

TI_GERICHTE 35.2012.60 vom 4. September 2013

TI Tribunale d'appello, 2013-09-04, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2012.60

FR: TI_GERICHTE 35.2012.60 du 4 septembre 2013

IT: TI_GERICHTE 35.2012.60 del 4 settembre 2013

Regeste

Incidente stradale con, in particolare, trauma cranico commotivo. Disturbi neurologici (blocco totale del corpo di qualche secondo) privi di correlato organico e non inquadrabili nella diagnosi di epilessia. Negato il nesso di causalità adeguata con l'infortunio (causalità naturale lasciata aperta)

Erwägungen

E. 5

b/bb, 118 V 286 e 117 V 365 in fine; cfr., pure, U. Meyer-Blaser, Kausalitätsfragen aus dem Gebiet des Sozialversicherungsrechts, in SZS 2/1994, p. 104s. e M. Frésard, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], n. 39). 2.4. In virtù dell'art. 11 OAINF, l'assicuratore LAINF é tenuto a riprendere l'erogazione delle prestazioni assicurative in caso di ricadute o conseguenze tardive (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 71 e A. Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Berna 1985, p. 277). Né la LAINF né l'OAINF prevedono, al riguardo, un limite temporale. Pertanto, la pretesa potrà essere fatta valere anche qualora la ricaduta o le conseguenze tardive appaiono, per la prima volta, dieci o vent'anni dopo l'infortunio assicurato, e ciò indipendentemente dal fatto che, a quel momento, l'interessato sia o meno ancora assicurato. Rilevante é soltanto l'esistenza di un nesso di causalità (cfr. STFA U 122/00 del 31 luglio 2001). 2.5. Dalle tavole processuali emerge che l'Istituto assicuratore ha fondato la decisione di negare la propria responsabilità a proposito dei disturbi neurologici accusati dall'assicurato, sulla perizia 15 dicembre 2011 della Prof.ssa _____, Medico aggiunto presso la Clinica di neurologia dell'Ospedale universitario di _____, responsabile dell'Unità d'EEG e di studio dell'epilessia (doc. 219, p. 5s.). In presenza di valutazioni divergenti riguardo all'esistenza di un'epilessia post-traumatica (si vedano, al riguardo, i rapporti dei dottori _____, neurologo curante, e _____, neurologo attivo presso la _____ dell'CO 1 - cfr. doc. 61, doc. 78, doc. 91, doc. 107 e doc. 115), l'amministrazione ha incaricato la dott.ssa _____ di periziare l'insorgente (cfr. doc. 166). RI 1 é stato visitato, una prima volta, nel corso del mese di luglio 2011 (cfr. doc. 171) e, successivamente, ancora il 5, 6 e 7 dicembre 2011. Dal relativo referto, datato 15 dicembre 2011, si evince che l'assicurato é stato sottoposto, oltre a un esame clinico, a una RMN cerebrale, a una registrazione video-EEG prolungata, nonché a una consultazione psichiatrica. La specialista incaricata dall'CO 1 ha quindi diagnosticato, principalmente, un sospetto d'epilessia focale sintomatica non confermato e in remissione dall'agosto 2011 e, in secondo luogo (diagnosi secondaria), un episodio depressivo grave senza sintomi psicotici (doc. 202, p. 1). Ella ha precisato che i diversi esami eseguiti, risultati senza particolarità, non hanno consentito di confermare il sospetto di epilessia (doc. 202, p. 4: "Les différents examens (Vidéo EEG de

