 5: "L'assicurato è stato colpito con estrema forza nella mandibola superiore (dove non si nega che potesse avere dei denti non perfettamente sani, ma questo fatto dovrebbe risultare irrilevante conformemente alle sentenze pubblicate in DTF 114 V 169 e RDAT 2001 pag. 265), ha quindi subito alla colonna cervicale un traumatismo parificabile ad un colpo di frusta (è stato scaraventato a terra con la testa all'indietro) ed infine ha battuto il capo perdendo conoscenza"). Con le proprie osservazioni del 2 febbraio 2004, l'assicurato sostiene che l'applicazione della summenzionata prassi si imponga a maggior ragione siccome, in occasione dell'infortunio del 3 gennaio 2001, egli avrebbe riportato, oltre ad un "colpo di frusta" cervicale, anche un trauma cranio-cerebrale (cfr. XIII: "Nel caso di specie l'assicurato ha subito una commozione cerebrale come confermato dai vari referti medici macedoni. Secondo la sentenza citata, che meglio non specifica cosa si intenda per "Grenzbereich zwischen commotio und contusio cerebri", va quindi applicata la prassi riguardante i colpi di frusta"). In una sentenza del 12 agosto 1999 nella causa E.,

parzialmente pubblicata in RAMI 2000 U 359, p. 29ss. - pronunzia richiamata pure dall'Istituto assicuratore convenuto in sede di osservazioni 3 febbraio 2004 (cfr. XIV, p. 2) - la nostra Alta Corte federale ha negato l'esistenza di un infortunio del tipo "colpo di frusta" alla colonna cervicale o di un meccanismo traumatico equivalente, in ragione di un tempo di latenza troppo lungo fra l'infortunio e l'apparizione dei disturbi alla regione della nuca oppure al rachide cervicale. Riferendosi a recenti studi concernenti appunto il tempo di latenza dopo un cosiddetto trauma d'accelerazione - studi secondo i quali i disturbi accusati non possono più essere ritenuti una naturale conseguenza dell'infortunio, qualora l'intervallo superi le 24/72 ore - il TFA ha stabilito che disturbi e referti a livello della nuca oppure del rachide cervicale devono, secondo l'esperienza, insorgere entro un breve lasso di tempo dopo l'evento traumatico (cfr., in questo stesso senso, RAMI 2000 U 391, p. 307s. e STFA del 2 settembre 2003 nella causa L., U 299/02, consid. 2.3). Nella concreta evenienza - contrariamente a quanto fatto valere in data 10 febbraio 2004 (cfr. XVII: "Riguardo invece al fatto che secondo la giurisprudenza federale i disturbi tipici di un traumatismo alla colonna cervicale debbano insorgere entro 72 ore dall'infortunio, ribadisco, nuovamente, come lo dimostrano gli atti presenti nell'incarto \_\_\_\_\_, che l'assicurato sin da subito ha iniziato ad accusare e a lamentare proprio questi sintomi" - la sottolineatura è del redattore) - dalle tavole processuali emerge che disturbi alla regione cervicale sono stati fatti valere dal ricorrente, per la prima volta, all'inizio del mese di luglio 2001, quando il dott. \_\_\_\_\_, confrontato ad una generalizzazione dei dolori, sospettò la presenza di un quadro fibromialgico (cfr. doc. \_), quindi a distanza di circa 6 mesi dall'infortunio in questione. Applicando la giurisprudenza precedentemente evocata, si deve concludere che \_\_\_\_\_, in realtà, non è rimasto vittima di un trauma di accelerazione alla colonna cervicale oppure di un trauma equivalente, in occasione dell'evento infortunistico del gennaio 2001. Per quanto concerne il preteso trauma cranio-cerebrale, questo Tribunale osserva quanto segue. È vero che, con certificato del 20 febbraio 2003, la dott.ssa \_\_\_\_\_, internista presso il Centro medico di \_\_\_\_\_, ha attestato che, all'ammissione, \_\_\_\_\_ si trovava in uno stato di incoscienza e presentava danni alla testa, una ferita alla regione facciale, danni ai denti ed un sanguinamento significativo (cfr. doc. \_). Tuttavia, dai restanti atti di causa emergono elementi tali da far dubitare dell'attendibilità delle indicazioni ivi contenute. Intanto, non risulta che il ricorrente sia stato