

TI_GERICHTE 35.2019.7 vom 20. Dezember 2016

TI Tribunale d'appello, 2016-12-20, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2019.7_d20161220

FR: TI_GERICHTE 35.2019.7 du 20 décembre 2016

IT: TI_GERICHTE 35.2019.7 del 20 dicembre 2016

Regeste

Sospensione prestazioni dal 1° settembre 2018 in relazione a infortunio del 20 dicembre 2016 (scivolato sul ghiaccio). Numerose problematiche algiche multifattoriali + disturbi psichici. NO causalità adeguata. Decisione confermata

Erwägungen

E. 5

b/bb, 118 V 286 e 117 V 365 in fine; cfr., pure, U. Meyer-Blaser, *Kausalitätsfragen aus dem Gebiet des Sozialversicherungsrechts*, in SZS 2/1994, p. 104s. e M. Frésard, *L'assurance-accidents obligatoire*, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], n. 39). 2.4. Il diritto alle prestazioni assicurative presuppone pure l'esistenza di un nesso di causalità adeguata tra l'evento dannoso e il danno alla salute. In caso di danno alla salute fisica, il nesso di causalità adeguata è generalmente ammesso, dal momento in cui è accertata la causalità naturale (cfr. DTF 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103). Per contro, la giurisprudenza ha elaborato più criteri per valutare l'adeguatezza del nesso di causalità tra un infortunio e dei disturbi psichici sviluppati successivamente dalla vittima. Essa ha dapprima classificato gli infortuni in tre categorie, a seconda della dinamica: gli infortuni insignificanti o leggeri (per esempio, una caduta o scivolata banale), gli infortuni di media gravità e gli infortuni gravi. Per procedere a tale classificazione, non si deve considerare il modo in cui l'infortunio è stato vissuto dall'interessato ma piuttosto l'evento traumatico in quanto tale da un punto di vista oggettivo. In presenza di un infortunio di media gravità, occorre prendere in considerazione un certo numero di criteri, di cui i più importanti sono: - le circostanze concomitanti particolarmente drammatiche o la particolare spettacolarità dell'infortunio; - la gravità o particolare caratteristica delle lesioni lamentate, segnatamente la loro idoneità, secondo l'esperienza, a determinare disturbi psichici; - la durata eccezionalmente lunga della cura medica; - i disturbi somatici persistenti; - la cura medica errata che aggrava notevolmente gli esiti dell'infortunio; - il decorso sfavorevole della cura e le complicazioni rilevanti intervenute; - il grado e la durata dell'incapacità lavorativa dovuta alle lesioni fisiche. Non in ogni caso è necessario che tutti i criteri appena menzionati siano presenti. La presenza di un unico criterio può bastare per ammettere l'adeguatezza del nesso di causalità quando l'infortunio va classificato fra quelli al limite della categoria degli eventi gravi. Per contro, in presenza di un infortunio che si situa al limite di quelli insignificanti o leggeri, le circostanze da considerare devono cumularsi oppure rivestire un'importanza particolare affinché si possa ammettere il carattere adeguato del nesso di causalità (DTF 115 V 140s., consid. 6c/aa e bb e 409s., consid. 5c/aa e bb, 117 V 384, consid. 4c; RAMI 2002 U 449, p. 53ss. consid. 4a). 2.5. La più recente giurisprudenza federale applica la prassi relativa all'evoluzione psichica abnorme conseguente a infortunio nei casi in cui l'esistenza dei disturbi denunciati dalla persona

