

## **TI\_GERICHTE 35.2016.86 vom 30. Januar 2017**

TI Tribunale d'appello, 2017-01-30, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_35.2016.86](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2016.86)

FR: TI\_GERICHTE 35.2016.86 du 30 janvier 2017

IT: TI\_GERICHTE 35.2016.86 del 30 gennaio 2017

### **Regeste**

Contusione al piede destro (con scarpe antifortunistiche) nel 2013 e ricaduta nel 2015. Dolori al piede destro (a prescindere dalla diagnosi controversa) non oggettivabili. Causalità adeguata negata. Stabilizzazione dello stato di salute confermata

### **Erwägungen**

#### **E. 35**

consid. 4b). 2.8. Il TCA constata innanzitutto che l'assicurato è stato sottoposto il 12 luglio 2013 ad una TAC che non ha mostrato lesioni o distacchi ossei rispettivamente a delle radiografie che non hanno mostrato lesioni permettendo di escludere una lesione a livello del Lisfranc (cfr. doc. 10), il 3 settembre 2013 ad una radiografia che ha escluso fratture (cfr. doc. 17), il 7 novembre 2013 ad una risonanza magnetica (MRI) che ha evidenziato un lieve edema del cuneiforme medio del piede destro (cfr. doc. 20), il 25 aprile 2014 ad una risonanza magnetica (MRI) con " non più evidenti edemi significativi a livello dei cuneiforme e leggera area di iperintensività del segnale sottocorticale del cuneiforme laterale secondario e aspetti degenerativi articolari senza lesioni legamentarie e aspetto di edema nella regione del talo adiacente al profilo del sinus-tarsi, lieve edema del cuneiforme medio del piede destro (visibile nella risonanza magnetica del 7 novembre 2013) " (cfr. doc. 29) e il 15 maggio 2014 ad una scintigrafia ossea trifasica (SPECT CT) con " moderata ipercaptazione del tracciante osteotropo in fase tardiva associata a modesta iperemia a livello delle articolazioni tarso-metarsali del II, III e IV raggio del piede di destra, reperti riferibili ad alterazioni degenerative con minima componente reattiva. Inoltre reperti di significato degenerativo a livello della caviglia di sinistra " (cfr. doc. 29). Il 15 luglio 2014 l'assicurato è stato sottoposto ad un'infiltrazione con cortisone diluito per l'articolazione tarso-metarsale 2, 3 e 4 eseguita dal radiologo sotto scopia (cfr. doc. 29). Nello scritto del 18 settembre 2014 il dr. med. \_\_\_\_\_ dello studio chirurgico del piede della \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, ha osservato di aver " pure lasciato eseguire un'infiltrazione delle articolazioni tarso-metarsale 2, 3 e 4 in data 15 luglio 2014 con cortisone diluito ed il paziente sostiene che il dolore è diminuito il giorno stesso dell'infiltrazione ed è tornato solo dopo 7-10 giorni con un miglioramento del 10-15% che vi è a tutt'oggi, data in cui ci troviamo a due mesi dall'infiltrazione " (cfr. doc. 29). Successivamente l'assicurato è stato sottoposto il 14 novembre 2014 ad una radiografia, presso la \_\_\_\_\_, di \_\_\_\_\_, dalla quale sono risultati " Kein Hinweis auf eine Lisfranc-Gelenksluxation. Keine wesentlichen degenerativen Veränderungen konventionell radiologisch " (cfr. doc. 35). In tale occasione gli specialisti in chirurgia del piede di tale Istituto sono giunti alla conclusione che "(...) Seit einer Mittelfuss-Kontusion rechts vor 1/2 Jahren leidet der 53-jährige gelernte Präzisionsmechaniker unter persistierenden Schmerzen diffus über der gesamten Lisfranc-Gelenksreihe. Des weitern werden auch Schmerzen im Bereich des 1.