trattenuto in ospedale in osservazione neurologica, un procedere che si sarebbe senz'altro imposto qualora egli avesse effettivamente riportato una commotio cerebri. Si evince infatti che, dopo le prime cure, l'insorgente è stato dimesso dal nosocomio, per recarsi immediatamente presso l'ambulatorio del dott. \_\_\_\_\_, il quale ha proceduto all'estrazione dei denti dell'arcata superiore. Da lì \_\_\_\_\_ ha potuto fare ritorno al proprio domicilio. Al proposito, va ancora rilevato che, in occasione della visita circondariale di controllo del 21 dicembre 2001, l'assicurato ha dichiarato di avere ricevuto le prime cure presso lo studio del medico del paese, "tutto ciò a circa 9 km di distanza da un Ospedale ben attrezzato con pure un servizio di ambulanza" (doc. \_, p. 3). In secondo luogo, nel suo certificato del 12 marzo 2001, il dott. \_\_\_\_\_ - primo medico che il ricorrente ha consultato di ritorno in Ticino - non ha fatto alcun accenno alla presenza di postumi traumatici (ecchimosi, escoriazioni, cicatrici, ecc.) alla faccia e/o alla testa, come avrebbe invece dovuto essere il caso a distanza di appena 13 giorni da un evento traumatico che si pretende di una certa gravità, né ha indicato, perlomeno quale dato anamnestico, che il suo paziente riportò una commozione cerebrale (cfr. doc. \_). In questo contesto, appaiono senz'altro di rilievo anche le considerazioni espresse dal dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in

neurologia. Nel suo rapporto del 5 febbraio 2003, egli riferisce di avere contattato telefonicamente il medico-dentista \_\_\_\_\_, consultato dall'assicurato in data 15 gennaio 2001 (ossia 12 giorni dopo l'infortunio), il quale gli ha confermato di non avere constatato alcuna lesione di natura traumatica e, d'altra parte, che i denti mancanti erano stati estratti in maniera accurata (cfr. doc. \_\_, p. 3: "Am 04.02.03 konsultierte ich telefonisch Dr. med. dent. \_\_\_\_\_, der den Versicherten am 15.01.01, d.h. zwölf Tage nach den angeblich schweren Gesichtsverletzungen gesehen hat. Er bestätigte mir, dass er bei der Untersuchung keine Hinweise auf posttraumatische Läsionen gefunden hat und die fehlende Zähne am Oberkiefer ganz säuberlich rausgezogen waren"). Il giorno stesso, il medico fiduciario dell'\_\_\_\_\_ ha interpellato anche il dott. \_\_\_\_\_, a detta del quale, in occasione della visita del 16 gennaio 2001, \_\_\_\_\_ non presentava alcun indizio che consentisse di sospettare una pregressa lesione traumatica al capo e, del resto, egli lamentava soltanto dei dolori a livello toracico e alla spalla sinistra (cfr. doc. \_\_, p. 3: "Ebenfalls am 04.02.03 nahm ich telefonischen Kontakt mit dem Hausarzt des Versicherten, Herrn Dr. med. \_\_\_\_\_, auf, der den Versicherten am 16.01.01 nach der Rückkehr aus den Ferien untersucht hatte. Dr. \_\_\_\_\_ bestätigte mir, dass sich bei der Erstuntersuchung keine Hinweise auf eine traumatische Gesichtsverletzung fanden und der Patient lediglich über Schulther- und Thoraxschmerzen klagte"). Il dott. \_\_\_\_\_ ha infine affermato di essersi consultato con gli specialisti in chirurgia maxillo-facciale dell'Ospedale cantonale di \_\_\_\_\_ e di considerare del tutto inabituale la circostanza che i denti danneggiati nell'infortunio sono stati unicamente quelli della mascella superiore, peraltro in assenza di lesioni alle parti molli e di fratture (cfr. doc. \_\_, p. 3: "Dass sich der Versicherte bei einem nicht dokumentierten Unfall neun Zähne ausgeschlagen habe, (inkl. Inzisive und Prämolaren!) nur am Oberkiefer, ohne dabei ausgedehnte Weichteilverletzungen und Frakturen zu erleiden, ist äusserst ungewöhnlich und widerspricht all meiner langjährigen Erfahrung in der Traumatologie. Die konsultierten Kieferchirurgen des Kantonsspitals \_\_\_\_\_ fanden ebenfalls keine rationelle Erklärung für diese ungewöhnlichen Unfallfolgen"). L'insieme degli elementi raccolti hanno portato il neurologo a