assicurata è sì stata attestata da medici specialisti, ma non oggettivata mediante accertamenti strumentali e radiologici scientificamente riconosciuti. Secondo l'Alta Corte, in quei casi, l'assenza di postumi organici oggettivabili non esclude a priori l'esistenza di un nesso di causalità naturale con l'evento traumatico in questione (cfr. SVR 2012 UV n. 5 p. 17ss. consid. 5.1 e riferimenti ivi menzionati). L'esame della causalità naturale viene però momentaneamente sospeso, per procedere a un esame particolare dell'adeguatezza del nesso causale. Se da tale esame emerge non essere dato il necessario nesso di causalità adeguata, si può rinunciare a esperire ulteriori indagini sulla questione della causalità naturale tra l'infortunio e i disturbi lamentati (DTF 135 V 465 consid. 5.1). Ad esempio, questo principio è stato applicato dall'Alta Corte in una sentenza 8C_267/2009 del 26 gennaio 2010 consid. 4.3, riguardante dei disturbi visivi denunciati da un assicurato che era stato spinto contro un muro da una terza persona. Ammessa l'esistenza del nesso di causalità naturale in quanto attestata da due neuro-oftalmologi attivi a livello universitario e constatata la mancata oggettivazione di un danno alla salute organico, il TF ha esaminato il caso dal profilo della causalità adeguata in applicazione della "psico-prassi" (e non di quella relativa ai traumi cranio-cerebrali siccome l'assicurato aveva lamentato una semplice contusione cranica), per giungere alla conclusione che l'adeguatezza non era data. In una sentenza 8C_291/2012 dell'11 giugno 2012, la Massima Istanza ha deciso in questo stesso modo, a proposito di una fattispecie in cui i disturbi lamentati dall'assicurato all'arto inferiore sinistro, riferibili secondo gli specialisti a un dolore neuropatico provocato dall'infortunio, non avevano potuto essere oggettivati né neurologicamente né mediante esami strumentali per immagini. 2.6. Per costante giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale mentre invece nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (cfr. RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STFA U 259/02 dell'8 luglio 2003 consid. 2.1.1; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in BJM 1989, p. 30ss.). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10 p. 33 ss. e RAMI 1999 U 356 p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. In una sentenza 8C_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve, a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. Trattandosi invece di perizie affidate dagli assicuratori sociali, durante la procedura amministrativa, a medici esterni all'amministrazione o a servizi specializzati indipendenti, esse godono di piena forza

probatoria, a condizione che non esistano indizi concreti che ne mettano in dubbio l'affidabilità (cfr. STF 8C_862/2014 del 2 aprile 2015 consid. 3.2 e riferimenti ivi citati). Per quel che concerne il valore probante di un rapporto medico, determinante è che esso sia completo sui temi sollevati, che sia fondato su esami approfonditi, che tenga conto delle censure sollevate dalla persona esaminata, che sia stato redatto in piena conoscenza dell'anamnesi, che sia chiaro nella presentazione del contesto medico e che le conclusioni dell'esperto siano motivate (cfr. SVR 2002 IV Nr. 21 p. 63; DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191ss.; DTF 122 V 160 ss., consid. 1c e riferimenti). L'elemento rilevante per decidere circa il valore probante, non è né l'origine del mezzo di prova né la sua designazione quale rapporto oppure quale perizia, ma semplicemente il suo contenuto (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti). È infine utile osservare che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va, tuttavia, precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (cfr. STFA I 811/03 del 31 gennaio 2005, consid. 5 in fine; STFA I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV Nr. 10 p. 35 consid. 4b). 2.7. Nella presente fattispecie l'CO 1 ha dichiarato estinto il proprio obbligo a prestazioni per l'evento del 20 dicembre 2016 a contare dal 1° settembre 2018, in quanto ritiene solo possibile il nesso causale tra la problematica algica panvertebrale con l'infortunio in questione. L'amministrazione reputa tali dolori ascrivibili in parte a patologie artrosico degenerative ed in parte alla sintomatologia algica multifattoriale denunciata dal ricorrente, la quale non correla con un danno infortunistico oggettivabile e non presenta un nesso causale adeguato con l'infortunio del 20 dicembre 2016. Come pure non si trovano in nesso causale adeguato i disturbi psichici di cui soffre l'assicurato. L'CO 1 si è fondato sulle valutazioni mediche del 16 agosto 2018 (doc. 126) e del 13 novembre 2018 (doc. 146) del dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore e medico fiduciario dell'Istituto assicuratore. Da parte sua, il ricorrente fa valere che i disturbi di natura somatica e psicogena di cui soffre sarebbero la conseguenza naturale ed adeguata dell'evento traumatico del 20 dicembre 2016, posto in particolare che, primo di esso, ha sempre goduto di buona salute (cfr. doc. I). Dal profilo medico, l'insorgente fonda la sua asserzione sulle svariate certificazioni e i numerosi referti medici agli atti e, da ultimo, sull'attestazione del 19 settembre 2018 della Clinica _____ di _____ (cfr. doc. 136). Ai fini del presente giudizio giova qui ricordare che la regola la regola "post hoc, ergo propter hoc" (dopo questo, dunque a causa di questo) non ha valenza scientifica. La giurisprudenza federale ha stabilito che per il solo fatto d'essere insorto dopo l'infortunio, un disturbo alla salute non può già essere ritenuto una sua conseguenza. Tale argomento è insostenibile dal profilo della medicina infortunistica e inammissibile da quello probatorio (cfr. STF 8C_725/2012 del 27 marzo 2013 consid. 7.2.2: "Der Versicherte argumentiert weiter, "woher sonst, wenn nicht vom Unfall aus dem Jahre 1993, kommen die erwähnten Beschwerden an der linken oberen Extremität?" Die mit dieser rhetorischen Frage angerufene Beweisregel "post hoc ergo propter hoc" (vgl. BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 341 f.) ist jedoch praxisgemäss unfallmedizinisch nicht haltbar und beweisrechtlich nicht zulässig, ..."; STF 8C_834/2018 del 19 marzo 2019; STF 8C_355/2018 del 29 giugno 2018; STF 8C_245/2017 dell'8 agosto 2017; STF 8C_230/2017 del 22 giugno 2017; sul tema vedi pure Th. Frei, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des

Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, Friburgo 1998, p. 30, nota 96; A. Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Zurigo 1995, p. 41; STCA 35.2017.60 del 25 settembre 2017, consid. 2.5; STCA 35.2018.33 del 18 luglio 2018, consid. 2.6). 2.8. Per quanto concerne le numerose problematiche algiche multifattoriali di cui soffre l'assicurato (cfr. consid. 1.1), nella concreta evenienza, attentamente vagliato l'insieme della documentazione medica agli atti (cfr., in particolare, i doc. 8, 12, 19, 23, 25, 34, 44, 47, 59, 63, 66, 69, 72, 73, 75, 85, 106, 114, 118 e 136), questo Tribunale ritiene che il parere espresso dal dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore (e, quindi, della materia che qui ci occupa) e medico _____ (che vanta un'ampia esperienza in materia di medicina assicurativa e infortunistica e che ha visitato personalmente l'assicurato), è dettagliato e approfondito e rispecchia i parametri giurisprudenziali sopra ricordati (cfr. consid. 2.6). Ad esso va dunque attribuita piena forza probante e può validamente costituire da base al giudizio che questa Corte è ora chiamata a rendere. Del resto, nè gli argomenti che il patrocinatore dell'assicurato ha sollevato con la propria impugnativa (cfr. doc. I) nè la documentazione medica agli atti sono atti a generare dei dubbi - neppure lievi - circa la fondatezza dell'approfondito parere espresso dallo specialista interpellato dall'istituto assicuratore resistente, con considerazioni puntuali e convincenti. In particolare, nel rapporto del 16 agosto 2018 (doc. 126), relativo alla visita medico-_____ del 3 agosto 2018 circa la valutazione del nesso causale, il medico _____ - dopo aver osservato che la dorsalgia persistente e lombosacralgia persistente, la pandorsalgia, l'insufficienza del corsetto muscolare del tronco, la generalizzazione della sintomatologia dolorosa, la sintomatologia neurovegetativa (importante bruxismo, ipertensione arteriosa ed asma bronchiale), la sindrome da dolore cronico, le moderate alterazioni degenerative con condrosi C6-C7 con spondiloartrosi, la spondilartrosi L3-L4 ed il nervosismo non sono di competenza dell'CO1 - ha puntualizzato, tra l'altro, quanto segue: " (...) Per i soli postumi infortunistici si ritiene capacità lavorativa completa a partire dallo 01.09.2018. L'attuale sintomatologia ancora lamentata dall'assicurato non è più da mettere in connessione con il trauma del 20.12.2016 poiché a distanza di venti mesi dalla data del trauma cranico con interessamento della colonna in toto, essendo stato l'assicurato valutato dal profilo neurologico, neurochirurgico e fisiatrico da più professionisti che non hanno refertato chiare patologie di natura post-traumatica, avendo eseguito un protocollo riabilitativo fisioterapico da cui ha tratto un giovamento, avendo giovato di un congruo periodo di riposo ed assumendo un'importante politerapia farmacologica ancora in essere, avendo eseguito tutti gli esami radiologici prescritti all'uopo che hanno palesato l'assenza di chiare lesioni post-traumatiche si ritiene l'attuale sintomatologia ancora lamentata dall'assicurato essere collegata ad una problematica multifattoriale senza chiare lesioni strutturali visibili ed ad una sindrome del dolore cronico con importante tensione interna e clinicamente un importante bruxismo e un'ipertensione arteriosa associata ad una moltitudine di disturbi e ad un grave decondizionamento congiuntamente ad un'evoluzione sfavorevole con lo sviluppo di una depressione evidente: la depressione evidente ha un influsso sfavorevole sui dolori ed i dolori a loro volta hanno un influsso sfavorevole sulla depressione, così come chiarito dal dr. med. _____ e dal dr. med. _____ nei rispettivi rapporti medici. Per questo motivo si ritiene la correlazione tra la sintomatologia ancora lamentata ed il trauma del 20.12.2016 solo possibile, la sintomatologia residuale dovrà essere assunta dalla rispettiva Cassa malati. (...)" (doc. 126, pag. 5 e 6). In effetti, la valutazione dello specialista dell'CO 1 non è stata smentita da certificati