Strahls angegeben. Klinisch zeigen sich abgesehen von einer Druckdolenz über des gesamten Lisfranc-Gelenksreihe keine Hinweise auf eine entsprechende Verletzung. Auch waren die - leider nicht mitgebrachten - MRI- und szintigraphischen Untersuchungen nicht hinweisend für eine akute bzw. Chronifizierte Lisfrancs-Verletzung. Als nächste Schritt empfehlen wir (...) eine neurologische Abklärung mit Frage eine Neuropraxie. (...). " (cfr. doc. 35; n.d.r. il corsivo è della redattrice). All' elettro-neuromiografia motoria del nervo tibiale a destra eseguita il 24 novembre 2014 dal dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in neurologia, di \_\_\_\_\_, " si osserva una latenza motoria distale ed una velocità di conduzione ancora normale, tuttavia una netta riduzione dell'ampiezza del potenziale motorio " (cfr. doc. 37). Nella valutazione neurologica del 25 novembre 2014 il precitato specialista, dopo aver posto la diagnosi di "lieve neuropatia sensitivo motoria del nervo tibiale a destra in esiti di contusione diretta 07/2013" ha rilevato che il " quadro clinico di questo paziente è suggestivo per una neuropatia sensitivo-motoria del nervo tibiale a destra, localizzata lungo il tunnel tarsale, soprattutto in ragione della clinica, con Tinnel positivo lungo il tunnel tarsale con provocazione di sintomatologia disestesante irradiante fino all'alluce, con ipoestesia nella zona ad innervazione del ramo sensitivo del nervo tibiale. Si tratta di una lieve neuropatia a mio avviso in secondo piano rispetto alla patologia ortopedica. Nel bilancio elettrofisiologico pur non ritrovando un franco aumento della latenza motoria distale rispettivamente una riduzione della velocità di conduzione motoria lungo il tunnel tarsale si può ipotizzare che una parte dei disturbi accusati siano da ricondurre alla neuropatia. Rispetto alla parte controlaterale vi è solo una netta differenza d'ampiezza del potenziale motorio, che può rappresentare una neuropatia assonale, ma anche essere dovuta in parte ad una relativa inattività nell'ambito di un appoggio minore del piede. All'esame di risonanza magnetica non viene descritto un restringimento evidente lungo il tunnel tarsale. In assenza comunque di una neuropatia maggiore non vi sarebbe indicazione ad un intervento di neurolisi a tale livello, si può prospettare un trattamento per esempio con del Lyrica a dosi lentamente progressive a titolo probatorio se tollerato, mentre in primo piano rimane comunque la sintomatologia legata alla patologia ortopedica. Un miglioramento della neuropatia si può in genere osservare fino a due anni dal trauma occorso. La sintomatologia dolorosa al piede può aver scatenato un dolore più prossimale piuttosto a carattere tendino-muscolare all'anca destra da indagare se persistente. Non si hanno invece elementi per una componente radicolare aggravante. . (...). " (cfr. doc. 37; n.d.r. il corsivo è della redattrice). Successivamente l'assicurato è stato nuovamente visitato il 23 marzo 2015 dagli specialisti della \_\_\_\_\_, di \_\_\_\_\_, i quali, nel relativo rapporto, sono giunti alla conclusione che " (...) Seit einer Mittelfuss-Kontusion rechts vor bald 2 Jahren leidet der 53-jährige gelernte Präzisionsmechaniker unter persistierenden diffusen Schmerzen, einerseits über der Lisfranc-Gelenksreihe, andererseits phasenweise auch über der MTP-Gelenksreihe. Klare makroskopische Läsionen in der durchgeführten Magnetresonanz-Tomographie und SPECT CT-Untersuchung finden sich nicht. Auch die Elektrophysiologie lieferte keine klaren pathologischen Befunde. Da der Patient vor dem Unfall jedoch absolut beschwerdefrei war, sehen wir die gegenwärtigen Beschwerden durchaus im Zusammenhang mit dem Unfall stehend. Beispielsweise eine mikroskopische Verletzung des Kapsel-Bandapparates oder eine Neuropathie der feineren, elektrophysiologisch nicht ableitbaren Nerven wäre möglich. (...). " (doc. 68; n.d.r. il corsivo è della redattrice). 2.9. Nel proprio apprezzamento medico del 7 aprile 2015 il dr. med. \_\_\_\_\_, medico \_\_\_\_\_ nonché specialista FMH in chirurgia generale e della mano, ha rilevato che in: " base alla valutazione di tutto il dossier e degli esami