longue durée après sevrage médicamenteux et IRM cérébrale) qui se sont avérés dépourvus d'anomalies ne permettent pas d'étayer le diagnostic suspecté d'épilepsie.”). Per quanto concerne l'anomalia che il dott. _____ ha registrato presso il suo studio (il 13 luglio 2009), secondo la Prof.ssa _____, la registrazione EEG ha sì permesso di oggettivare un episodio di rallentamento delta ampio nelle regioni frontali bilaterali, il quale era però sprovvisto di elementi critici parossistici, ciò che non consente di ammetterne la natura epilettogena. Di conseguenza, ella ha affermato di non potersi pronunciare circa l'esistenza di una pregressa epilessia focale sintomatica legata a una lesione cerebrale consecutiva al trauma cranico del 16 settembre 2008, attualmente in remissione. Dal profilo terapeutico, la specialista ha suggerito di proseguire con la somministrazione della carbamazepina a scopo timoregolatore, sino a una presa a carico psichiatrica del ricorrente (cfr. doc. 202, p. 4s.). Con il complemento peritale del 15 marzo 2012, la dott.ssa _____ ha in particolare ribadito che, in base agli esiti degli accertamenti compiuti durante la degenza e alla documentazione a sua disposizione, la diagnosi di epilessia non ha potuto essere confermata (cfr. doc. 200). Le conclusioni della specialista consultata dall'Istituto assicuratore sono state criticamente commentate dal dott. _____, per il quale “... , almeno per quanto riesco a capire dal rapporto in francese, quest'ultimo appare abbastanza ambiguo, da una parte si afferma che non si possono pronunciare su un'epilessia pregressa post-traumatica dopo l'incidente in questione, dall'altra parte quest'epilessia sulla quale non si possono pronunciare sarebbe in remissione, in più viene consigliato di proseguire il trattamento antiepilettico però come stabilizzatore dello stato d'umore.” (doc. 220). Il TCA ha sottoposto alla Prof.ssa _____ le obiezioni sollevate dal neurologo curante (e riprese dal patrocinatore del ricorrente) (cfr. doc. V e doc. XVII). Con rapporto del 31 gennaio 2013, ella ha dichiarato, in base all'insieme degli accertamenti a sua disposizione, e segnatamente di un EEG che ha registrato un episodio della sintomatologia presentata dall'assicurato (registrazione del 13 luglio 2009), di non avere argomenti a favore della diagnosi d'epilessia, nonostante il sospetto clinico iniziale. D'altro canto, la dott.ssa _____ ha chiarito che i termini “ in remissione ”, contenuti nella sua diagnosi principale, non riguardano l'epilessia in quanto tale ma unicamente la sintomatologia denunciata dall'assicurato, la quale, al momento della visita del dicembre 2011, da qualche mese non era in effetti più presente (cfr. doc. VII). Chiamata a pronunciarsi sul contenuto del rapporto 28 dicembre 2010 del dott. _____, Medico aggiunto presso il Servizio di neurologia del _____ di _____ (cfr. doc. 164 b), e in particolare sugli esiti dell'EEG del 20/21 dicembre 2010, la neurologa ha spiegato che la presenza di un unico parossismo non permette ancora di concludere all'esistenza di un'epilessia, concordando peraltro che il valore di localizzazione dell'esame in questione é poco importante. Ella ha precisato che questo tipo di anomalia si riscontra anche in persone affaticate oppure affette da emicrania (doc. XVIII, pto. 1). La Prof.ssa _____ ha inoltre dichiarato che la carbamazepina é stata prescritta in ragione della diagnosi posta a margine del consulto psichiatrico del 5 dicembre 2011, visto che si tratta di un trattamento antidepressivo dotato di buona efficacia. Il suo effetto antiepilettico é peraltro irrilevante nel contesto attuale (doc. XVIII, pto. 2). In corso di causa, l'assicurato ha prodotto una certificazione del dott. _____, il quale ha puntualizzato che il Tegretol ® (carbamazepina) “... viene utilizzato non tanto come antidepressivo in senso lato ma piuttosto come stabilizzatore dell'umore, per esempio potrebbe essere usato nella terapia di base in pazienti con una problematica bipolare (depressiva-maniacale) con l'idea di rendere l'umore del paziente più stabile, ...” (allegato al doc. XXII). 2.6. Per costante giurisprudenza, in un procedimento

assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale mentre invece nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (cfr. RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STFA U 259/02 dell'8 luglio 2003, consid. 2.1.1; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in BJM 1989, p. 30ss.). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV 10, p. 33ss. e RAMI 1999 U 356, p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento (cfr. anche Pratique VSI 2001 p. 108ss.). Per quel che riguarda le perizie allestite da specialisti esterni all'amministrazione, il TFA ha pure loro riconosciuto pieno valore probante, fintantoché non vi sono degli indizi concreti che facciano dubitare della loro attendibilità (cfr. STFA U 168/02 del 10 luglio 2003; DTF 125 V 353, consid. 3b/bb). In una sentenza 8C_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti.

