

TI_GERICHTE 35.2016.48 vom 6. März 2017

TI Tribunale d'appello, 2017-03-06, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2016.48

FR: TI_GERICHTE 35.2016.48 du 6 mars 2017

IT: TI_GERICHTE 35.2016.48 del 6 marzo 2017

Erwägungen

E. 23

novembre 2014 (cfr. doc. 58). Nel corso del mese di agosto 2015 ha avuto luogo un'ulteriore RMN dell'ATM, esame che ha posto in luce una posizione anteriorizzata del condilo sotto l' eminentia articularis, in presenza di una regolare relazione disco-condilare e di una normale escursione articolare durante l'apertura della bocca, nonché un allungamento della zona bilaminare e discreta sclerotizzazione della circonferenza superiore del condilo (cfr. doc. 67.1). In data 3 dicembre 2015, il ricorrente è stato visitato dal PD dott. _____, attivo presso il Centro di medicina dentaria dell'Ospedale _____ di _____. Questo specialista ha ricordato che, successivamente all'evento infortunistico del novembre 2014, l'assicurato ha lamentato una posizione viziata della mandibola e dolori a livello dell'ATM destra. Dall'esame clinico è risultata l'esistenza di un'articolazione dolorosa con allodinia cutanea in coincidenza con l'ATM destra, di un'oscillazione della mandibola verso sinistra in presenza di una non chiara posizione in sublussazione del condilo destro, nonché di contratture muscolari a livello masticatorio, della gola e del collo a destra. Radiologicamente, presenza di una zona bilaminare destra disomogenea, senza poter escludere dei piccoli elementi corpuscolati. Sempre secondo il dott. _____, quale diagnosi differenziale, avrebbe potuto entrare in linea di conto una neuropatia traumatica del nervo auricolotemporale destro (cfr. doc. 120). Da parte sua, con rapporto del 19 dicembre 2015, il PD dott. _____ ha formulato la diagnosi di sospetta contusione dell'ATM con possibile spostamento/rottura del disco (doc. 126, p. 1). La TAC della mascella eseguita l'11 gennaio 2016 ha mostrato il condilo destro anteriorizzato sotto l' eminentia articularis, una normale posizione del condilo sinistro, come pure l'assenza di una condrocalcinosi o di una condromatosi sinoviale (doc. 137.2). In data 19 gennaio 2016, RI 1 è stato periziato dal dott. _____, per conto della CO 1. Secondo l'esperto, il quale ha visitato personalmente l'assicurato ("... habe ich Herrn RI 1 am 19.01.2016 in meiner Praxis in Anwesenheit eines Übersetzers befragt und untersucht ..."), quest'ultimo presenta una posizione viziata della mandibola con posizione anteriorizzata del condilo articolare destro, ciò che impedisce l'assunzione di una normale occlusione e limita pure la capacità masticatoria. Sempre a suo avviso, sia clinicamente che radiologicamente, non vi sono indizi a favore dell'esistenza di un'alterazione strutturale patologica a livello dell'ATM destra. I disturbi/dolori denunciati dall'insorgente possono certo essere oggettivati solo parzialmente, tuttavia essi sono plausibili perlomeno per quanto riguarda la loro localizzazione. Si tratta principalmente di un dolore artrogeno, con partenza dall'ATM destra, senza però correlato patologico oggettivabile. Egli ha spiegato che, in occasione del noto infortunio, l'assicurato ha riportato (anche) una contusione dell'ATM destra, ciò che ha comportato una posizione antalgica della mandibola, la quale, protrattasi per lungo tempo, ha ora determinato una posizione viziata muscolarmente fissa. Si è in presenza unicamente di una lieve miotendinosi della muscolatura masticatoria, interessante in