radiologici, confermo che non sono state trovate lesioni traumatiche o post-traumatiche al piede destro che potrebbero spiegare la sintomatologia lamentata dall'assicurato, eseguiti RM, TAC, SPECT-TAC e scintigrafia che non mostrano appunto lesioni di questo tipo. Per questo motivo riconfermo che non esiste un nesso causale fra l'infortunio del 05.07.2013 con i problemi lamentati dall'assicurato al piede destro. I diversi colleghi specialisti in ortopedia inclusa della Clinica Balgrist di Zurigo non hanno rilevato lesioni traumatiche o post-traumatiche, gli esami radiologici strumentali come sopradescritto hanno sempre escluso questo tipo di lesione. Si riconferma quindi con probabilità preponderante l'estinzione del nesso causale con l'evento del 05.07.2013 al piede destro. " (doc. 72; n.d.r. il corsivo è della redattrice). Successivamente l'assicurato ha consultato privatamente il 16 luglio 2015 il dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia della Clinica \_\_\_\_\_, il quale, nel relativo rapporto, dopo aver rilevato che sulle radiografie non figuravano risultati patogeni ed aver posto la diagnosi di " neuropatia post-traumatica del nervus fibularis profundus destro ", ha osservato quanto segue: " (...) paziente di 54 anni con probabilmente seguiti post-traumatici di una lesione del nervus fibularis profundus sul dorso del piede destro, che sarebbero da accertare in maniera specialistica approfondita da parte di un neurologo. Non condivido per nulla il risultato neurologico eseguito in passato visto che il tunnel tarsale è perfettamente libero e non presenta alcun segno di Tinel e non vedo neanche una realtà anatomica dell'abductor hallucis brevis. La lesione del nervus fibularis profundus sul dorso del piede è una lesione ragionevolmente possibile e abbastanza frequente, sia su una contusione diretta, sia con una lacerazione delle parti molli che sono molto scarse sul dorso del piede. La terapia dipende dalla diagnosi precisa fatta da un neurologo. Essa comunque passerebbe da una desensibilizzazione meccanica, farmacologica con infiltrazioni, oppure chirurgica con una denervazione chirurgica del nervus fibularis profundus (...). " (doc. 84; n.d.r. il corsivo è della redattrice). Successivamente, l'assicurato è stato sottoposto il 15 settembre 2015 ad una elettro-neuromiografia (ENMG) presso il \_\_\_\_\_ (doc. 93). In tale occasione il dr. med. \_\_\_\_\_, vice primario responsabile dell'ambulatorio di neurologia e neurofisiologia clinica di tale Istituto, ha osservato che lo " studio ENMG risulta normale, in particolare non si riscontrano alterazioni a carico delle grandi fibre motorie e sensitive degli arti inferiori. L'esame ad ago non mostra segni di sofferenza radicolare a carico della muscolatura innervata dalle radici L4-L5-S1 a destra ", giungendo alla conclusione che " la sintomatologia del paziente non si ascrive ad una problematica neurologica ma piuttosto, in considerazione della riproducibilità del dolore all'assunzione della posizione ortostatica, alla mobilizzazione della caviglia e alla digitopressione, da una problematica ortoarticolare residua dal trauma del 2013. Per quel che riguarda l'ipotesi di ipoestesie all'arto inferiore destro, non associata a un deficit a livello brachiale o craniale, né a segni piramidali, s'interpreta piuttosto nel contesto di una soggettiva ipoestesia secondaria al dolore cronico del paziente " (doc. 93; n.d.r. il corsivo è della redattrice). Nel proprio apprezzamento medico del 14 ottobre 2015 il dr. med. \_\_\_\_\_ ha rilevato che: " per quanto riguarda lo stato osseo e con gli esami strumentali molteplici sopradescritti ribadisco quanto già segnalato nel mio apprezzamento medico del 07.04.2015, confermo con probabilità preponderante l'estinzione del nesso causale con l'evento del 05.07.2013 al piede destro. Dopo effettuazione dell'esame specialistico neurologico con ENG, EMG che era stato da me personalmente richiesto e sopraccitato (data 16.09.2015), ribadisco l'estinzione del nesso causale anche per la situazione neurologica. La valutazione clinica e lo studio ENMG risultano normali, non si riscontrano alterazioni a carico delle fibre motorio-sensitive degli arti inferiori. Non è

