

## **TI\_GERICHTE 35.2014.79 vom 30. November 2015**

TI Tribunale d'appello, 2015-11-30, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_35.2014.79](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2014.79)

FR: TI\_GERICHTE 35.2014.79 du 30 novembre 2015

IT: TI\_GERICHTE 35.2014.79 del 30 novembre 2015

### **Regeste**

Incidente stradale con distorsione cervicale. Sintomatologia non oggettivabile. Causalità adeguata (causalità naturale rimasta indecisa) dichiarata estinta a distanza di tre anni circa dal sinistro

### **Erwägungen**

#### **E. 32**

I). Dopo aver ricostruito l'anamnesi del ricorrente (cfr. doc. M 32 I, p. 3 – 14) e averne descritto lo status clinico e radiologico (cfr. doc. M 32 I, p. 15 - 23), i periti hanno formulato le diagnosi di stato da pregressa collisione frontale del 23 luglio 2010 con assenza di danni organico-strutturali documentabili dovuti all'infortunio, assenza di deficit neurologici, assenza di deficit neuropsicologici e assenza di malattia psichiatrica reattiva. Essi hanno per contro riscontrato alcune patologie - ritenute essere estranee all'infortunio del luglio 2010 - nella forma di una pregressa frattura del corpo vertebrale di C7 (infortunio del 1995), di manifestazioni degenerative interessanti tutti i livelli della colonna cervicale, con disidratazione dei dischi intervertebrali (RMN del 2003), nonché di disturbi neurasteniformi associati a esaurimento, poca resistenza al lavoro, problemi di memoria e concentrazione (cfr. doc. M 32 I, p. 31). Chiamati a esprimersi sulla natura dei disturbi denunciati dall'insorgente, i sanitari dell'\_\_\_\_\_ hanno sostenuto che “non sussistono riscontri oggettivi che consentano di motivare un danno organico-strutturale conseguente a infortunio. Il nesso tra i disturbi soggettivi e l'infortunio del 23.7.2010 è pertanto da considerarsi possibile (anche se piuttosto inverosimile), ma assolutamente non prevalentemente probabile.”. A proposito di un eventuale stato patologico preesistente, essi hanno osservato che “prima dell'infortunio l'assicurato si considerava sano e resistente al lavoro. Negli atti è documentata la frattura della vertebra T7 nel 1995 nell'ambito di un infortunio con lo snowboard, nonché una patologia che interessa tutte le regioni della colonna vertebrale cervicale, rilevata l'ultima volta nel 2003 con MRI.”. Per quanto concerne l'eventuale ruolo causale giocato da queste preesistenze nella genesi degli attuali disturbi, secondo gli specialisti \_\_\_\_\_, “..., anche considerando le alterazioni degenerative preesistenti del rachide cervicale, non troviamo riscontri oggettivi in grado di spiegare la notevole sintomatologia dolorosa.”. Ciò nonostante, sempre a loro avviso, proprio “in considerazione delle alterazioni degenerative preesistenti della colonna vertebrale cervicale, un deterioramento transitorio dello stato in seguito all'infortunio del 23 ottobre 2010 appare possibile; tuttavia a nostro avviso un simile deterioramento transitorio non può essere ipotizzato (che, ndr) per un periodo di alcune settimane o di pochi mesi successivamente all'infortunio, in quanto non esistono referti patologici oggettivi che consentano di convalidare un simile deterioramento perdurante.” (doc. M 32 I, p. 32). Trattandosi dell'ulteriore procedere terapeutico, i sanitari dell'IB hanno dichiarato di