particolare il musculus pterygoideus lateralis , il musculus masseter e il processus muscularis destro. Chiamato a pronunciarsi circa l'eziologia di tali disturbi, lo specialista interpellato dall'amministrazione ha sostenuto che essi costituiscono - " mit weit überwiegender Wahrscheinlichkeit " - una conseguenza naturale dell'infortunio occorso in data 23 novembre 2014 (doc. 148). Il 25 gennaio 2016, il ricorrente è stato di nuovo visitato dal PD dott. _____. In quell'occasione, lo specialista ha segnatamente indicato che la TAC dell'ATM destra effettuata nel frattempo, aveva consentito di escludere l'esistenza di elementi corpuscolati intrarticolari che, se presenti, avrebbero potuto impedire la retrusione della mandibola (doc. 155). Nell'aprile 2016, l'assicurato ha privatamente consultato il dott. _____, attivo presso il Centro di chirurgia maxillo-facciale della Clinica _____ di _____, su indicazione del dott. _____, medico-dentista (cfr. doc. W). A suo avviso, il quadro clinico deve essere valutato quale conseguenza infortunistica, siccome una ortopantomografia (OPT) eseguita prima dell'evento del novembre 2014 mostrava una posizione regolare del condilo e il paziente era completamente asintomatico (cfr. doc. Y). In corso di causa, il TCA ha interpellato il dott. _____, il quale è stato invitato a rispondere ad alcuni quesiti inerenti l'oggetto litigioso (cfr. doc. X). Rispondendo alla domanda se, alla luce di quanto da lui refertato clinicamente nel gennaio 2016 e degli esiti degli esami radiologici e strumentali a cui è stato sottoposto l'assicurato, i disturbi interessanti l'ATM vanno considerati oggettivamente ai sensi della giurisprudenza federale, lo specialista lo ha negato, precisando che né dal profilo clinico né da quello radiologico-strumentale sono emersi elementi a favore dell'esistenza di alterazioni strutturali organiche a livello dell'ATM destra (" Wie in meiner Beurteilung vom 25.01.2016 vermerkt, finden sich somit keine eindeutigen Hinweise auf eine strukturelle pathologische Veränderung im rechten Kiefergelenk ."). È stata unicamente riscontrata una posizione viziata del condilo destro, nel senso di una posizione antalgica, verosimilmente dipendente dai dolori e muscolarmente fissa. Il dott. _____ ha peraltro sostenuto che un'infiltrazione intrarticolare di anestetico locale potrebbe contribuire a chiarire la fattispecie dal profilo diagnostico (cfr. doc. XI, risposta ai quesiti n. 1 e 2). Sempre secondo lo specialista interpellato dal Tribunale, la problematica presentata da RI 1 va considerata in nesso causale naturale con l'infortunio del novembre 2014 e, possibilmente, quale parziale conseguenza di un'insufficiente assistenza/trattamento dello stato algico durante le prime settimane dopo il trauma (cfr. doc. XI, risposta al quesito n. 3). Il dott. _____ ha infine affermato che i referti dei dottori _____ e _____ (doc. 155 e doc. Y) non sono suscettibili di modificare la valutazione contenuta nel suo rapporto del 25 gennaio 2016, ma anzi la confermano (cfr. doc. XI risposta al quesito n. 4). Chiamata ora a pronunciarsi, vista anche l'assenza di pareri specialistici divergenti, questa Corte ritiene di poter fare propria la valutazione espressa dal dott. _____, secondo la quale i disturbi denunciati dall'assicurato a livello dell'ATM non sono stati sufficientemente oggettivati. L'esperto ha puntualmente motivato la propria opinione, spiegando che a causa del dolore generato dalla contusione riportata in occasione della nota caduta, la mandibola ha assunto una posizione antalgica la quale, protrattasi nel tempo, ha determinato una posizione viziata del condilo destro, muscolarmente fissa. Egli ha peraltro precisato che non è stato possibile oggettivare neppure se la persistente posizione anteriorizzata del condilo abbia provocato un incremento dei tessuti molli nella porzione posteriore dell'ATM. 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 (DTF 138 V 248 consid. 5.1; SVR 2012 UV nr. 5 p. 17). 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. Il TCA non ignora che, secondo il dott. _____ (una proposta analoga era stata del resto formulata anche dal Prof. dott. _____ – cfr. doc. S), un'infiltrazione intrarticolare potrebbe fornire elementi utili dal profilo diagnostico (cfr. doc. XI, p. 2). Occorre tuttavia segnalare che questa Corte ha già avuto modo di stabilire che simili test non sono atti a oggettivare a sufficienza un danno morfologico a cui correlare i disturbi lamentati dalla persona assicurata, e ciò nella misura in cui la diagnosi del problema viene fatta dipendere direttamente da come, in base alle indicazioni fornite dall'interessato stesso, il dolore è stato influenzato dalla terapia posta in atto, quindi da un giudizio puramente soggettivo (in questo senso, si veda la STCA 35.2005.42 del 30 aprile 2007 consid. 2.15., la STCA 35.2014.71 del 15 aprile 2015 consid. 2.10., confermata dal TF con sentenza 8C_361/2015 del 19 gennaio 2016 consid. 3.2 e la STCA 35.2014.79 del 30 novembre 2015 consid. 2.8.). In esito a tutto quanto precede, occorre dunque concludere che la problematica interessante l'ATM non correla a sufficienza con un danno strutturale oggettivabile. 2.6.2. Dalle tavole processuali emerge che, successivamente alla caduta del mese di novembre 2014, l'insorgente ha inoltre denunciato dei disturbi a livello cervico-cefalico. In data 6 febbraio 2015, egli ha privatamente consultato il dott. _____, spec. FMH in neurochirurgia. Dal suo referto si evince che, già antecedentemente al sinistro in discussione, RI 1 aveva lamentato una sintomatologia algica cervicale, per la cui diagnosi egli era stato segnatamente sottoposto a un esame di RMN nel maggio 2014 (referto prodotto sub doc. 21.1). Il dott. _____ ha quindi dichiarato che, da un confronto delle due risonanze, dalla seconda non risultano "... elementi riconducibili al trauma recente, ritenendo le degenerazioni discali compatibili con un evento non traumatico.". Lo specialista ha inoltre auspicato l'esecuzione di uno studio dinamico del rachide cervicale per escludere la presenza di un'instabilità, precisando che, in caso di esito negativo, la sintomatologia, in particolare quella derivante da un'importante contrattura della muscolatura latero-cervicale e della regione scapolo-omerale, avrebbe dovuto essere trattata mediante fisioterapia (doc. 11). Agli atti figurano alcune certificazioni del dott. _____, spec. FMH in fisioterapia. In particolare da quella datata 9 giugno 2015 risulta che, a quel momento, il ricorrente lamentava (oltre ai noti disturbi temporomandibolari e ad altri disturbi di cui si dirà in seguito) dolori cervico-cefalici, precisamente una cefalgia frontale ed occipitale prevalentemente sul lato destro e una cervicalgia. Il dott. _____ ha riferito di aver oggettivato dal suo punto di vista "... una contrattura muscolare dolorosa e tenace del muscolo elevatore della scapola, fascio superiore del trapezio, splenio del capo e del collo bilateralmente. Limitazione antalgica ai gradi medi dell'escursione articolare su tutti i piani del movimento. Non deficit neurologici