2.7. Nella concreta evenienza, tutto ben considerato, questa Corte ritiene di poter fondare il proprio giudizio sulla valutazione espressa dalla Prof.ssa _____, responsabile dell'Unità per lo studio dell'epilessia dell'Ospedale universitario di _____ e, quindi, autorevole specialista proprio nella materia che qui interessa. In questo senso, occorre sottolineare come la specialista appena citata, appositamente interpellata dal TCA in corso di causa, abbia saputo rispondere, in maniera convincente, alle diverse obiezioni sollevate dall'assicurato (rispettivamente dal suo neurologo curante). Ella ha spiegato che i termini "in remissione" non contraddicono la conclusione secondo la quale il sospetto di epilessia non ha trovato conferma, posto che detti termini sono riferiti alla sintomatologia denunciata dal ricorrente (la quale aveva alimentato il sospetto - poi non confermato - di epilessia; cfr. doc. VII). D'altro canto, la dott.ssa _____ ha indicato che gli esiti dei pregressi EEG, effettuati presso il dott. _____ e il dott. _____, non bastano per porre la diagnosi di epilessia (per quanto riguarda l'EEG eseguito dal dott. _____, lo stesso dott. _____ ne aveva d'altronde già relativizzato il significato - si veda il doc. 164 b: "Un épisode comportant une aura de cette nature a été enregistré par vos soins, il est vraisemblablement artéfacté par les tremblements (volontaires) du patient ." - il corsivo é del redattore). In particolare, trattandosi di quello datato 20/21 dicembre 2010, ella ha precisato che il parossismo registrato in quell'occasione non é ancora indicativo, potendo ritrovare questo genere di anomalia anche in pazienti affaticati oppure con emicrania (cfr. doc. XVIII, risposta al quesito n. 1). Infine, riguardo alla sua proposta di continuare a somministrare la

carbamazepina (che é principalmente un antiepilettico), tale proposta era stata formulata in funzione della diagnosi emersa dalla valutazione psichiatrica, a scopo timoregolatore. Non trova quindi conferma quanto affermato dal patrocinatore dell'assicurato secondo cui la dott.ssa _____, in realtà, non se la sarebbe sentita di assumersi la responsabilità di togliere un antiepilettico (cfr. doc. IX). La specialista aveva del resto prescritto la continuazione della terapia con la carbamazepina per un tempo limitato, per la precisione sino alla presa a carico psichiatrica dell'assicurato, alloquando si sarebbe dovuto rivalutarne l'indicazione (cfr. doc. 202, p. 5: "Nous proposons de garder le carbamazepine comme traitement tymoregulateur jusqu'à une prise en charge psychiatrique avec re-évaluation de l'indication de ce molécule."). In esito a tutto quanto precede, questo Tribunale ritiene dimostrato, perlomeno secondo il criterio della verosimiglianza preponderante, caratteristico del settore della sicurezza sociale (cfr. DTF 125 V 195 consid. 2 e riferimenti; 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 i noti disturbi di cui soffre l'insorgente non correlano con dei postumi organici oggettivabili (cfr. doc. 202, p. 4: "Les différents examens (Vidéo-EEG de longue durée après sevrage médicamenteux et IRM cérébrale) qui se sont avérés dépourvus d'anomalies ... " - il corsivo é del redattore) e che essi non sono inquadrabili nella diagnosi di epilessia. È utile segnalare che, in una sentenza 8C_90/2012 del 12 dicembre 2012 consid. 4.3, il TF ha indicato che l'epilessia é una patologia del sistema nervoso il cui attacco, quale fenomeno elettrico anormale, viene oggettivato grazie all'EEG, quindi mediante immagini. D'altro canto, il semplice fatto che dalla TAC e dalla RMN non emergano elementi a favore di una contusione cerebrale, non basta per negare la causalità. Dal profilo medico, un trauma cranio-cerebrale può essere considerato la causa di un attacco epilettico, anche in assenza di una contusio cerebri e di una perdita di conoscenza.