comunque indicato assolutamente un intervento chirurgico, come segnalato dal PD dott. med. \_\_\_\_\_. Confermo quindi l'estinzione del nesso causale per piede, caviglia destra, sia dal punto di vista osteo-legamentoso-cartilagineo che neurologico per i motivi sopraddetti. " (doc. 96; n.d.r. il corsivo è della redattrice). Successivamente l'assicurato ha nuovamente consultato privatamente il 29 ottobre 2015 il dr. med. \_\_\_\_\_, il quale, nello scritto del 4 novembre 2015, ha osservato che: " 1) il rapporto di elettromiografia del 15.09.2015 conclude ad una problematica osteo-articolare residua dal trauma del 2013. Questa affermazione può essere rifiutata integralmente visto che non si basa su alcuna osservazione oggettivabile ed conclusa da parte di un medico non competente in materia ortopedica; 2) il rapporto della CO 1 del 26.10.2015 firmato dal Dr. \_\_\_\_\_ conclude in modo lapidario che non è indicato assolutamente un intervento chirurgico come da noi indicato. Inoltre leggendo questo rapporto osservo che l'assicuratore parla di disturbi psicogeni del signor RI 1 che non mi sembrano essere stati accertati in alcun momento del decorso del paziente. Inoltre la CO 1 afferma che i disturbi sono da attribuire esclusivamente ad una malattia senza menzionare neppure una qualsiasi diagnosi; 3) concludo chiaramente che si tratta di una denervazione evidente nella periferia del dermatoma del nervus fibularis profundus e che a mio parere una revisione chirurgica in questa regione è indicata, permettendo sia una neurolisi oppure una neurotomia e trattamento anti-neuroma del nervo relativo, che di solito migliora notevolmente la condizione dell'infortunato. " (doc. 101; n.d.r. il corsivo è della redattrice). Nel proprio apprezzamento medico del 19 novembre 2015 il dr. med. \_\_\_\_\_, medico \_\_\_\_\_ nonché specialista FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore, ha rilevato che: " al punto numero 1 della lettera del dott. med. \_\_\_\_\_ del 04.11.2015 si potrebbe controbattere che come il neurologo non è competente in materia ortopedica anche l'ortopedico non è competente in materia neurologica. Al punto 2 il dott. med. Michels sostiene che in seguito ai numerosi accertamenti eseguiti tra cui TAC - SPET-CT - risonanze magnetiche - esami neurologici - non si sono mai evidenziati dei chiari ed evidenti fattori di origine post-traumatica. Anche nell'ultimo rapporto del dott. \_\_\_\_\_ si parla di una possibile microscopica lesione capsulare o possibile neuropatia dei nervi fini superficiali della cute del piede. Patologia che secondo il mio punto di vista sicuramente non giustifica i dolori importanti accusati dall'assicurato che lo rendono inabile al lavoro in misura completa come meccanico di precisione. Del resto anche alla Clinica \_\_\_\_\_ si esclude qualsiasi ulteriore procedere terapeutico chirurgico. Devo inoltre ricordare che il dott. \_\_\_\_\_ aveva effettuato un'infiltrazione delle articolazioni con un notevole miglioramento della sintomatologia che è durata per ben 7 - 10 giorni. Ciò significa che la problematica deriva molto probabilmente da un'alterazione intra-articolare e non da un problema neurologico che non sarebbe stato assolutamente influenzato da infiltrazioni corticosteroidi intra-articolari. Ricordo inoltre che nell'esame scintigrafico si erano messi in evidenza delle alterazioni degenerative sia a livello del meso-piede, sia a livello della tibiotarsica che probabilmente, in assenza di patologie post-traumatiche evidenziate potrebbero essere la causa degli attuali disturbi. In conclusione ritengo che gli attuali disturbi possono essere messi in relazione causale soltanto possibile con l'infortunio del luglio del 2013 cioè di più di due anni fa, concordo quindi con il dott. med. \_\_\_\_\_ che ulteriori eventuali terapie e indagini vanno a carico della rispettiva Cassa malati e che comunque per i soli postumi infortunistici l'assicurato può essere sicuramente giudicato ulteriormente abile in misura completa. " (doc. 104; n.d.r. il corsivo è della redattrice). Successivamente l'assicurato è stato nuovamente visitato il 12 gennaio 2016 dal dr. med.