medico-specialistici neppure in sede ricorsuale. I numerosi certificati medici agli atti (incluso pure quello del 18 settembre 2018 della Clinica _____ dell' _____ di _____; doc. 136) sono stati debitamente presi in considerazione e analizzati dal medico _____, in particolare nelle motivate e convincenti considerazioni espresse il 24 ottobre 2018 (doc. 146), in particolare, giusta le quali, tra l'altro: " (...) Dall'analisi della documentazione medica agli atti emergono alcune costatazioni: che il sig. RI 1 a seguito del trauma del 20.12.2016 riportò un "trauma cervicale e lombare con infrazione dei coccige", infrazione coccigea che fu inizialmente solo sospettata in Italia (sospetta infrazione), fu successivamente indagata approfonditamente a livello radiologico e già non più visibile all'esame RX del 16.01.2017 ed all'esame MRI del 17.01.2017 eseguiti, senza lasciare postumi evidenti (edemi post contusivi), senza alcun cambiamento strutturale delle strutture anatomiche coinvolte, investigate più volte sotto il profilo specialistico neurochirurgico, neurologico ed ortopedico senza l'evidenza di sequele patologiche direttamente collegabili a tale lesione parziale e ritenuta quindi guarita sotto il profilo clinico già dopo 27 giorni dalla data del trauma, finestra temporale oltremodo congrua a determinare la guarigione di una lesione ossea incompleta, mai chiaramente visibile in nessun esame radiologico eseguito, in un soggetto sano; che le contusioni a livello del rachide cervicale e lombare furono anch'esse indagate in maniera assolutamente approfondita prima radiologicamente con esami MR mirati ed olo-TAC che non mostrarono chiare lesioni post traumatiche ossee, tegumentare, legamentari, discali o edemi post-contusivi e successivamente con molteplici esami specialistici risultati anch'essi negativi per patologie post traumatiche. Non si può in alcun modo concordare con le affermazioni dell'avvocato RA 1 quando lo stesso riferisce:" Dall'infortunio e dalla conseguente lesione sono derivate molteplici patologie: oltre alla sintomatologia algica panvertebrale, per il quale l'assicurato sta assumendo antidolorifici e farmaci steroidei, il sig. RI 1 ha sviluppato un'intensa sindrome depressiva" in quanto dopo un periodo temporale di 20 mesi dalla data del trauma, avendo il sig. RI 1 assunto la terapia farmacologica prescritta ed essendosi sottoposto a molteplici valutazioni specialistiche neurologiche, neurochirurgiche ed ortopediche che non sono riuscite a rilevare chiare patologie post traumatiche, avendo eseguito una terapia fisioterapico-riabilitativa adeguata e congrua, avendo eseguito terapia infiltrativa rachidea, avendo eseguito tutte le investigazioni radiologiche richieste all'uopo che non hanno mostrato chiare patologie post infortunistiche si ritiene un collegamento solo possibile tra la sintomatologia algica panvertebrale con l'infortunio del 20.12.2016 reputando tale problematica da un lato ascrivibile alle patologie artrosico-degenerative più volte emerse dalle molteplici indagini radiologiche eseguite e dall'altro ad una problematica multifattoriale senza chiare lesioni strutturali visibili con una sindrome del dolore cronico ed importante tensione interna associata ad una moltitudine di disturbi e ad un grave decondizionamento, così come chiarito dal dr. med. _____ nel suo rapporto medico del 20.07.2018; inoltre l'avvocato Trifone non solo non elenca le "molteplici patologie" di cui parla nel suo scritto del 04.10.2018 ma non offre alcuna spiegazione scientifica condivisibile che giustifichi la sua affermazione/correlazione:" Dall'infortunio e dalla conseguente lesione sono derivate molteplici patologie"; d'altra parte l'avv. RA 1 nel suo scritto del 04.10.2018 non chiarisce neppure le motivazioni medico-scientifiche che rapportano le patologie internistiche riscontrate a _____ con il trauma del 20.12.2016. Riguardo la sindrome depressiva riscontrata questa fu già diagnosticata dal dr. med. _____, FMH in neurologia il 24.07.2017 ossia dopo sette mesi dalla data del trauma, periodo temporale troppo breve per parlare di una depressione post traumatica. Infine non si può neppure concordare con le