ritenere che "... nel frattempo lo stato finale sia stato raggiunto. Non sussiste il rischio di un deterioramento in quanto non vi è alcun danno organico-strutturale comprovabile dovuto all'infortunio che potrebbe deteriorare." (doc. M 32 I, p. 33). Unitamente alla propria impugnativa, l'assicurato ha prodotto un rapporto, datato 30 dicembre 2013, mediante il quale il suo psichiatra curante ha commentato criticamente la perizia allestita dall' \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_. In particolare, il dott. \_\_\_\_\_ ha definito "... assurde le conclusioni dei periti laddove, in modo perentorio basandosi sull'assenza di prove cliniche obiettive, escludono il trauma infortunistico come causa del persistente deficit del funzionamento psicocognitivo e della marcata affaticabilità.". A proposito dell'affermazione dei periti amministrativi secondo cui la diagnosi di sindrome post-commotiva non sarebbe giustificata, lo psichiatra ha invece sostenuto sussistere "... sufficienti elementi per porre la Diagnosi di ICD 10 – F 07-2 Sindrome post-commotiva. Infatti ritengo che nell'ambito della perizia \_\_\_\_\_ non siano stati effettuati sufficienti esami di laboratorio, in particolare quelli citati nell'ICD 10 (elettroencefalografia, potenziale evocati troncocefalici, tecniche di visualizzazione cerebrale, oculo nistagmografia), e che in assoluto ciò rimette in discussione le stesse considerazioni finali della perizia \_\_\_\_\_, in particolare la totale esclusione delle conseguenze post-infortunistiche sull'attuale persistenza del deficit esecutivo-operativo e dell'affaticabilità. A questo proposito, e pur non essendo competente in neurologia e traumatologia, affermo che notoriamente traumi cerebrali come il colpo di frusta possono generare microlesioni al tessuto cerebrale con svariate conseguenze, transitorie ma anche croniche, sull'intero funzionamento somatico, neuropsicologico e/o psichico." (doc. 7). L'assicurato ha pure versato agli atti di causa il referto relativo a una valutazione neuropsicologica eseguita il 6 giugno 2014 presso il Servizio di neurologia dell'Ospedale regionale di \_\_\_\_\_. Da questo documento risulta che RI 1 lamentava una "facile affaticabilità e marcata riduzione della velocità di risposta in compiti attentivi. Tali difficoltà sono di ordine "quantitativo" ed emergono in prevalenza durante compiti che richiedono attenzione sostenuta e una concentrazione prolungata. Pienamente nella norma le restanti funzioni cognitive indagate e il controllo "qualitativo" dell'attenzione, con risposte generalmente corrette anche se rallentate." (doc. 11). In corso di causa, gli esperti incaricati dall'amministrazione hanno risposto, in particolare, alle obiezioni sollevate dal dott. \_\_\_\_\_. A loro avviso, "le sue riflessioni diagnostiche non poggiano su reperti oggettivabili, bensì su dichiarazioni rilasciate dall'assicurato. Fatto sta che l'incidente del 23.7.2010 non ha condotto a lesioni comprovabili né a livello di apparato motorio, né di sistema nervoso centrale o periferico. Pertanto, se il Dr. \_\_\_\_\_ afferma che un colpo di frusta possa generare microlesioni, si tratta di mera speculazione. Inoltre, sulla base della nostra visita neurologica, psichiatrica e neuropsicologica non è stato possibile oggettivare uno stato di post commozione. A nostro avviso, la proposta avanzata dal Dr. \_\_\_\_\_ di eseguire ulteriori visite non è appropriata finché a livello clinico non sono presenti indizi anche solo parziali di un sostrato organico leso a conseguenza dell'infortunio." (doc. IX 2, p. 2). Nel mese di settembre 2015, il ricorrente ha prodotto nuova documentazione. In base all'analisi tecnica dell'incidente eseguita dall'ing. \_\_\_\_\_, l'autovettura condotta da RI 1 ha subito una variazione di velocità (delta-v) di 11.06 km/h (cfr. doc. 14). D'altro canto, l'esame PET/CT cerebrale del 12 dicembre 2014 ha mostrato un ipometabolismo a livello della corteccia temporale mesiale bilaterale da correlare al quadro clinico-anamnestico (cfr. allegato al doc. 13). Con rapporto del 22 giugno 2015, la PD dott.ssa \_\_\_\_\_, Primario del \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, ha segnatamente indicato