concludere che, citiamo: "Es steht mir nicht zu, über die ethische Integrität von Frau \_\_\_\_\_ zu urteilen. Deren dramatischen Angaben über den angeblichen Unfall lassen sich jedoch nicht bestätigen. Zudem werden gemäss den weltweit geltenden medizinischen Richtlinien komatöse Patienten mit Kopfverletzungen stationär aufgenommen und behandelt und Zähne nicht in Lokalanästhesie ambulant gezogen" (doc. \_\_, p. 2 - la sottolineatura è del redattore). Infine, va rilevato che tanto il dott. \_\_\_\_\_, chirurgo ortopedico privatamente consultato dall'assicurato nel corso del mese di maggio 2001 (cfr. doc. \_\_), quanto i sanitari della Clinica di riabilitazione \_\_\_\_\_ (cfr. doc. \_\_), hanno posto la diagnosi di commozione cerebrale in termini di semplice possibilità. Nel quadro della procedura di opposizione, in data 13 marzo 2003, \_\_\_\_\_ ha sostenuto che il ramo, dopo averlo colpito alla faccia, l'avrebbe fatto cadere all'indietro. L'urto della testa contro il terreno, tanto violento da rompere il casco di protezione che indossava, gli avrebbe fatto perdere conoscenza (cfr. doc. \_\_). Tale versione dell'accaduto contrasta però con quanto l'assicurato ha costantemente dichiarato in precedenza, ovvero di avere perso conoscenza a causa del colpo infertogli dal ramo (cfr., ad esempio, i doc. \_\_). Pertanto, in ossequio al principio della priorità della dichiarazione della prima ora, secondo cui, in presenza di due versioni differenti, la preferenza deve essere accordata a quella che l'assicurato ha dato immediatamente dopo l'infortunio, quando ancora ne ignorava le conseguenze giuridiche (cfr. DTF 121 V 47 consid. 2a e riferimenti, 115 V 143 consid. 3c;

RAMI 1988, p. 363 consid. 3b/aa; RDATA II-1994, p. 189; STFA del 18 dicembre 2002 nella causa K., U 6/02, consid. 2.2.; cfr., pure, A. Maurer, Schweizerisches ..., p. 263; Th. Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, p. 331 n. 28), essa non va considerata. Vaghiato l'insieme della documentazione all'inserto, il TCA non ritiene quindi dimostrato, con un sufficiente grado di verosimiglianza, che l'assicurato abbia effettivamente riportato un trauma cranio-cerebrale, a cui ricondurre i disturbi neuropsicologici e psicosomatici da lui accusati. 2.13. Una attenta valutazione della documentazione medica agli atti - riassunta ai considerandi 2.11. e 2.12. - consente di affermare che, nella concreta evenienza, si è assistito ad una progressiva e massiccia somatizzazione di disturbi presenti a livello psichico. In questo ordine di idee, di particolare rilevanza appare l'apprezzamento espresso dal dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia ortopedica, in occasione della visita di controllo del 21 dicembre 2001, citiamo: " In accordo con le considerazioni espresse dal dr. \_\_\_\_\_ nella lettera del 2.7.2001, l'aspetto psicologico, al limite addirittura psico-patologico (impressioni da laico!) ha assunto presso il signor \_\_\_\_\_ un'intensità tale da mascherare qualsiasi segno clinico obiettivo suscettibile di permettere una valutazione differenziata di un eventuale reperto patologico acquisito riferibile a un evento infortunistico puntuale. (...) " ( doc. \_\_, p. 3). Delle indicazioni analoghe si ritrovano, del resto, nella perizia 4 novembre 2003 del dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in neurologia, allestita per conto dell'Ufficio \_\_\_\_\_, citiamo: " All'attuale esame neurologico non vi sono deficit oggettivabili. I deficit sensitivi riferiti dal paziente durante le prove di sensibilità non hanno una base anatomica e di conseguenza non possono essere di origine organica. La forza muscolare all'arto superiore sinistro non è valutabile per l'incompleta collaborazione da parte dell'assicurato. Da notare che nei momenti al di fuori dell'esame neurologico l'assicurato utilizza in modo adeguato e senza apparente deficit di forza l'arto superiore sinistro. All'esame neuropsicologico