\_\_\_\_\_, il quale, nel relativo rapporto del 13 gennaio 2016, dopo aver confermato la propria valutazione del 16 luglio 2015 ribadendo la diagnosi di " neuropatia post-traumatica del nervus fibularis profundus destro ", ha osservato di aver: " eseguito una documentazione fotografica della pelle dimostrando la differenza tra piede destro e sinistro. " (doc. 111; n.d.r. il corsivo è della redattrice). Nel proprio apprezzamento medico del 16 febbraio 2016 il dr. med. \_\_\_\_\_, dopo aver rilevato che lo specialista di fiducia dell'assicurato non prendeva posizione in merito alle osservazioni già espresse nel proprio apprezzamento del 19 novembre 2015, ha osservato che il dr. med. \_\_\_\_\_ rimaneva: " dell'opinione che si tratta di una lesione del nervo fibulare profondo ma senza apportare nessuna giustificazione dal punto di vista oggettivabile. Anche le fotografie allegate da me prese in considerazione, secondo il mio punto di vista non dimostrano alcuna differenza cutanea tra il piede destro e il piede sinistro. La macchia biancastra tra il I e il II dito del piede destro è presente anche al piede sinistro. La problematica di cute squamosa è presente anche nel piede contro-laterale e denota una problematica più dermatologica o circolatoria piuttosto che di origine post-traumatica. Mi sento quindi in grado di poter sostenere il mio apprezzamento del 19.11.2015 sostenendo la decisione del dott. med. \_\_\_\_\_ che ulteriori indagini e terapie vanno a carico del la rispettiva Cassa malati in quanto non sono in relazione preponderatamente probabile con gli esiti post-infortunistici del 05.07.2013 e che l'assicurato può essere giudicato sicuramente ulteriormente abile in misura completa per gli stessi esiti. " (doc. 116; n.d.r. il corsivo è della redattrice). Nella valutazione neurologica del 20 luglio 2016 il dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in neurologia e responsabile del gruppo di neurologia della \_\_\_\_\_ della CO 1 a \_\_\_\_\_, è giunto alla conclusione che " Aus neurologischer Perspektive kann eine unfallbedingte Läsion des peripheren Nervensystems im Bereich der unteren Extremität rechts durch den Unfall vom 05.07.2013 nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit angenommen werden. Abgestützt auf die medizinische Dokumentation lagen zeitnah zum Unfall keine Beschwerden oder Befunde vor, die eine Läsion des Nervus tibialis oder Nervus peroneus rechts annehmen lassen. Zudem spricht der Beschwerdeverlauf mit offenbar zunächst regredienten Beschwerden und zumindest vorübergehend erreichter voller Arbeitsfähigkeit bis Oktober 2013 und anschliessend sekundärer erneuter Zunahme der Beschwerden gegen eine unfallbedingte Ursache der Beschwerden auf neurologischem Fachgebiet. Schliesslich wurde der Versicherte zweimal fachärztlich neurologisch abgeklärt, ohne dass jeweils eine organische Grundlage der Beschwerden nachgewiesen werden konnte. Ferner wechselte das Beschwerdebild, zuletzt strahlten die Schmerzen vom Sprunggelenk nach proximal in das gleichseitige Knie und die Hüfte aus. Sowohl die Beschwerden als auch die nicht objektivierbaren Befunde auf neurologischem Fachgebiet waren in der Angabe durch den Versicherten nicht konsistent. Zusammenfassend ergeben sich damit grundsätzlich keine neuen Argumente hinsichtlich der Kausalitätsbeurteilung und der unfallbedingten Diagnose auf neurologischem Fachgebiet. An den kreis-ärztlichen Stellungnahmen kann festgehalten werden. Auf neurologischem Fachgebiet können die Beschwerden nicht erklärt werden. Eine unfallbedingte organische Grundlage der Beschwerden des Versicherten auf neurologischem Fachgebiet kann nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit angenommen werden. " (doc. 122; n.d.r. il corsivo è della redattrice).

2.10. Nella concreta evenienza, questo Tribunale, chiamato a pronunciarsi su una questione di carattere medico, attentamente vagliato l'insieme della documentazione medica agli atti che è stata precedentemente riassunta ai consid. 2.8 e 2.9 (ed, in particolare, i doc. 10, 17, 20, 29, 35, 37, 68 e 93), ritiene che i pareri espressi il 19 novembre 2015 (doc.