che il reperto emerso dall'esame strumentale appena citato potrebbe correlare con le difficoltà neuropsicologiche denunciate dall'insorgente. Tuttavia, ella ha precisato che l'accertamento in questione non può fornire la prova dell'esistenza di un legame causale tra l'evento infortunistico e le alterazioni rilevate. Un ipometabolismo bilaterale a livello della corteccia temporale mesiale, senza ulteriori lesioni strutturali, non viene descritto nella letteratura quale conseguenza traumatica. Secondo la specialista privatamente consultata dall'assicurato, egli soffre di uno stato dopo distorsione cervicale (23 luglio 2010), di disturbi neurasteniformi associati a esaurimento, poca resistenza al lavoro, problemi di memoria e concentrazione (ICD-10: F48.0), di una modifica di personalità persistente in presenza di una sindrome dolorosa cronica (ICD-10: F62.80), di tratti di personalità narcisista (ICD-10: Z73) e di uno stato dopo frattura del corpo vertebrale di T7. Per quanto concerne specificatamente la diagnosi di disturbi neurasteniformi, ella ha sostenuto che non vi sono sicuri indizi circa l'assenza di un nesso temporale con il sinistro, ragione per la quale non può condividere la valutazione contenuta nella perizia amministrativa che si tratta di una diagnosi extra-infortunistica (doc. 15).

2.8. Nella concreta evenienza, alla luce di quanto emerge dalla documentazione che è stata riassunta al precedente considerando, occorre ritenere dimostrato, perlomeno con il grado di verosimiglianza richiesto dalla giurisprudenza, che la sintomatologia lamentata da RI 1, non correla a sufficienza con un danno infortunistico oggettivabile. In tale contesto va ricordato che, per poter parlare di lesioni traumatiche oggettivabili dal punto di vista organico, i risultati ottenuti devono essere confermati da indagini effettuate per mezzo di apparecchiature diagnostiche o di immagine radiologica e i metodi utilizzati riconosciuti scientificamente (STF 8C\_421/2009 del 2 ottobre 2009 consid. 3 e sentenze ivi citate; cfr. pure DTF 134 V 109 consid. 9 p. 122). In questo senso, in una sentenza pubblicata in SVR 4-5/2009 UV 18, p. 69ss., il TF ha precisato che reperti clinici quali miogelosi, dolori alla digitopressione del collo oppure limitazioni nella mobilità del rachide cervicale, non possono di per sé essere qualificati quale chiaro substrato organico dei disturbi (si veda pure la STF 8C\_416/2010 del 29 novembre 2010 consid. 3.2). L'Alta Corte ha, altresì, statuito che nemmeno le cefalee costituiscono la prova della presenza di un danno organico di natura infortunistica, sebbene esse possano essere classificate secondo la Classificazione Internazionale delle Cefalee (ICHD-II) della International Headache Society (cfr. SVR 2008 UV 2 p. 3; STF 8C\_680/2010 del 4 febbraio 2011 consid. 3.2; in materia di cefalee, si veda pure la DTF 140 V 290). In una sentenza U 273/06 del 9 agosto 2006 consid. 3.3, il TFA ha confermato che, per costante giurisprudenza, la neuropsicologia non è di per sé atta a dimostrare l'esistenza di disfunzioni cerebrali organiche derivanti da un infortunio. Nel caso di specie, gli accertamenti radiologici e strumentali che sono stati posti in atto giustificano questa conclusione, a cui sono peraltro giunti anche i periti amministrativi (cfr. doc. M 32 I, p. 32). In effetti, la RMN cervico-dorsale del 19 agosto 2010 (cfr. doc. M 7) ha mostrato, a livello di D7, una deformazione a cuneo imputabile a una vecchia frattura del 1995, nonché delle alterazioni degenerative cervicali, più marcate a livello di C5/C6 (in stato di disidratazione di praticamente tutti i dischi cervicali, già rilevato all'esame di RMN dell'ottobre 2003 – cfr. doc. M 14, p. 3). D'altro canto, la risonanza magnetica cerebrale del 7 maggio 2012 è risultata priva di particolarità (cfr. doc. M 28). Questa Corte non ignora che l'esame PET/CT del 12 dicembre 2014 ha evidenziato un ipometabolismo a livello della corteccia temporale mesiale bilaterale (allegato al doc. 13) e che, a detta della PD dott.ssa \_\_\_\_\_, tale reperto potrebbe correlare con i deficit neuropsicologici presentati dall'assicurato (cfr. doc. 15). Tuttavia, secondo una costante giurisprudenza federale, la