periferici agli arti superiori.” (doc. 54; dello stesso autore si veda pure il doc. 56). Il 16 giugno 2015 l’assicurato è stato periziato dal dott. _____, spec. FMH in neurologia, su incarico dell’amministrazione. Per quanto qui d’interesse, egli ha sostenuto che, dal profilo neurologico, “... non ci sono argomenti per una lesione dei segmenti cervicali, rispettivamente le loro articolazioni e neurologicamente non vi è una radicolopatia cervicale né argomenti per una mielopatia cervicale. Devo presumere che l’incapacità di muovere la colonna vertebrale è dovuta a una componente muscolare reattiva o a una componente funzionale. Quest’impressione clinica è anche sottolineata dalla descrizione della risonanza magnetica eseguita prima dell’incidente (doc. nr. 1 e doc. nr. 6) che mostra cambiamenti degenerativi invariati dopo l’incidente del 23.11.2014. Da parte mia non posso escludere il sospetto funzionale, comunque lo psichiatra, collega Dr. _____, potrebbe valutare questa componente in modo chiaramente più professionale.” (doc. 59). Nel mese di marzo 2016, il ricorrente è stato sottoposto a un’ulteriore RMN cervicale, esame che ha evidenziato la presenza di una piccola ernia discale sinistra a livello di C3-C4, di un’ernia discale mediana-paramediana destra a livello di C5-C6, di una protusione focale paramediana destra e paramediana sinistra a livello di C6-C7 e di un ispessimento ed edema delle parti molli sul profilo posteriore all’altezza di C7-Th1 (doc. X). Con rapporto del 6 luglio 2016, la dott.ssa _____, Caposervizio presso il Servizio di neurochirurgia dell’Ospedale _____ di _____, consultata dall’assicurato il 22 giugno 2016 in ragione dell’esistenza di “dolori cervicali che si irradiano nelle due braccia, soprattutto in quello destro, non corrispondente a un dermatomero, che va insieme a delle disestesie”, ha espresso il parere che tali disturbi sono riconducibili “... alla forte tensione muscolare paraspinale nucale che probabilmente è causata dalla sublussazione condilo-mandibolare destra e la consecutiva asimmetria. Penso che i sintomi siano collegati all’infortunio del 2014. In ogni caso non pongo indicazione a intervento neurochirurgico, consiglio piuttosto un ciclo di agopuntura per trattare la tensione muscolare ...” (doc. FF1 – il corsivo è del redattore). Dalla documentazione medica appena citata emerge che i disturbi cervico-cefalici denunciati dall’insorgente non correlano con le alterazioni oggettivate grazie agli esami strumentali praticati. È infatti parere unanime degli specialisti intervenuti che essi siano riconducibili piuttosto a problemi muscolari (contratture, tensioni), che di per sé non rappresentano un sufficiente substrato oggettivabile (al riguardo, si veda la STF 8C_744/2007 del 5 novembre 2008 consid. 4.5: “ Auch Verhärtungen und Verspannungen der Muskulatur, Druckdolenzen im Nacken sowie Einschränkungen der HWS-Beweglichkeit können für sich allein nicht als klar ausgewiesenes organisches Substrat der Beschwerden qualifiziert werden. Gleiches gilt für Nackenverspannungen bei Streckhaltung der HWS mit Retrohaltung (SVR 2008 UV Nr. 2 S. 3 E. 5.2 mit Hinweisen, U 328/06; Urteile 8C_33/2008 vom 20. August 2008 und 8C_806/2007 vom 7. August 2008).“), i quali, perlomeno secondo la dott.ssa _____, sarebbero provocati dalla disfunzione interessante l’ATM (che non è comunque risultata oggettivabile, così come indicato al consid. 2.8.1. in fine). Sempre in questo contesto, è utile segnalare che già antecedentemente all’infortunio qui in discussione, per la precisione a margine della consultazione del 26 marzo 2013, il dott. _____, spec. FMH in neurologia, aveva imputato le cefalee, la sintomatologia vertiginosa e le parestesie alla mano destra, alle contratture muscolari esistenti a livello cervicale e dei trapezi (cfr. doc. 117 – inc. _____ prodotto sub doc. XVI: “Inquadro le parestesie accusate dal paziente alla mano destra proprio nell’ambito delle contratture cervicali e dei trapezi, come si riscontra frequentemente in casi analoghi con irradiazione pseudoradicolare, soprattutto sulla parte