2.8. L'assenza di postumi organici oggettivabili, suscettibili di spiegare il disturbo accusato dal ricorrente, non esclude a priori l'esistenza di un nesso di causalità naturale con l'evento traumatico in esame (cfr. SVR 2012 UV n. 5 p. 17 [8C_310/2011] consid. 5.1 con riferimenti). Nel caso di disturbi in relazione di causalità naturale con l'infortunio, ma senza deficit funzionali organici oggettivabili, occorre piuttosto procedere a un esame particolare dell'adeguatezza del nesso causale. Se da tale esame emerge non essere dato il necessario nesso di causalità adeguata, si può rinunciare a esperire ulteriori indagini sulla questione della causalità naturale tra l'infortunio e i disturbi lamentati (DTF 135 V 465 consid. 5.1). La questione che si pone é prima di tutto quella di sapere se l'esame dell'adeguatezza debba avvenire in base alla prassi sviluppata nella DTF 117 V 359ss. relativamente ai "colpi di frusta" (lesione equivalente della colonna cervicale o traumatismo cranio-cerebrale) e precisata nella DTF 134 V 109 oppure secondo i criteri applicabili in caso di evoluzione psichica anormale conseguente a infortunio (DTF 115 V 133). Secondo una costante giurisprudenza federale, l'applicazione della prassi sui "colpi di frusta" presuppone che il trauma cranio-cerebrale patito abbia raggiunto il limite di una contusio cerebri , non essendo per contro sufficiente che esso abbia presentato la gravità di una commotio cerebri (cfr. STF 8C_754/2011 del 20 agosto 2012 consid. 6.1, 8C_270/2011 del 28 luglio 2011 consid. 2.1, 8C_248/2010 del 17 giugno 2010 consid. 3.1, 8C_837/2009 del 25 febbraio 2010 consid. 2.1 e 8C_476/2007 del 4 agosto 2008 consid. 4.1.3). Nel caso di specie, dalla documentazione medica agli atti, in particolare dal rapporto di uscita dell'Ospedale regionale di _____ (cfr. doc. 10) nonché dai referti 15 luglio e 28 agosto 2009 del neurologo dott. _____ (cfr. doc. 48 e 61), si evince che il trauma cranio-cerebrale

riportato da RI 1 ha raggiunto la gravità di una commozione cerebrale ma non il limite di una contusio cerebri , ciò che non basta per applicare la prassi sui “colpi di frusta”. Ne discende che l’adeguatezza deve dunque essere valutata in applicazione della “ psico-prassi ”. 2.9. In quest'ambito la giurisprudenza ha classificato gli infortuni, a seconda della dinamica, nella categoria degli eventi insignificanti o leggeri, in quella degli eventi gravi e in quella degli eventi di grado medio (DTF 115 V 133 consid.

E. 6

p. 138 segg.). Nei casi di infortunio insignificante (l'assicurato per esempio ha leggermente battuto la testa o si è slogato il piede) o leggero (egli ha fatto una caduta o scivolata banale), l'esistenza di un nesso di causalità adeguata tra evento ed eventuali disturbi psichici può di regola essere a priori negata. Secondo l'esperienza della vita e ritenute le cognizioni acquisite in materia di medicina degli infortuni, può in effetti essere ammesso, senza dover procedere ad accertamenti psichici particolari, che un infortunio insignificante o leggero non sia di natura tale da provocare un'incapacità lavorativa e di guadagno di origine psichica. Se l'assicurato è rimasto vittima di un infortunio grave, l'esistenza del nesso di causalità adeguata tra evento e successiva incapacità lavorativa dovuta a disturbi psichici deve di regola essere riconosciuta. Secondo il corso ordinario delle cose e l'esperienza della vita gli infortuni gravi sono in effetti idonei a provocare danni invalidanti alla salute psichica. Sono considerati infortuni di grado medio tutti gli eventi che non possono essere classificati nelle due predette categorie. La questione di sapere se tra simile infortunio e incapacità lavorativa e di guadagno di origine psichica esista un rapporto di causalità adeguata non può essere risolta con solo riferimento all'evento stesso. Occorre piuttosto tener conto, da un profilo oggettivo, di tutte le circostanze che sono strettamente connesse con l'infortunio o che risultano essere un effetto diretto o indiretto dell'evento assicurato. Esse possono servire da criterio di apprezzamento nella misura in cui secondo il corso ordinario delle cose e l'esperienza della vita sono tali da provocare o aggravare, assieme all'infortunio, un'incapacità lavorativa e di guadagno di origine psichica. I criteri di maggior rilievo sono: le circostanze concomitanti particolarmente drammatiche o la particolare spettacolarità dell'infortunio; la gravità o particolare caratteristica delle lesioni lamentate, segnatamente la loro idoneità, secondo l'esperienza, a determinare disturbi psichici; la durata eccezionalmente lunga della cura medica; i dolori somatici persistenti; la cura medica errata che aggrava notevolmente gli esiti dell'infortunio; il decorso sfavorevole della cura e le complicazioni rilevanti intervenute; il grado e la durata dell'incapacità lavorativa dovuta alle lesioni fisiche. Non in ogni caso è necessario tener conto di tutti i criteri summenzionati. A seconda delle circostanze ne può bastare un unico per riconoscere l'esistenza di un nesso di causalità adeguata tra infortunio e incapacità lavorativa e di guadagno di origine psichica. Nel caso in cui nessun criterio riveste da solo un'importanza particolare o decisiva, occorrerà invece riferirsi a più criteri. Ciò vale tanto più, quanto meno grave sia l'infortunio. Se per esempio l'infortunio di grado medio è al limite della categoria degli eventi insignificanti o leggeri, gli altri criteri oggettivi da ritenere devono essere adempiuti cumulativamente o rivestire un'intensità particolare perché l'adeguatezza possa essere riconosciuta (RAMI 1990 no. U 101 p. 215, U 42/86 consid. 8c/bb; RtiD 2004 I no. 66 p. 204 seg., U 176/02 consid. 2.6 con riferimenti). 2.10. Nel valutare l'adeguatezza del legame causale, occorre procedere alla classificazione dell'infortunio occorso all'assicurato il 16 settembre 2008. Questa la descrizione dell'evento che risulta dal rapporto di polizia del 27 ottobre 2008: " Per quanto riguarda la dinamica dell'incidente si precisa esservi stata una collisione fra questa moto e la nostra vettura di servizio. L'auto di