104) e il 16 febbraio 2016 (doc. 116) dal dr. med. \_\_\_\_\_, medico \_\_\_\_\_ nonché specialista FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore, e il 20 luglio 2016 (doc. 122) dal dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in neurologia e responsabile del gruppo di neurologia della \_\_\_\_\_ della CO 1 a \_\_\_\_\_, ambedue specialisti delle materie che qui ci occupano che vantano un'ampia esperienza in materia di medicina assicurativa e infortunistica, sulla base delle risultanze degli accertamenti medici del caso a cui è stato sottoposto l'assicurato (tra cui: radiografie, TAC, risonanze magnetiche, scintigrafia ossea trifasica, elettroencefalografie motorie) di cui si è già detto ai consid. 2.8 e 2.9, risultano essere dettagliati e approfonditi e quindi rispecchianti i parametri giurisprudenziali sopra ricordati (cfr. consid. 2.7); ad essi va dunque attribuita piena forza probante e possono validamente costituire da base al giudizio che questa Corte è ora chiamata a rendere, senza che si riveli necessario procedere a degli ulteriori atti istruttori (in particolare, all'esperimento di non meglio precisati " ulteriori accertamenti medico-specialistici atti a determinare l'eventuale diritto del signor RI 1 alle prestazioni garantite dalla LAINF ", così come postulato dal rappresentante del ricorrente nel gravame: cfr. doc. I a pag. 8). Del resto, le valutazioni degli specialisti dell'CO 1 non sono state smentite da certificati medico-specialistici neppure in sede ricorsuale. I rapporti del 4 novembre 2015 e del 13 gennaio 2016 del dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia, della Clinica \_\_\_\_\_ (doc. 101 e 111; cfr. consid. 2.9), non sono atti a sollevare dubbi circa la fedeltà delle valutazioni chiare, esaurienti con argomentazioni diffuse e motivate, sviluppate il 19 novembre 2015 e il 16 febbraio 2016 dal dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore, e il 20 luglio 2016 dal dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in neurologia e responsabile del gruppo di neurologia della \_\_\_\_\_ della CO 1 a \_\_\_\_\_ (doc. 104, 116 e 122; cfr. consid. 2.9), avvalorate dalle indagini strumentali agli atti (cfr. consid. 2.8 e 2.9). Le considerazioni espresse dallo specialista ticinese non appaiono quindi suscettibili di sminuire il valore probatorio attribuito ai pareri del dr. med. \_\_\_\_\_ e del dr. med. \_\_\_\_\_. In siffatte circostanze, anche la critica mossa dal rappresentante del ricorrente all'operato dei medici fiduciari dell'CO 1 per non aver visitato personalmente il suo assistito non può essere condivisa da questa Corte. In esito a tutto quanto precede, il TCA 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 la sintomatologia presentata da RI 1 - a prescindere dalla discussione riguardante la diagnosi (principalmente una " neuropatia post-traumatica del nervo fibularis profundus destro " secondo lo specialista FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia consultato privatamente dall'assicurato ed in merito alle cui valutazioni questa Corte si è già espressa poc'anzi rispettivamente dei " disturbi psicogeni " per i medici dell'CO 1) - non correla con un danno infortunistico oggettivamente . In tale contesto va ricordato che, per poter parlare di lesioni traumatiche oggettivamente 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). Val qui la pena di puntualizzare altresì che i disturbi di cui soffre RI 1, sono stati approfonditamente indagati, da tutti i profili possibili. Non vi è pertanto da attendersi che

ulteriori provvedimenti istruttori mettano in luce nuovi e rilevanti elementi di valutazione.