ulnare degli arti superiori. Anche le cefalee come la sintomatologia vertiginosa accusata dal paziente derivano dalle contratture cervicali, senza indizi di una problematica endocranica.”). A proposito dell’esistenza di una problematica muscolare a livello cervicale, si veda pure la certificazione 22 gennaio 2014 del dott. _____, medico curante (cfr. doc. 167 – inc. _____ prodotto sub doc. XVII: “L’esame clinico mostrava una mobilità ridotta della cervicale: (...). La rotazione della testa in posizione neutra verso sinistra fino a 45° verso destra appena 30°. La muscolatura cervicale era indurita, dolente al minimo tocco.” – il corsivo è del redattore). Anche in questo caso si è dunque in presenza di disturbi non oggettivabili ai sensi della giurisprudenza federale.

2.6.3. Questo Tribunale deve ancora valutare se i disturbi della sfera ORL trovano sufficiente giustificazione in un danno infortunistico oggettivabile. Dalla documentazione agli atti risulta che i disturbi uditivi denunciati da RI 1 sono stati indagati dal dott. _____, spec. FMH in ORL e chirurgia maxillo-facciale. Con certificazione del 22 aprile 2015, lo specialista ha riferito di aver riscontrato, all’esame clinico, una retrazione delle membrane timpaniche e, all’audiogramma, una ipoacusia di trasmissione a destra. Egli ha peraltro sostenuto che la problematica a livello dell’ATM destra “... potrebbe causare un disturbo di ventilazione dell’orecchio destro, dato che non riesce più a compensare la pressione dell’orecchio.” (doc. 32). Rispondendo a una richiesta d’informazione da parte della CO 1, il medico curante specialista ha rilevato che l’assicurato lamentava una “... sensazione di orecchio ovattato a destra ...” nonché insicurezza e nausea spostandosi con i mezzi pubblici e l’automobile, imputabili a “... un leggero disturbo della ventilazione (...), causato dal mal funzionamento dell’articolazione mandibolare che non gli permette di compensare la pressione”, con la precisazione che il problema principale era “... legato al mal funzionamento della mandibola e la ripresa lavorativa è strettamente dipendente da questa patologia.” (doc. 48). In data 19 giugno 2015, il medico in questione ha ribadito che il ricorrente presentava un disturbo della ventilazione dell’orecchio destro, dipendente dal malfunzionamento dell’articolazione mandibolare e, quindi, un disturbo direttamente legato all’infortunio del novembre 2014 (cfr. doc. K). Infine, nel suo rapporto datato 27 gennaio 2016, egli ha confermato la presenza di un’ipoacusia, di disturbi dell’equilibrio, di vertigini e nausea, “... dovuti alla mancante possibilità di compensare la pressione nell’orecchio medio. Questo disturbo viene provocato dal mal funzionamento dell’articolazione temporomandibolare.” (allegato al doc. K). Alla luce di quanto precede, il TCA ritiene che nemmeno per le problematiche ORL vi sia un sufficiente sostrato organico oggettivabile, e ciò nella misura in cui, secondo lo specialista nella materia, esse sono in ultima analisi causate dalla problematica riguardante l’ATM (che non è risultata oggettivabile, così come indicato al consid. 2.6.1. in fine).

2.6.4. RI 1 lamenta pure delle turbe psichiche . Agli atti figura una perizia che il dott. _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, ha elaborato in data 15 novembre 2015 per conto della CO 1 (cfr. doc. 113). In quella sede, egli ha diagnosticato una lieve sintomatologia ansioso-depressiva nel contesto di una sintomatologia algica in sede maxillo-facciale destra (ICD-10:F41.2). D’altro canto, per quanto qui d’interesse, il consulente psichiatrico dell’amministrazione ha dichiarato trattarsi di disturbi psicogeni (e non di disturbi psichici aventi un’origine cerebrale organica). Interrogato in merito alla loro patogenesi, egli ha precisato che l’evento in sé “... non è stato vissuto in modo traumatico. Non ha perso conoscenza. Si è recato da solo al Pronto Soccorso. Ha terminato regolarmente il suo turno di lavoro. Solo successivamente ha avvertito gonfiore e dolore alla masticazione. L’evento non è stato né particolarmente impressionante, né grave, comunque non tale da generare disturbi psichici. All’origine dei