emergono deficit di calcolo, di memoria, di attenzione e di concentrazione, nonché di ragionamento e programmazione. Risulta estremamente difficile quantificare l'effettiva gravità dei deficit neuropsicologici riscontrati, in quanto i risultati ottenuti sono largamente influenzati dall'attuale stato psicologico dell'assicurato, come anche dimostrato dall'incoerenza degli esiti nei diversi test. Lo stesso ragionamento è valido anche per le cervicalgie e le cefalee riferite, Lo stesso ragionamento è valido anche per le cervicalgie e le cefalee riferite, anche in questo caso una valutazione oggettiva dell'effettiva gravità della sindrome cervicale e della cefalea è resa piuttosto difficile dal sovrapporsi di fattori psicogeni. L'evoluzione dei disturbi sembra contrassegnata da un progressivo peggioramento, sempre nell'ambito di un progressivo peggioramento dello stato psichico. Non vi sono segni clinici compatibili con una lesione del plesso brachiale " (referto accluso a XI bis) rispettivamente, in quella, datata anch'essa 4 novembre 2003, del dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia ortopedica, il quale ha posto l'accento sulla considerevole discrepanza esistente fra i disturbi soggettivamente risentiti dal ricorrente ed i reperti organici oggettivabili (cfr. referto accluso a XI bis, p. 4). A proposito dei disturbi alla spalla sinistra, sede di una periartrite omeroscapolare in parte anchilosante, responsabile di una minima riduzione della capacità lavorativa (cfr. perizia del dott. \_\_\_\_\_, p. 4), va rilevato che il dott. \_\_\_\_\_, chirurgo ortopedico interpellato dall'Istituto assicuratore convenuto, ne ha negato l'eziologia traumatica (cfr. XIV 1: "Il 28.5.2001, praticamente 4 mesi dopo l'infortunio, il dr. \_\_\_\_\_ ha riscontrato a livello delle spalle non evidenti asimmetrie della distribuzione della muscolatura, tutti i movimenti attivi sono conservati, presenza tuttavia di arco-doloroso dagli 80° di abduzione/elevazione.

Il 18.6.2001 esame RM: alterazioni edematose al passaggio muscolo tendineo del sopraspinato, però nessuna lesione transmurale della cuffia. Di conseguenza, si può dire che ancora 5 mesi dopo l'infortunio l'assicurato ha presentato una funzione della spalla sinistra nella norma, con lieve arco doloroso. Però 2 anni dopo l'infortunio una limitazione dei movimenti con forti dolori. L'assicurato per alcuni mesi dopo l'infortunio non ha avuto grandi problemi alla spalla e quindi neanche al collo. È subentrata una normale regressione dei sintomi. Però dopo più di 6-7 mesi è subentrata una progressione con anche nuovi sintomi. Una progressione con allargamento dei sintomi é la manifestazione di una malattia e non é più da vedere quale conseguenza dell'infortunio. Di conseguenza, il 17.4.2001 era giusto dichiarare la causalità estinta" - la sottolineatura è del redattore). Il TCA ritiene che quest'ultimo aspetto non meriti di essere approfondito ulteriormente, in considerazione del ruolo marginale che riveste la problematica localizzata alla spalla sinistra se confrontata all'insieme dei disturbi lamentati da \_\_\_\_\_. D'altronde, l'assicurato medesimo, in data 10 febbraio 2004, ha ricordato di non avere, citiamo: "... mai richiesto nulla per quanto attiene ai disturbi ortopedici alla spalla, oltre la data fissata dalla \_\_\_\_\_ per l'estinzione della causalità" (XVII). In conclusione - tenuto esclusivamente conto dei postumi organici oggettivabili dell'infortunio del 3 gennaio 2001 - questo Tribunale ritiene provato, perlomeno secondo il criterio della verosimiglianza preponderante, caratteristico del settore della sicurezza sociale (cfr. DTF 125 V 195 consid. 2 e riferimenti, 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 2003, p. 343), che \_\_\_\_\_, al momento della chiusura del caso da parte dell'\_\_\_\_\_ (aprile 2001), aveva riacquisito una piena capacità lavorativa e non necessitava più di ulteriori cure mediche. 2.14.