2.11. In assenza di un sufficiente sostrato organico oggettivabile, come è il caso nella presente fattispecie (cfr. consid. 2.10), occorre quindi effettuare, conformemente alla giurisprudenza riportata al consid. 2.4, un esame specifico dell'adeguatezza, secondo i criteri applicabili in caso di evoluzione psichica abnorme conseguente a infortunio (DTF 115 V 133ss.). Nell'esaminare l'adeguatezza del legame causale, bisogna avantutto procedere alla classificazione dell'infortunio occorso al ricorrente. Nel caso concreto l'assicurato, il 5 luglio 2013, stava lavorando presso le \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ con le scarpe anti infortunistica, allorquando, verso le 18.45, " gli è caduto un cuscinetto della boccia, che pesa circa 15 kg, sul dorso del piede destro " (cfr. doc. 2). L'assicuratore infortuni ha considerato l'infortunio subito dall'interessato quale classificabile nella categoria intermedia ma al limite di quella inferiore e ritenuto che non può in ogni caso essere ammessa la causalità adeguata, non essendo adempiuto nel caso di specie alcun criterio (doc. 123). Il TCA, alla luce della dinamica oggettiva del sinistro ritiene che l'infortunio occorso all'assicurato può essere classificato, tutt'al più, tra gli eventi di grado medio in senso stretto. In siffatte circostanze, il giudice è quindi 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, è necessario che un fattore fosse presente in maniera particolarmente incisiva oppure l'intervento di più criteri (cfr. consid. 2.4). 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. Nel caso concreto pur potendo riconoscere una certa spettacolarità e drammaticità all'evento in esame, gli atti all'inserto non giustificano di ritenere le circostanze concomitanti come particolarmente drammatiche o spettacolari ai sensi della giurisprudenza (STF 8C\_579/2011 del 5 dicembre 2011, c. 3.5.; STF 8C\_949/2008 del 4 maggio 2009, consid. 4.1. e 4.2.1.; STFA U 115/05 del 14 settembre 2005, consid. 2.4.). Nell'infortunio del 5 luglio 2013, l'assicurato - che indossava le scarpe anti infortunistica (cfr. doc. 2) - ha riportato una contusione medio-piede destro mentre, nel prosieguo, ha denunciato dei dolori all'arto inferiore sinistro risultati privi di sostrato organico oggettivabile (cfr. consid. 2.10). Il criterio in questione implica l'esistenza di lesioni fisiche gravi o, trattandosi della loro particolare natura, delle lesioni interessanti organi ai quali l'uomo attribuisce una particolare importanza soggettiva come ad esempio la perdita di un occhio oppure la mutilazione della mano dominante (cfr. STF 8C\_566/2013 del 18 agosto 2014, consid. 6.2.2). Tenuto conto di quanto precede, secondo questo Tribunale, non si può quindi parlare di lesioni gravi o particolarmente caratteristiche. 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). Il TCA ritiene pure insoddisfatto il criterio della specifica cura medica protratta e gravosa. Infatti l'assicurato ha essenzialmente beneficiato di trattamenti farmacologici (antalgici) e si è sottoposto a visite mediche soprattutto a scopo diagnostico, il tutto eseguito su base ambulatoriale. 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. Il TF ha del resto ritenuto 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) 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, precisando che per la realizzazione del criterio della specifica cura medica protratta e gravosa, la prassi pone delle esigenze decisamente più elevate. Anche il criterio del decorso sfavorevole della cura e le complicazioni rilevanti intervenute non è realizzato. In merito è utile sottolineare che dalla cura medica e dai notevoli disturbi non si può dedurre un decorso sfavorevole e/o delle complicazioni rilevanti. Sono inoltre necessarie delle circostanze particolari che hanno pregiudicato la guarigione, le quali, nel caso di specie, non appaiono evidenti. L'assunzione di molti medicinali e l'esecuzione di diverse terapie non basta per ammettere questo criterio. Lo stesso vale per il fatto che, nonostante regolari terapie, l'assicurato lamenta ancora disturbi e non ha raggiunto una (completa) capacità lavorativa (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 di questo criterio anche nel caso di un decorso indiscutibilmente protratto (cfr. STF 8C\_402/2011 del 10 febbraio 2012 consid. 5.4). Secondo la giurisprudenza federale neppure un trattamento che serve unicamente a conservare le condizioni di salute già esistenti, ha di principio rilevanza nel quadro dell'esame dell'adeguatezza (STFA U 246/03 dell'11 febbraio 2004 consid. 2.4s. e U 37/06 del 22 febbraio 2007 consid. 7.3). In queste condizioni, può rimanere indeciso se siano adempiuti il criterio della persistenza di dolori somatici e quello del grado e della durata dell'incapacità lavorativa dovuta alle lesioni fisiche, poiché questi criteri da soli - in presenza di un infortunio di grado medio in senso stretto - 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). Ne consegue che i disturbi all'arto inferiore sinistro denunciati da RI 1 a decorrere dal 14 gennaio 2015 non costituivano una conseguenza adeguata dell'evento infortunistico che l'ha visto vittima il 5 luglio 2013. Visto che l'obbligo a prestazioni dell'assicuratore LAINF va negato facendo difetto l'adeguatezza, questa Corte ritiene che la questione relativa all'esistenza del nesso di causalità naturale tra l'infortunio e il danno alla salute possa restare insoluta (cfr., in proposito, SVR 3/2012 UV5 consid. 5.1 e giurisprudenza ivi citata).