polizia al momento del fatto stava effettuando una corsa d'urgenza per recarsi sul luogo di un avvenimento che, data la fattispecie, richiedeva una celerità d'intervento. (...). Al momento in cui ricevevano questo ordine si trovavano fermi al semaforo posto all'altezza del ristorante "_____ " ad una ventina di metri di distanza dal luogo del sinistro. Inseriti i segnali prioritari (faro blu e bitono) svoltavano a sinistra su _____ e, percorso il breve tratto rettilineo, giungevano all'intersezione dove é avvenuto l'incidente. Siccome il semaforo che li riguardava aveva acceso la luce rossa avanzavano lentamente per dare la possibilità ai veicoli provenienti sulla principale di concedere loro la precedenza. Visto che una vettura circolante sulla corsia più vicina si arrestava per farli passare procedevano lentamente in avanti per poter scorgere se la corsia più lontana fosse libera. Per accertarsi che non vi fossero veicoli in arrivo si fermavano al centro della strada. In quel frangente, alla loro sinistra, sopraggiungeva il motociclista RI 1, il quale, trovandosi ostruito il passaggio, frenava bruscamente ma il tentativo di evitare di andare a collidervi contro risultava infruttuoso. Pertanto il mezzo meccanico e il suo conducente andavano a sbattere contro la fiancata sinistra dell'auto." (doc. 17, p. 4) RI 1, sedato sul posto a causa del suo stato di agitazione psicomotoria, é stato trasportato in ambulanza presso l'Ospedale regionale di _____, i cui sanitari hanno diagnosticato un trauma cranico commotivo, una frattura del radio distale di destra, una lussazione dell'articolazione interfalangea del dito medio della mano sinistra, una contusione polmonare, nonché un'enfisema prevertebrale. L'assicurato é stato dimesso già il 19 settembre 2008 in buone condizioni generali (cfr. doc. 10). Il 23 settembre 2008 (e sino al 25 settembre 2008), egli é stato nuovamente ricoverato per sottoporsi all'intervento di osteosintesi al radio distale destro (cfr. doc. 12). L'insorgente ha ripreso a lavorare il 10 novembre 2008 (cfr. doc. 18), rispettivamente il 13 gennaio 2009, dopo una breve ricaduta (dovuta a dolori al dito medio della mano sinistra) (cfr. doc. 23). La contusione polmonare non ha lasciato sequele (si veda la perizia 8 luglio 2009 del pneumologo dott. _____ - doc. 46), come non le hanno del resto lasciate l'enfisema prevertebrale (cfr. doc. 10, p. 2) e la lussazione a livello del dito medio sinistro (cfr. doc. 90, p. 2). Per quanto riguarda la frattura del radio distale destro, l'insorgente ha invece reliquato una lieve irritazione del nervo mediano all'altezza del canale carpale con limitazione della funzione del polso e calo della forza (doc. 232 e doc. 238). Tenendo in considerazione le lesioni riportate e la dinamica del sinistro, nonché ricordato che si deve fare astrazione da come l'assicurato ha avvertito lo choc traumatico (cfr. RAMI 1999 U 335, p. 209 consid. 3b/bb), l'infortunio occorso a RI 1 non può essere classificato né fra quelli leggeri ma neppure fra quelli gravi: si tratta di un infortunio di media gravità in senso stretto. Si osserva che la Corte federale, in una sentenza U 228/06 del 4 maggio 2007, ha qualificato come infortunio di grado medio il sinistro occorso a un'assicurata investita da un'autovettura mentre stava attraversando le strisce pedonali. Ella aveva riportato la frattura delle due ossa della gamba sinistra, un trauma cranico con perdita di conoscenza, delle ferite lacero-contuse al cuoio capelluto e al labbro superiore, come pure delle contusioni multiple. L'Alta Corte ha parimenti qualificato di grado medio il sinistro in cui un assicurato é stato investito da un'automobile che viaggiava a una velocità di 40-50 km/h, lamentando un trauma cranico semplice con perdita di conoscenza, nonché delle fratture a livello costale, del collo del perone, del naso e dell'acromion sinistro (STF U 128/03 del 23 settembre 2004 consid. 5.2.2). In un altro giudizio U 142/03 del 12 gennaio 2004, il TFA ha classificato quale infortunio di grado medio, escludendo però che si trattasse di un sinistro al limite della categoria degli eventi gravi, l'evento in cui un assicurato era stato investito da un'autovettura, subendo contusioni alla schiena, ai gomiti