affermazioni dell'avvocato RA 1 quando lo stesso riferisce:" Alla luce di quanto sopra dedotto è pienamente sussistente il nesso causale tra l'evento del 20 dicembre 2016 e tutte le patologie accertate nei confronti del sig. RI 1. Tale nesso causale sussiste pienamente sia a livello di causalità naturale, sia a livello di causalità adeguata" in quanto ancora una volta l'avvocato RA 1 non giustifica in nessun modo le motivazioni alla base delle sue affermazioni: il solo fatto che prima del trauma del 20.12.2016 l'assicurato dichiarasse di stare bene e che successivamente al trauma invece riferisce di aver sviluppato patologie internistiche, psichiatriche e un disturbo cronico del dolore non è di per se un fattore che possa giustificare una causalità tra il trauma e tali sindromi. Nel rapporto medico del 19.09.2018 della Clinica _____ di _____ non è riportato nessun dato clinico in controtendenza a quanto già chiarito. (...)" (doc. 16, pag. 6 e 7) Del resto, questo Tribunale constata che, l'assicurato si è sottoposto a svariate indagini, che sono state effettuate per mezzo di apparecchiature diagnostiche e di immagine radiologica, che - a parte evidenziare delle problematiche artrosiche degenerative ed escludere delle fratture e/o delle deformazioni traumatiche - sono risultate nella norma, anche dal profilo neurologico (cfr. in particolare, doc. 12, 19, 23, 34, 59, 63, 66, 72, 73 e 75). L'assicurato si è pure sottoposto a diverse visite mediche specialistiche (in particolare, in ambito neurologico, neurochirurgico, fisiatrico e reumatologico) che - a parte evidenziare dei dolori di carattere artrosico degenerativo (di non competenza dell'CO 1: cfr. doc. 126 e 146) - non hanno messo in evidenza una patologia organica che potrebbe spiegare l'importante e diffusa sintomatologia algica multifattoriale sviluppata dall'assicurato, che nel frattempo è pure stato sottoposto a un trattamento riabilitativo in ambito stazionario dal 24 maggio al 20 giugno 2018, e poi di cure in regime di day hospital, presso la Clinica _____ dell' _____ di _____ (cfr. in particolare, doc. 8, 23, 25, 44, 47, 69, 85, 106, 114, 118 e 136). In siffatte circostanze, il TCA ritiene dimostrato, perlomeno con il grado di verosimiglianza richiesto dalla giurisprudenza, che vi sia un nesso causale solo possibile tra la problematica algica panvertebrale e l'infortunio del 20 dicembre 2016, reputando tali dolori ascrivibili in parte a patologie artrosico-degenerative (di non competenza dell'CO 1: cfr. doc. 126 e 146) ed in parte alla sintomatologia algica multifattoriale presentata da RI 1, che - alla luce di quanto emerge dalla documentazione che è stata precedentemente riassunta - non correla 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). Ad esempio, il TCA segnala la STCA 35.2012.57 del 23 ottobre 2013 riguardante un'assicurata che era rimasta vittima di un tamponamento che aveva sviluppato una sintomatologia dolorosa alla spalla sinistra. In quell'occasione questa Corte, allo scopo di chiarire la fattispecie dal profilo medico, aveva ordinato una perizia giudiziaria, affidandone l'allestimento al PD dott. PE 1, spec. FMH in reumatologia. L'esperto giudiziario aveva spiegato che gli accertamenti compiuti non avevano evidenziato rilevanti alterazioni pato-anatomiche. A suo avviso, l'esistenza di dolori a riposo erano compatibili con una lesione del sistema nervoso, rispettivamente con un disturbo del funzionamento del medesimo scatenato dall'infortunio subito. La persistenza dei disturbi dopo il sinistro e il loro scatenamento soltanto alla palpazione, corrispondevano a una lesione delle fibre A delta e C. Il perito giudiziario aveva quindi precisato che tale lesione non poteva essere rappresentata mediante immagini, né documentata grazie a misure