\_\_\_\_\_ presenta certamente dei problemi a livello psichico. I sanitari dell'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale di \_\_\_\_\_, presso i quali l'assicurato è entrato in cura all'inizio del mese di luglio 2002, hanno diagnosticato una sindrome post-traumatica da stress con somatizzazioni a diversi livelli (ICD-10 F43.1; cfr. rapporto medico 30.9.2002 accluso al doc. \_). Dal referto 16 ottobre 2002 della Clinica \_\_\_\_\_ a, dove l'insorgente è rimasto degente durante il periodo 19 settembre-11 ottobre 2002, risulta la diagnosi di sindrome da somatizzazione (ICD-10 F45.0; cfr. doc. \_). Da parte sua, il dott. \_\_\_\_\_, psichiatra che ha periziato l'assicurato nel quadro degli accertamenti pluridisciplinari predisposti dall'\_\_\_\_\_, ha posto la diagnosi di nevrosi post-traumatica con danno neuro-cognitivo e disturbi depressivi ora di media entità. Egli ha inoltre precisato che questa diagnosi include il disturbo post-concussivo e la sindrome post-traumatica da stress, disturbo quest'ultimo presente in misura minore grazie al trattamento medicamentoso (cfr. referto del 21.10.2003 accluso a XI bis). Dai documenti appena citati non emergono delle indicazioni conclusive circa l'eziologia delle turbe psichiche di cui soffre \_\_\_\_\_. Questa Corte ritiene, nondimeno, di potersi esimere dall'esaminare più da vicino tale questione, poiché, anche volentieri nell'ammettere che i disturbi psichici costituiscono una naturale conseguenza dell'infortunio assicurato, ciò non sarebbe ancora sufficiente per poter fondare l'obbligo a prestazioni 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 del 20 dicembre 1994 nella causa L., inedita). In questo ordine d'idee - essendo l'esame della causalità adeguata una mera questione giuridica - é inutile che il TCA ordini una perizia psichiatrica. 2.15. Nell'esame dell'adeguatezza del

legame causale, occorre innanzitutto procedere alla classificazione dell'infortunio occorso al ricorrente. Ammettendo, che la dinamica sia effettivamente stata quella descritta dall'assicurato (cfr., ad esempio, il rapporto ispettivo del 28.2.2001, sottoscritto dall'insorgente [doc. \_]: "Mentre stavo tagliando il tronco di un grosso albero, all'improvviso sono stato colpito alla bocca e alla spalla sinistra da un ramo che era piegato sotto il tronco e che si è mosso appunto a causa del taglio che io stesso avevo fatto. Il mio amico - che era lì vicino - mi ha confermato che io sono stato colpito dal citato ramo dapprima alla spalla sinistra e poi alla bocca. Il ramo si è spostato in modo elastico da sotto verso l'alto") e che le conseguenze da lui riportate siano state quelle descritte nel certificato del 20 febbraio 2003 della dott.ssa \_\_\_\_\_ (cfr. doc. \_), quindi commotio cerebri, lesioni dentarie, ferite al capo (a cui va comunque aggiunta una contusione alla spalla sinistra), l'evento in discussione va classificato fra gli infortuni di grado medio all'interno della categoria media, valutazione che è d'altronde condivisa da entrambe le parti (cfr. I, p. 6 e doc. \_, p. 7). Si ricorda che il TFA, in una sentenza del 13 novembre 1989 nella causa B., U 38/89, ha proceduto ad una identica classificazione, trattandosi di un infortunio in cui l'assicurato, impegnato in un'operazione di carico, è rimasto schiacciato fra i pesanti elementi di una cassaforma, elementi che presentavano una lunghezza di 2.5 metri, una larghezza di 2 metri ed un diametro di 10 centimetri. L'infortunato - che ha riportato una contusione al rachide lombare ed al torace nonché diverse escoriazioni - è stato liberato soltanto dopo sei minuti grazie all'ausilio di una gru. Sempre la nostra Corte federale ha qualificato allo stesso modo l'evento infortunistico in cui una porta in metallo, di un peso superiore ai 300 kg e di un'altezza di 2.5 metri, si è ribaltata sull'assicurato, il quale ha lamentato una frattura compressiva della prima vertebra lombare (cfr. STFA del 23 febbraio 1998 nella causa S., U 244/96). Il giudice è, quindi, tenuto a valutare le circostanze connesse con l'infortunio, secondo i criteri elaborati dal TFA e qui evocati al consid. 