disturbi psichici giocano indubbiamente un ruolo importante i fattori psicosociali, in particolare le preoccupazioni socio-professionali.”, per quindi concludere che “l’infortunio è una causa semplicemente possibile dei disturbi psichici attuali.”. Questa Corte osserva che altri specialisti si sono invece pronunciati a favore di un’eziologia traumatica della problematica psichica, ma nessuno ha sostenuto che essa sarebbe espressione di un danno cerebrale organico (cfr. la certificazione 15 ottobre 2015 del dott. _____ – doc. Q e quella 6 giugno 2016 della dott.ssa _____ – doc. EE). 2.7. In assenza di un sufficiente sostrato organico oggettivabile, come è il caso nella presente fattispecie (si vedano i consid. 2.6.1.-2.6.4.), occorre effettuare un esame specifico dell’adeguatezza. Nel valutare l’adeguatezza del legame causale secondo i criteri applicabili in caso di evoluzione psichica abnorme conseguente a infortunio (DTF 115 V 133 ss.; la prassi sviluppata nella DTF 117 V 359 ss. relativamente ai traumi cranio-cerebrali, precisata nella DTF 134 V 109, non può qui trovare applicazione, siccome dalla documentazione medica agli atti non risulta che RI 1 abbia riportato una contusio cerebri e, del resto, nemmeno una semplice commotio cerebri – in proposito, cfr. STF 8C_648/2016 del 19 dicembre 2016 consid. 6.2, 8C_75/2016 del 18 aprile 2016 consid. 4.2 e i riferimenti ivi citati; si veda pure la STF 8C_236/2016 dell’11 agosto 2016 consid. 5), occorre innanzitutto procedere alla classificazione dell’infortunio occorso all’assicurato il 23 novembre 2014. Dalle carte processuali si evince che l’insorgente stava svolgendo la propria attività di agente di sicurezza presso il posteggio di un locale notturno di _____, quando è stato spintonato da tergo. Egli è quindi caduto in avanti, battendo il lato destro del viso contro una transenna (cfr. doc. I, p. 3 e doc. 92). I sanitari del Servizio di PS dell’Ospedale _____ di _____, consultati dall’assicurato la sera stessa, hanno diagnosticato delle ferite lacerate multiple intorno all’orecchio destro (cfr. doc. 1.2). Chiamato ora a classificare tale sinistro, questo Tribunale ritiene che si tratti di un infortunio di grado medio al limite della categoria degli infortuni leggeri o insignificanti. L’Alta Corte ha del resto qualificato allo stesso modo l’infortunio riguardante un assicurato coinvolto in un alterco con suo parente, il quale l’aveva ripetutamente strattonato e scaraventato contro un muro, riportando un trauma cranico semplice (cfr. STF 8C_267/2009 del 26 gennaio 2010 consid. 6.6). Si veda pure la STF 8C_1016/2010 del 31 maggio 2011 consid. 3, riguardante un’assicurata che, mentre stava togliendo la borsetta dall’automobile, era stata spintonata da tergo e aveva battuto la testa contro il tetto della vettura, in cui il TF ha stabilito trattarsi di un infortunio leggero. In tale eventualità, il giudice è tenuto a valutare le circostanze connesse con l’infortunio, secondo i criteri elaborati dal Tribunale federale e qui evocati al consid. 2.4.. Per ammettere l’adeguatezza del nesso causale, é necessario che un fattore fosse 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. 100 ss., 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 dei sette criteri di rilievo, affinché possa essere riconosciuta l’esistenza del nesso causale adeguato. A titolo di premessa, occorre osservare che nell’apprezzamento dell’adeguatezza del nesso di causalità in materia di turbe psichiche, vanno considerati unicamente i disturbi di natura somatica 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). Sempre in questo contesto, va precisato che i disturbi che si impongono come somatici, ma che non possono però essere spiegati a sufficienza dal profilo organico, non devono essere presi in considerazione (cfr. STF 8C_648/2016 succitata consid. 6.2 e STF 8C_1044/2010 del 12 maggio 2011 consid.