neurofisiologiche (" Eine solche Läsion kann bildgebend nicht dargestellt werden, ebenfalls können diese mit neurophysiologischen Untersuchungen (Ableitung von sensible oder motorischen Potenzialen) nicht dokumentiert werde ."). Rispondendo ai quesiti postigli dalle parti, l'esperto incaricato dal TCA aveva ribadito che, a suo avviso, il quadro dolorifico presentato dall'assicurata, che non correlava con alterazioni anatomiche oggettivabili, andava imputato all'infortunio occorso nel marzo 2009. In presenza di una sintomatologia che non correlava con un danno alla salute oggettivabile, questo Tribunale ha effettuato un esame specifico dell'adeguatezza, giungendo alla conclusione che la sintomatologia denunciata dall'assicurata non costituiva una conseguenza adeguata dell'infortunio. Questa decisione è stata confermata con STF 8C_858/2013 dell'8 gennaio 2014. Il TCA segnala pure la STCA 35.2015.59 del 4 febbraio 2016 (riguardante un assicurato che, alla guida della propria moto, scendeva da un passo di montagna; giunto poco prima di una galleria, nell'affrontare una curva piegante a destra, a causa di un'irregolarità del campo stradale, fuoriusciva sulla sinistra; percorreva una cinquantina di metri nel prato adiacente e terminava la sua corsa contro un dosso presente; veniva sbalzato qualche metro più avanti) ove l'assicurato aveva sviluppato una neuropatia del nervo occipitale a sinistra e dei disturbi psichici che non correlavano con un danno alla salute oggettivabile, la STCA 35.2016.109 del 22 maggio 2017 (riguardante un assicurato che circolava in sella alla sua motocicletta diretto verso sud ad una velocità dichiarata di 40-50 km/h, lo stesso portava regolarmente il casco di protezione; giunto all'altezza di un distributore di benzina sito alla sua destra, si trovava un autoveicolo, che circolava sulla corsia inversa, svoltare verso la sua sinistra diretto al distributore di benzina; l'assicurato frenava rovinando a terra collidendo in seguito con l'autovettura; la collisione è avvenuta tra la parte anteriore della motocicletta e la parte anteriore dell'autoveicolo), ove l'assicurato aveva sviluppato dei disturbi psichici che non correlavano con un danno alla salute oggettivabile e dei disturbi organici in parte non oggettivabili, la STCA 35.2017.29 del 17 agosto 2017 (riguardante un operatore del sollevatore che, durante il riordino del materiale sul piazzale del deposito, stava procedendo frontalmente sottosterzo e improvvisamente, sentendo i lamenti dell'assicurato, ha interrotto immediatamente la manovra constatando il ferimento del suo piede destro; in tale occasione l'insorgente, che stava lavorando con le scarpe antinfortunistiche) ove l'assicurato aveva riportato un trauma da schiacciamento senza fratture ma sviluppando in seguito dei dolori di carattere neuropatico e la STCA 35.2016.86 del 30 gennaio 2017 (riguardante un operaio che stava lavorando con le scarpe anti infortunistica, allorquando, gli è caduto un cuscinetto della boccola, che pesava circa 15 kg, sul dorso del piede destro) ove l'assicurato ha sviluppato una sintomatologia che - 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 rispettivamente dei " disturbi psicogeni " per l'assicuratore convenuto) - non correlava con un danno infortunistico oggettivabile . In tutti questi casi il TCA ha sospeso momentaneamente l'esame della causalità naturale per procedere a un esame particolare dell'adeguatezza del nesso causale e, non essendo dato il necessario nesso di causalità adeguata, ha rinunciato a esperire ulteriori indagini sulla questione della causalità naturale tra gli infortuni esaminati e i disturbi lamentati (DTF 135 V 465 consid. 5.1). In queste condizioni, il TCA può esimersi dal disporre ulteriori misure istruttorie, ritenendo che le circostanze giuridicamente rilevanti siano già state adeguatamente accertate. In proposito, va ricordato che, per costante giurisprudenza, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il

giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato (valutazione anticipata delle prove), si rinuncerà ad assumere altre prove (cfr. STF 9C_632/2012 del 10 gennaio 2013; STF 9C_231/2012 del 24 agosto 2012), senza che ciò costituisca una lesione del diritto di essere sentito sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata). Val qui in ogni caso la pena di puntualizzare che la sintomatologia algica multifattoriale di cui soffre RI 1, è stata approfonditamente indagata, da tutti i profili possibili. Non vi sarebbe pertanto da attendersi che ulteriori provvedimenti istruttori mettessero in luce nuovi e rilevanti elementi di valutazione. Stante quanto precede, questa Corte non condivide le critiche ricorsuali mosse dal rappresentante legale dell'assicurato all'operato dell'CO 1. In assenza di un sufficiente sostrato organico oggettivabile, come è il caso nella presente fattispecie sulla scorta delle considerazioni che precedono, occorre quindi effettuare, conformemente alla giurisprudenza riportata al consid. 2.5 e 2.6, un esame specifico dell'adeguatezza, secondo i criteri applicabili in caso di evoluzione psichica abnorme conseguente a infortunio (DTF 115 V 133ss.). Medesimo esame deve essere effettuato pure in relazione ai disturbi psichici di cui soffre l'assicurato.