ed escoriazioni. La nostra Massima Istanza ha, poi, proceduto a un'identica classificazione in una sentenza U 183/00 del 29 gennaio 2001, in cui un motociclista si era scontrato con un'autovettura proveniente in senso inverso che gli aveva tagliato la strada nello svoltare a sinistra. A seguito della collisione, l'assicurato era scivolato assieme alla propria moto e si era ritrovato immobilizzato sotto una vettura parcheggiata a qualche metro di distanza. Dei terzi erano rapidamente intervenuti per liberarlo e per togliere il contatto alla moto. Trasportato all'ospedale, i sanitari avevano diagnosticato un trauma cervicale, nonché delle contusioni a livello della spalla, del gomito e della caviglia sinistra. In una sentenza 8C_897/2009 del 29 gennaio 2010 consid. 4.5, pubblicata in SVR 2010 UV Nr. 25 p. 100 seg., il TF ha ribadito che - in caso di infortuni che fanno parte della categoria di grado medio vera e propria -, devono essere adempiuti almeno tre dei criteri di rilievo affinché possa essere riconosciuta l'esistenza del nesso causale adeguato. Occorre preliminarmente osservare che nell'apprezzamento dell'adeguatezza del nesso di causalità in materia di turbe psichiche, vanno considerati unicamente i disturbi di natura organica che si trovano in una relazione di causalità, naturale e adeguata, con il sinistro assicurato (cfr. RAMI 1999 U 341 p. 409 e RAMI 1993 U 166, p. 94 consid. 2c e riferimenti). L'infortunio occorso all'insorgente non risulta particolarmente drammatico o spettacolare. Il TFA è del resto giunto alla medesima conclusione nel caso, citato in precedenza, di un motociclista scontratosi con un'autovettura che, nello svoltare a sinistra, gli aveva tagliato la strada (cfr. STFA U 183/00 del 29 gennaio 2001 consid. 3.5). Quelle riportate dal ricorrente - in sostanza un trauma cranico commotivo, la frattura del radio distale di destra e la lussazione dell'articolazione interfalangea del dito medio a sinistra -, non costituiscono delle lesioni organiche gravi o particolarmente idonee a provocare un'elaborazione psichica abnorme (cfr., a mero titolo esemplificativo, la STF 8C_52/2008 del 5 settembre 2008 consid. 8.2 riguardante un assicurato che, caduto dopo essere stato urtato da un'autovettura, aveva accusato una commotio cerebri, una contusione toracica a destra con una serie di fratture costali, nonché alcune ferite lacero-contuse alla parte sinistra del volto). Dalle carte processuali neppure risulta che l'assicurato sia rimasto vittima di una cura medica errata e notevolmente aggravante degli esiti dell'evento traumatico. Per quanto attiene alla durata della cura medica, quest'ultima non è stata eccezionalmente lunga. Infatti, dopo le cure iniziali che hanno necessitato di due brevi degenze presso l'Ospedale regionale di _____ (16-19 settembre 2008 e 23-25 settembre 2008; la rimozione del materiale di osteosintesi, avvenuta l'11 maggio 2010, è stata eseguita ambulatorialmente), la terapia è essenzialmente consistita in sedute ambulatoriali di ergoterapia (nell'incarto risulta documentato un solo ciclo [iniziato il 6 ottobre 2008 - cfr. doc. 13], secondo la perizia di parte del Prof. dott. _____, le cure riabilitative sarebbero proseguite sino al 31 gennaio 2009 [cfr. doc. 31, p. 4]), oltre all'assunzione di farmaci per controllare i dolori e la nota sintomatologia neurologica. Al riguardo, va segnalato che, secondo la giurisprudenza federale, in questo contesto deve essere considerato esclusivamente il trattamento terapeutico necessario. Non ne fanno parte i provvedimenti diagnostici, né le semplici visite di controllo presso il medico (cfr. STF 8C_934/2010 dell'8 novembre 2011 consid. 4.2 e riferimenti ivi citati). D'altro canto, l'assunzione di medicinali antalgici e la prescrizione di trattamenti basati su manipolazioni sono state giudicate insufficienti per l'adempimento del criterio in questione, anche se hanno avuto una certa durata (cfr. STF 8C_577/2007 del 23 gennaio 2008 consid. 7 e riferimento ivi citato). Nemmeno il criterio del grado e della durata dell'incapacità lavorativa dovuta alle lesioni fisiche è soddisfatto. In proposito, il TCA osserva che, terminate le cure mediche iniziali, RI 1 ha ripreso il proprio lavoro a