2.12. Condizioni di salute infortunistiche stabilizzate al 14 gennaio 2015? 2.12.1. Giusta l'art. 10 LAINF, l'assicurato ha diritto alla cura appropriata dei postumi d'infortunio (cfr. DTF 109 V 43 consid. 2a; art. 54 LAINF) e, in applicazione dell'art. 16 LAINF, l'assicurato totalmente o parzialmente incapace di lavorare (art. 6 LPGa) a seguito d'infortunio, ha diritto all'indennità giornaliera. Il diritto all'indennità giornaliera nasce il terzo giorno successivo a quello dell'infortunio. Esso si estingue con il ripristino della piena capacità lavorativa, con l'assegnazione di una rendita o con la morte dell'assicurato. Parimenti, il diritto alle cure cessa qualora dalla loro continuazione non sia da attendersi un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato: nemmeno persistenti dolori bastano a conferire il diritto alla continuazione del trattamento se da questo non si può sperare un miglioramento sensibile dello stato di salute (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), Losanna 1992, p. 41ss.). Se, al momento dell'estinzione del diritto alle cure mediche, sussiste

un'incapacità lucrativa, viene corrisposta una rendita d'invalidità o un'indennità unica in capitale: l'erogazione di indennità giornaliera cessa con il diritto alle prestazioni sanitarie. D'altro canto, nella misura in cui l'assicurato è portatore di una menomazione importante e durevole all'integrità fisica o mentale, egli ha diritto ad un'indennità per menomazione all'integrità giusta gli artt. 24s. LAINF. 2.12.2. Nel caso di specie, dopo aver raccolto agli atti l'apprezzamento medico del 19 novembre 2015 del dr. med. \_\_\_\_\_, giusta il quale " gli attuali disturbi possono essere messi in relazione causale soltanto possibile con l'infortunio del luglio del 2013 cioè di più di due anni fa, concordo quindi con il dott. med. \_\_\_\_\_ che ulteriori eventuali terapie e indagini vanno a carico della rispettiva Cassa malati e che comunque per i soli postumi infortunistici l'assicurato può essere sicuramente giudicato ulteriormente abile in misura completa. " (doc. 104; n.d.r. il corsivo è della redattrice), l'CO 1 con decisione formale del 18 dicembre 2015, ha comunicato al rappresentante dell'assicurato che " sentito nuovamente il parere del nostro medico \_\_\_\_\_, confermiamo che non sussiste un nesso causale certo o probabile tra l'evento del 5.07.2013 e i disturbi fatti nuovamente valere dal gennaio 2015. Secondo la valutazione del nostro servizio competente di Lucerna, i disturbi psicogeni lamentati dal signor RI 1, non sono in relazione causale adeguata con l'infortunio citato in oggetto. Di conseguenza gli stessi non danno diritto ad alcuna prestazione. Data la situazione di fatto e di diritto, per quanto concerne i postumi di infortunio dobbiamo confermare la chiusura dal 14 gennaio 2015 e rifiutare il diritto a ulteriori prestazioni assicurative. "(doc. 108; n.d.r. il corsivo è della redattrice). Dopo aver raccolto agli atti l'apprezzamento medico del 16 febbraio 2016 del dr. med. \_\_\_\_\_, giusta il quale " Mi sento quindi in grado di poter sostenere il mio apprezzamento del 19.11.2015 sostenendo la decisione del dott. med. Michels che ulteriori indagini e terapie vanno a carico della rispettiva Cassa malati in quanto non sono in relazione preponderatamente probabile con gli esiti post-infortunistici del 05.07.2013 e che l'assicurato può essere giudicato sicuramente ulteriormente abile in misura completa per gli stessi esiti. " (doc. 116; n.d.r. il corsivo è della redattrice), l'CO 1 con decisione su opposizione del 21 luglio 2016 (doc. 123) ha respinto l'opposizione interposta il 23 gennaio 2016 da RA 1 per conto dell'assicurato (doc. 113), confermando la propria decisione del 18 dicembre 2015 (doc. 108). Dovendo fare astrazione dai disturbi di cui soffre l'insorgente all'arto inferiore sinistro per i motivi già detti (cfr. consid. 2.11), il TCA, attentamente vagliato l'insieme della documentazione medica agli atti (in particolare, i doc. 10, 17, 20, 29, 35, 37, 68 e 93), osserva di non aver motivo di scostarsi da quanto deciso dall'CO 1, confermando la chiusura della pratica per quanto concerne i postumi di infortunio del 5 luglio 2013 a far tempo dal 14 gennaio 2015. 2.13. Sulla scorta delle considerazioni che precedono il gravame deve dunque essere respinto e la decisione su opposizione avversata confermata.

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