PET non è considerata un esame atto a oggettivare le conseguenze di un trauma d'accelerazione cervicale (cfr. DTF 134 V 231 , in particolare il consid. 5.4; RAMI 2001 U 422 p. 133, 2000 U 395 p. 316; STF U 231/06 del 15 giugno 2007 consid. 3.2). Del resto, la stessa specialista interpellata dal ricorrente ha ammesso che l'esame in questione non è suscettibile di dimostrare l'eziologia traumatica delle alterazioni eventualmente poste in luce (cfr. doc. 15, p. 3). A proposito dell'obiezione del dott. \_\_\_\_\_, secondo il quale per concludere all'assenza di sostrato organico sarebbero necessari ulteriori accertamenti (elettroencefalografia, potenziale evocati troncocefalici, tecniche di visualizzazione cerebrale e oculo nistagmografia – cfr. doc. 7), a prescindere dal fatto che lo stesso psichiatra curante ha dichiarato di non ritenersi competente in neurologia, il TCA osserva che la neurologa PD dott.ssa \_\_\_\_\_, consultata dall'insorgente per una sua presa di posizione sulla perizia amministrativa, ha sostenuto che il dossier avrebbe dovuto essere completato con (soltanto) un elettroencefalogramma (cfr. doc. 15, p. 4: “Anzumerken ist ebenso, dass das \_\_\_\_\_ zu keiner Zeit ein EEG bei dem Patienten veranlasst hat, welches aus unserer Sicht integraler Bestandteil der gutachterlichen Diagnostik bei dem vorliegenden Beschwerdebild sein sollte.”; in questo senso, si veda pure il doc. 16). A quest'ultimo riguardo, va rilevato che procedere all'accertamento auspicato dalla dott.ssa \_\_\_\_\_ si rivela superfluo in quanto il Tribunale federale ha già avuto modo di precisare che le risultanze di un EEG non bastano per ammettere la presenza di un danno cerebrale nel senso di un'alterazione strutturale di natura infortunistica (cfr. STF 8C\_890/2010 del 28 marzo 2011 consid. 3.2 e STFA 444/05 del 6 novembre 2006 consid. 5.1). Sempre con riferimento alla certificazione 30 dicembre 2013 del dott. \_\_\_\_\_, questo Tribunale prende atto che, a suo avviso, “... traumi cerebrali come il colpo di frusta possono generare microlesioni al tessuto cerebrale con svariate conseguenze, (...)” (cfr. doc. 7). Resta comunque il fatto che le approfondite misure diagnostiche a cui è stato sottoposto RI 1, non hanno consentito di oggettivare queste pretese microlesioni cerebrali. Per quanto attiene infine ai test diagnostici praticati dall'anestesiologo dott. \_\_\_\_\_ (cfr. doc. M 23), in una sentenza 35.2005.42 del 30 aprile 2007 consid. 2.15., cresciuta incontestata in giudicato, questa Corte ha concluso, anche in quella fattispecie, che i test in discussione non avevano permesso di oggettivare a sufficienza la causa dei disturbi, e ciò sulla base delle seguenti considerazioni: “ (...). Al riguardo, questo Tribunale osserva che l'efficacia della procedura seguita dal \_\_\_ e, in ultima analisi, anche la diagnosi del problema, dipende da come essa è stata avvertita dall'assicurato. Nel caso di specie, dopo la denervazione del lato sinistro e destro dell'articolazione di C4-C5, \_\_\_ ha denunciato una riduzione del 50% almeno dei dolori, motivo per cui lo specialista \_\_\_ appena menzionato ne ha dedotto che questi ultimi erano causati, in questa stessa proporzione, da un problema articolare posteriore, mentre l'altro 50% sarebbe da addebitare a una patologia interessante il disco intervertebrale (...). Ora, nella misura in cui la diagnosi del problema viene fatta dipendere direttamente da come, secondo l'interessato medesimo, il dolore è stato influenzato dalla terapia posta in atto, quindi da un giudizio puramente soggettivo, non si può ritenere che la causa dei disturbi sia stata sufficientemente oggettivata . In questo contesto, il TCA sottolinea che è notorio che sono diversi i fattori che condizionano la percezione del dolore, non da ultimo quelli legati alla personalità dell'assicurato.” (in questo stesso senso, si veda pure la STCA 35.2014.71 del 15 aprile 2015 consid. 2.10) 2.9. In assenza di un sufficiente sostrato organico oggettivabile, come è il caso nella presente fattispecie (si veda il consid. 2.8.), occorre effettuare un esame specifico dell'adeguatezza. Secondo la giurisprudenza federale, l'esame dell'adeguatezza del legame causale può però