4.4.4: “Die als körperlich imponierenden organisch jedoch nicht hinreichend erklärbaren Beschwerden sind bei einer Prüfung der Adäquanz nach BGE 115 V 133 nicht in die Beurteilung einzubeziehen (Urteil 8C_825/2008 vom 9. April 2009 E. 4.6).“). Ora, in ossequio ai principi giurisprudenziali appena citati, considerato che le ferite lacerate intorno all'orecchio destro sono ben presto guarite senza lasciare postumi di sorta e tenuto conto che la problematica all'ATM, i disturbi cervico-cefalici, quelli della sfera ORL, nonché quelli psichici sono risultati privi di sostrato organico oggettivabile (cfr. consid. 2.6.1.-2.6.4.), nella concreta evenienza, possono essere a priori ritenuti insoddisfatti i criteri della gravità o particolare caratteristica delle lesioni lamentate, della durata eccezionalmente lunga della cura medica, dei disturbi somatici persistenti, del decorso sfavorevole della cura e delle complicazioni rilevanti intervenute, nonché del grado e la durata dell'incapacità lavorativa. Questo Tribunale ritiene che, nel caso di specie, l'adempimento del criterio delle circostanze concomitanti particolarmente drammatiche o della particolare spettacolarità dell'infortunio, possa essere escluso (in questo senso, si veda la sentenza 8C_267/2009 succitata consid. 6.6). D'altro canto, nessun elemento all'inserto permette di ravvisare gli estremi per ammettere la presenza di una cura medica errata e notevolmente aggravante gli esiti dell'infortunio. Sulla scorta di quanto precede, si deve concludere che i disturbi denunciati da RI 1 (tutti risultati privi di sostrato organico oggettivabile), non costituiscono una conseguenza adeguata dell'evento infortunistico che lo ha visto vittima il 23 novembre 2014. Facendo difetto l'adeguatezza, può essere lasciata aperta la questione relativa all'esistenza del nesso di causalità naturale tra l'infortunio e il danno alla salute (cfr., in proposito, 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, appare superfluo dar seguito alla richiesta di esecuzione di una perizia medica giudiziaria (cfr. doc. I, p. 22 e doc. VI, p. 10). La decisione su opposizione impugnata, mediante la quale l'istituto assicuratore resistente ha dichiarato estinto a contare dal 1° maggio 2015 il diritto alle prestazioni dipendente dal sinistro appena citato, merita dunque di essere confermata.

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