2.7.. Per ammettere l'adeguatezza sarebbe, pertanto, necessaria, alternativamente, o la presenza particolarmente incisiva di un fattore (ad esempio, una durata particolarmente lunga dell'incapacità lavorativa per l'intervento di complicazioni durante la cura) o l'intervento di più fattori. In concreto, non è possibile individuare né un fattore concomitante particolarmente incisivo né l'esistenza di più fattori. Il sinistro del 3 gennaio 2001 non si è svolto secondo circostanze concomitanti particolarmente drammatiche o spettacolari. A titolo di confronto, il TFA ha, ad esempio, riconosciuto l'esistenza di circostanze drammatiche, trattandosi di un infortunio in cui l'assicurato rimase imprigionato fra il contrappeso di una gru ed una cassaforma, subendo uno sventramento e la frattura del bacino (DTF 107 V 173ss.), trattandosi di un incidente della circolazione stradale che determinò un morto e diversi feriti gravi fra i suoi protagonisti, in cui l'autovettura dell'assicurato si capovoltò ripetutamente e finì fuori strada (DTF 113 V 307ss.) oppure ancora trattandosi di un'assicurata che si vide rompere in testa un pesante piatto da mensa da parte di una collega di lavoro, la quale, in un secondo tempo, la colpì ripetutamente al volto con un coccio. L'interessata riportò varie contusioni e ferite da taglio, fra cui una profonda alla fronte (STFA del 2 agosto 1994 nella causa G., U 81/94). Per contro, non ne ha ammesso la realizzazione, ad esempio, in una sentenza del 22 aprile 2002 nella causa M., U 82/00, riguardante un assicurato la cui mano sinistra era rimasta imprigionata fra gli ingranaggi di un doppio rullo, ingranaggi che stavano per stritolargli l'intero braccio, se con l'altra mano egli non fosse riuscito ad arrestare per tempo la macchina. Quelle riportate dal ricorrente non costituiscono delle lesioni organiche gravi o particolarmente idonee a provocare un'elaborazione psichica abnorme (cfr., ad esempio, STFA del 10 febbraio 2004

nella causa N., U 282/02, consid. 6.2.4, riguardante un assicurato vittima di un trauma cranio-cerebrale). Dagli atti di causa non risulta neppure che l'assicurato sarebbe rimasto vittima di errori nella cura medica, i quali avrebbero notevolmente aggravato gli esiti dell'evento traumatico. Tenuto conto, da un canto, che nell'apprezzamento dell'adeguatezza del nesso di causalità in materia di turbe psichiche, si devono considerare esclusivamente i disturbi di natura organica che si trovano in una relazione di causalità naturale (ed adeguata) con l'infortunio assicurato (cfr. RAMI 1999 U 341 p. 409 e 1993 U 166 p. 94 consid. 2c e riferimenti) e, d'altro canto, che è stato accertato che, a contare dal mese di aprile 2001 (quindi a distanza di poco più di tre mesi dal sinistro), \_\_\_\_\_ non presentava più alcun postumo organico oggettivamente necessitante di una cura medica e/o giustificante un'incapacità lavorativa (cfr. consid. 2.14. in fine), non possono essere ritenuti soddisfatti neppure i criteri della durata eccezionalmente lunga della cura medica, dei dolori somatici persistenti, del decorso sfavorevole della cura e delle complicazioni rilevanti intervenute, nonché del grado e della durata dell'incapacità lavorativa. Se ne deduce che l'infortunio del 3 gennaio 2001 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 \_\_\_\_\_ attualmente soffre: l'adeguatezza del nesso di causalità non può, quindi, venire ammessa. In tali condizioni, non è censurabile il fatto che l'\_\_\_\_\_ abbia ritenuto estinto il diritto del ricorrente di beneficiare di ulteriori prestazioni assicurative.

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