avvenire, al più presto, quando l'assicuratore contro gli infortuni, in virtù dell'art. 19 cpv. 1 LAINF, é tenuto a chiudere un caso (con interruzione delle prestazioni di corta durata). Tale momento é dato quando dalla continuazione della cura medica non vi é più da attendersi dei notevoli miglioramenti e quando eventuali provvedimenti integrativi dell'assicurazione per l'invalidità si sono conclusi (cfr. DTF 134 V 109 consid. 4.3 con riferimenti). Nel caso concreto, non vi sono in discussione provvedimenti integrativi dell'AI, motivo per cui é determinante il momento in cui si é stabilizzato lo stato di salute dell'insorgente. Dal referto dell'\_\_\_\_\_ risulta che, al momento della visita peritale (luglio 2013), trascorsi circa tre anni dall'evento traumatico, lo stato di salute infortunistico non era più suscettibile di notevoli miglioramenti (cfr. doc. M 32 I, p. 33). Questa Corte non ha motivo di dubitare della fondatezza di tale valutazione. L'insorgente pretende sì il contrario (cfr. doc. I, p. 14), ma omette di sostanziare il proprio parere con delle certificazioni specialistiche. Assodato dunque che all'amministrazione non può essere rimproverato di aver prematuramente chiuso la pratica, si pone la questione di sapere se l'esame dell'adeguatezza deve avvenire in base alla prassi sviluppata nella DTF 117 V 359ss. relativamente ai "colpi di frusta" e precisata nella DTF 134 V 109, oppure secondo i criteri applicabili in caso di evoluzione psichica abnorme conseguente a infortunio (DTF 115 V 133ss.). Il TCA ritiene che tale questione possa rimanere irrisolta (cfr., fra le tante, la STF 8C\_252/2007 del 16 maggio 2008), nella misura in cui, come verrà dimostrato qui di seguito, anche applicando la prassi elaborata in materia di traumi del tipo "colpo di frusta", più favorevole al ricorrente, l'esito non potrebbe essere quello da lui auspicato.