tempo pieno già a decorrere dal 10 novembre 2008 (cfr. doc. 18), attività proseguita - eccezion fatta per i periodi 18 dicembre 2008-12 gennaio 2009 e 12-30 agosto 2009 (corrispondenti alla ricaduta del 30 dicembre 2008 - cfr. doc. 22, rispettivamente a quella del 19 agosto 2009 - cfr. doc. 56) -, sino all'intervento di asportazione del materiale di osteosintesi dell'11 maggio 2010 (cfr. doc. 104). Se è vero che da quella data l'assicurato non ha più lavorato, è altrettanto vero che, nonostante i disturbi al polso destro e la problematica neurologica, egli è stato dichiarato in grado di svolgere un'attività alternativa adeguata in misura completa (cfr. referto 3 dicembre 2010 del chirurgo della mano dott. _____, doc. 140, p. 2 e rapporto 13 settembre 2011 del neurologo dott. _____, doc. 185). Ora, il Tribunale federale ha già avuto modo di precisare che il criterio qui in discussione non è riferito soltanto alla capacità nella professione precedentemente svolta dall'assicurato (cfr. SVR 2007 UV n. 25 consid. 8.6.1 e riferimenti ivi menzionati). In queste condizioni, può rimanere indeciso se sono adempiuti il criterio dei dolori somatici persistenti e quello del decorso sfavorevole della cura e delle complicazioni rilevanti intervenute, poiché, in presenza di un infortunio classificato fra quelli di media gravità in senso stretto, questi due criteri da soli non potrebbe comunque giustificare l'adeguatezza del nesso di causalità, (cfr. RDAT 2003 II n. 67 p. 276, U 164/02 consid. 4.7; RSAS 2001 p. 431, U 187/95). In esito a quanto precede, si deve concludere che il noto disturbo neurologico denunciato da RI 1 non costituisce una conseguenza adeguata dell'evento infortunistico che lo ha visto vittima il 16 settembre 2008. Se ne deduce quindi che l'assicuratore resistente era legittimato a negare la propria responsabilità al riguardo. In conclusione, la decisione su opposizione del 13 giugno 2012 deve essere confermata.

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