2.10. Nel valutare l'adeguatezza del legame causale ai sensi della prassi sviluppata nella DTF 117 V 359, occorre innanzitutto procedere alla classificazione dell'infortunio occorso all'assicurato il 23 luglio 2010. Dal rapporto di polizia agli atti risulta la seguente dinamica: " (...). Rinaldo alla guida della sua \_\_\_\_\_, trainante rimorchio, circolava in territorio di \_\_\_\_\_ proveniente da \_\_\_\_\_ direzione \_\_\_\_\_ ad una velocità massima dichiarata di 50 km/h. La strada in oggetto, vista dalla direzione di marcia di questo protagonista è in discesa. Giunto poco prima della località di \_\_\_\_\_, nell'affrontare una curva piegante a destra il rimorchio che trainava iniziava a spingere fuoristrada. A questo punto perdeva il controllo del suo mezzo meccanico. Questo andava dapprima a cozzare contro un albero posto sulla destra. E successivamente lo stesso si capovolgeva sul fianco sinistro. Pure il monoasse trainato si rovesciava sul fianco andando a perdere parte del carico che aveva sul ponte (trattavasi di scarti vegetali). Quest'ultimo mezzo trainato prima di terminare la sua corsa andava a invadere parzialmente la corsia di contromano e a cozzare contro il veicolo che sopraggiungeva condotta dal RI 1. L'urto è avvenuto tra il rimorchio \_\_\_\_\_ e lo spigolo anteriore sinistro del veicolo condotto dal RI 1." (doc. P 1, p. 4) Tenuto conto della dinamica oggettiva dell'evento e precisato che, in questo contesto, non devono essere prese in considerazione le conseguenze dell'infortunio, nè le circostanze concomitanti (cfr. SVR 2008 UV Nr. 8 p. 26), secondo questo Tribunale, il sinistro accaduto all'insorgente costituisce un infortunio di grado medio, al limite però della categoria degli infortuni leggeri o insignificanti. A titolo di confronto, va ad esempio segnalato che, in una sentenza 8C\_481/2012 del 10 dicembre 2012 consid. 5, il TF ha qualificato allo stesso modo un incidente della circolazione in cui un'automobile proveniente da una strada secondaria aveva urtato con lo spigolo anteriore sinistro lo spigolo anteriore destro dell'autovettura al cui volante si trovava l'assicurato. La variazione di velocità (delta-v) subita da quest'ultima era compresa tra 17 e 21 km/h (nel caso di specie, in base alla valutazione dell'ing. \_\_\_\_\_, il delta-v è stato di 11.06 km/h, dunque ben al di sotto dei 20 – 30 km/h che

rappresentano il cosiddetto limite d'innocuità per i disturbi cervicali, in caso di collisioni frontali – cfr. in proposito la STF 8C\_327/2010 del 22 luglio 2010 consid. 5.2.1 e riferimenti). Il giudice è, quindi, tenuto a valutare le circostanze connesse con l'infortunio, secondo i criteri elaborati dal TFA e qui evocati al consid. 2.6.. Affinché possa essere ammessa l'adeguatezza del nesso causale, sarebbe necessario che un fattore sia presente in maniera particolarmente incisiva oppure l'intervento di più criteri. In una sentenza 8C\_897/2009 del 29 gennaio 2010 consid. 4.5, pubblicata in SVR 10/2010 UV 25 p. 100ss., il TF ha ribadito che - in caso di infortuni di media gravità ma che si trovano al limite della categoria di quelli leggeri -, devono essere adempiuti quattro criteri di rilievo affinché possa essere riconosciuta l'esistenza del nesso causale adeguato. Innanzitutto, questo Tribunale non può individuare nel modo in cui si è svolto il sinistro in questione delle circostanze concomitanti particolarmente drammatiche o una particolare spettacolarità. L'infortunio in questione non è comparabile ad altri casi nei quali l'Alta Corte ha ammesso l'esistenza di un simile criterio (cfr. ad es. la RAMI 1999 U 335 p. 207: incidente frontale in galleria con il coinvolgimento di tre autoveicoli, il decesso di uno degli interessati e il ferimento di diverse altre persone; oppure la STFA U 260/01 del 28 marzo 2002: assicurato eiettato dall'abitacolo della propria automobile a seguito del ripetuto cappottamento della stessa a una velocità di almeno 140 km/h). D'altro canto, il TCA non ritiene che quella riportata dal ricorrente – una semplice distorsione del rachide cervicale (la diagnosi di sindrome post-commotiva formulata dallo psichiatra dott. Cruciani non può essere ritenuta, in quanto dalla documentazione agli atti non emergono sufficienti elementi in tal senso – cfr. ad esempio, il doc. M 4: “Non picchia la testa sul poggiatesta, non perde conoscenza, non presenta amnesie pericircostanziali.”; si veda del resto il referto della neurologa PD dott.ssa \_\_\_\_\_, in cui non viene ripresa tale diagnosi) -, costituisca una lesione grave o particolarmente caratteristica. Secondo la giurisprudenza, per l'adempimento di tale criterio, la diagnosi di distorsione cervicale (oppure di un'altra lesione da trattare allo stesso modo nell'ambito dell'esame dell'adeguatezza) di per sé non basta. È inoltre necessario che i disturbi rientranti nel quadro clinico tipico per un infortunio del tipo colpo di frusta siano particolarmente gravi oppure che vi siano delle circostanze particolari che possano influire su tali disturbi. Queste ultime possono consistere in una particolare posizione del corpo e nelle complicazioni che ne sono conseguite (SVR 2007 UV 26 p. 86; RAMI 2003 U 489 p. 357 consid. 4.3 e riferimenti). Anche le eventuali importanti lesioni che la persona assicurata ha riportato accanto al trauma da colpo di frusta, al trauma equivalente oppure al trauma cranio-cerebrale, possono avere un significato (cfr. DTF 134 V 109 consid. 10.2.2 e riferimenti ivi citati). Nella presente fattispecie, non risulta documentato, e del resto neppure è stato fatto valere, che la posizione assunta dall'assicurato al momento dell'evento traumatico fosse particolare. D'altra parte, sebbene il rachide cervicale dell'insorgente presentasse uno stato preesistente di natura morbosa (nella forma di una disidratazione discale a tutti i livelli), la lesione subita non può comunque essere qualificata come particolarmente caratteristica, poiché perciò sarebbe necessario che, a causa di questo stato preesistente, l'assicurato fosse stato immediatamente prima dell'infortunio almeno parzialmente inabile al lavoro, ciò che non è però il caso (cfr. STF 8C\_759/2007 del 14 agosto 2008 consid. 5.3 e 8C\_544/2012 del 5 dicembre 2012 consid. 5.4). Infine, accanto al trauma d'accelerazione cervicale, egli non ha lamentato altre lesioni di rilievo. Tutto ciò non consente di ritenere che egli abbia riportato delle lesioni gravi o con caratteristiche particolari (cfr., in questo senso, la SVR 2009 UV 13, p. 52 consid. 7.2.5). Il TCA ritiene pure insoddisfatto il criterio della specifica cura medica protratta e gravosa. Precisato che

determinante è il periodo sino alla chiusura del caso (dunque sino al luglio 2013 – cfr. STF 8C\_252/2002 del 16 maggio 2008 consid. 7.3.3 e riferimenti), dalla documentazione agli atti risulta che, fatta eccezione per la degenza 7 agosto – 4 settembre 2012 presso la \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, la cura é essenzialmente consistita nell’assunzione di medicinali (soprattutto antidolorifici), in regolari sedute ambulatoriali di fisioterapia, agopuntura, chiropratica, osteopatia e psicoterapia, nonché in visite mediche di controllo (specialistiche e non). Conformemente alla giurisprudenza, provvedimenti diagnostici e semplici visite di controllo (cfr. STF 8C\_327/2008 del 16 febbraio 2009 consid. 4.2), come pure la somministrazione di farmaci antidolorifici (cfr. STF 8C\_507/2010 del 18 ottobre 2010 consid. 5.3.4), non fanno parte della cura medica ai sensi del criterio in discussione. Inoltre, provvedimenti quali la fisioterapia, la chiropratica, l’agopuntura, la terapia cranio-sacrale, l’osteopatia, nonché le sedute di neuropsicologia/psicoterapia, non possono essere definiti come particolarmente gravosi (cfr. STF 8C\_726/2010 del 19 novembre 2010 consid. 4.1.3 e 8C\_655/2010 del 15 novembre 2010 consid. 4.2.4 e riferimenti). Il TF ha del resto deciso in questo senso in una sentenza 8C\_401/2009 del 10 settembre 2009 consid. 3.4.3, riguardante un assicurato, vittima di un trauma distorsivo cervicale, che aveva beneficiato, oltre a una terapia antidolorifica medicamentosa, di una riabilitazione stazionaria e di fisioterapia ambulatoriale, nonché, in seguito, anche di cure psichiatriche/psicoterapiche, e in una sentenza 8C\_387/2011 del 20 settembre 2011 consid. 3.3.3, concernente un assicurato, vittima di un incidente stradale con commotio cerebri e contusione del rachide lombare, il cui trattamento era consistito essenzialmente in controlli presso il medico curante e in sedute di fisioterapia. L’Alta Corte ha ritenuto che nemmeno la degenza in clinica nel periodo 20 novembre 2007-17 gennaio 2008, la seguente ergoterapia ambulatoriale e l’ulteriore ospedalizzazione dal 20 luglio al 21 agosto 2008, potevano giustificare la realizzazione di questo criterio, precisato che per la realizzazione del criterio della specifica cura medica protratta e gravosa, la prassi pone delle esigenze decisamente più elevate. Nessun elemento all’inserto permette inoltre di ravvisare gli estremi per ammettere la presenza di una cura medica errata e notevolmente aggravante gli esiti dell’infortunio. Del resto, secondo la giurisprudenza, questo criterio non può già essere considerato realizzato quando un determinato provvedimento medico non si rivela finalmente efficace (cfr. SVR 2009 UV 41 p. 142 consid. 5.6.1). La medesima conclusione s’impone pure per il criterio del decorso sfavorevole della cura o delle complicazioni rilevanti intervenute. Per ammetterne la realizzazione dovrebbero essere date delle circostanze particolari che hanno pregiudicato la guarigione, le quali, nel caso di specie, non appaiono evidenti, né sono state d’altronde sostanziate dal ricorrente. In questo contesto, va segnalato che, secondo la giurisprudenza, il fatto che, nonostante regolari terapie, l’assicurato lamenti ancora disturbi e presenti ancora un’inabilità lavorativa non basta per riconoscere questo criterio (cfr. STF 8C\_213/2011 del 7 giugno 2011 consid. 8.2.5 e 8C\_80/2009 del 5 giugno 2009 consid. 6.5 e riferimenti). In questo senso, il Tribunale federale ha negato la realizzazione del criterio anche nel caso di un decorso indiscutibilmente protratto (cfr. STF 8C\_402/2011 del 10 febbraio 2012 consid. 5.4). In queste condizioni, può rimanere indeciso se sono adempiuti il criterio della rilevante incapacità lavorativa e quello dei notevoli disturbi, poiché questi criteri da soli - in presenza di un infortunio di grado medio al limite della categoria degli infortuni leggeri o insignificanti -, non potrebbero 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). Si deve quindi concludere che i disturbi denunciati da RI 1 dopo il 2 luglio 2013, non

costituivano più una conseguenza adeguata dell'evento infortunistico occorsogli il 23 luglio 2010. Facendo difetto l'adeguatezza, non è necessario approfondire la questione relativa all'esistenza del nesso di causalità naturale tra l'infortunio e il danno alla salute (cfr. SVR 1995 UV 23, p. 67 consid. 3c; STF U 17/07 del 30 ottobre 2007 consid. 3, U 606/06 del 23 ottobre 2007 consid. 4 e U 299/05 del 28 maggio 2007 consid. 5.2) e, quindi, neppure dar seguito alla richiesta di allestimento di una perizia giudiziaria pluridisciplinare. Posto che l'esistenza di un nesso causale naturale e adeguato tra l'infortunio e il danno alla salute costituisce un presupposto necessario del diritto alle prestazioni, qualunque sia la loro natura, difettando nel caso di specie l'adeguatezza, questo Tribunale può esimersi dal valutare il diritto dell'assicurato alle prestazioni di lunga durata, segnatamente all'IMI.

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