2.9. Nell'esaminare l'adeguatezza del legame causale, bisogna avantutto procedere alla classificazione dell'infortunio occorso al ricorrente. Nel caso concreto l'assicurato, il 20 dicembre 2016 RI 1, mentre, mentre si trovava a _____, verso le 15:30, è caduto sui gradini di una scala ghiacciata e ha picchiato il coccige ed il capo, riportando "un trauma da caduta accidentale" policontusivo (doc. 1, 2, 8, 12 e 19). 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. 149). Nel caso di specie, secondo il TCA - ritenuto che comuni cadute e scivolate vanno considerate infortuni leggeri (DTF 115 V 139 consid. 6a; cfr. Anche RAMI 1992 no. U 154 pag. 246, riguardante una caduta durante una partita di calcio) - non vi è alcun dubbio che l'infortunio di cui è rimasto vittima l'assicurato dev'essere classificata nella categoria degli infortuni insignificanti o leggeri (cfr., per una vicenda analoga, STF 8C_291/2012 dell'11 giugno 2012, riguardante il caso di un assicurato caduto dalle scale, riportando una contusione alla caviglia sinistra; vedi pure STFA U 347/01 del 9 gennaio 2003 consid. 5.2, riguardante un'assicurata scivolata su fondo ghiacciato che si era procurata delle contusioni all'anca destra). Nei casi di infortunio insignificante o leggero, come nel caso di specie, l'esistenza di un nesso di causalità adeguata tra evento ed eventuali disturbi psichici può di regola essere a priori negata. Secondo l'esperienza della vita e ritenute le cognizioni acquisite in materia di medicina degli infortuni, può in effetti essere ammesso che un infortunio insignificante o leggero non sia di natura tale da provocare un'incapacità lavorativa e di guadagno di origine psichica (DTF 115 V 133 consid. 6a pag. 139; STCA 35.2015.126 del 18 maggio 2016, consid. 2.7). Ne consegue che i disturbi psichici denunciati dall'insorgente non vanno considerati in nesso di causalità adeguato con l'infortunio del 20 dicembre 2016. In siffatte condizioni, si deve quindi negare l'esistenza del nesso causale adeguato e, con esso, la responsabilità dell'Istituto assicuratore convenuto. Ma quand'anche si volesse considerare l'ipotesi maggiormente favorevole all'assicurato (così come effettuato dall'CO 1; che tuttavia non appare giustificata nel caso di specie), il ricorrente non ne trarrebbe alcun giovamento. In effetti, 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 al ricorrente può essere classificato, tutt'al più, tra gli eventi di grado medio, al limite però della categoria degli infortuni leggeri o insignificanti. 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. 2.6 e 2.7. 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. 2.2.5.). 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 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_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)."). L'evento infortunistico non si è svolto secondo circostanze concomitanti particolarmente drammatiche o spettacolari. Nell'infortunio del 20 dicembre 2016, l'assicurato ha riportato un trauma policoncusivo senza alcuna frattura mentre, nel prosieguo, egli ha sviluppato una sindrome algica multifattoriale, risultata priva di sostrato organico oggettivabile. 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 (in questo senso, si vedano la STF 8C_795/2012 del 28 novembre 2012 consid. 5.3.2., riguardante un'assicurata vittima di un trauma cranio-cerebrale con emorragia subaracnoidea frontale a sinistra, che aveva reliquato cefalee come pure disturbi dell'olfatto e del gusto, in cui il TF ha negato che il criterio in discussione fosse adempiuto, anche soltanto in forma semplice, e la STF 8C_52/2008 del 5 settembre 2008 consid. 8.2, concernente un assicurato che, caduto dopo essere stato urtato da un'autovettura, aveva accusato una commotio cerebri, una contusione toracica a destra con una serie di fratture costali, nonché alcune ferite lacero-contuse alla parte sinistra del volto). 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. Per ammettere l'adempimento di questo criterio, non ci si deve basare unicamente sull'aspetto temporale. Occorre parimenti considerare la natura e l'intensità del trattamento e se ci si può attendere un miglioramento delle condizioni di salute dell'assicurato (cfr. STF 8C_577/2007 del 23

gennaio 2008 consid. 7 e riferimento ivi citato). In questo senso, un trattamento che serve unicamente a conservare le condizioni di salute già esistenti, non 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). 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 e la prescrizione di manipolazioni, sono stati giudicati insufficienti a fondare questo criterio (cfr. STF 8C_507/2010 del 18 ottobre 2010 consid. 5.3.4). 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. In concreto, l'assicurato ha essenzialmente beneficiato di trattamenti farmacologici/infiltrativi (antalgici) e si è sottoposto a visite mediche soprattutto a scopo diagnostico, il tutto eseguito su base ambulatoriale, oltre ad un trattamento riabilitativo in ambito stazionario dal 24 maggio al 20 giugno 2018, e poi di cure in regime di day hospital, presso la Clinica _____ dell' _____ di _____. Di tutta evidenza, la cura medica applicata all'assicurato non ha dunque avuto un'intensità tale da giustificare l'adempimento del criterio in discussione (per un caso in cui questa Corte ne ha per contro ammesso la realizzazione, si veda la STCA 35.2014.2 del 17 settembre 2014 consid. 2.12, riguardante un assicurato, vittima di un incidente della circolazione, le cui conseguenze avevano necessitato di ben dieci operazioni chirurgiche, l'ultima delle quali eseguita a distanza di sei anni e mezzo circa dall'evento traumatico). 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. 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_80/2009 del 5 giugno 2009 consid. 6.5 e riferimenti). Nel caso di specie, se il decorso della cura medica si è rivelato insoddisfacente è perché, ad un certo punto, si è sovrapposta una sintomatologia giudicata priva di sostrato organico che, come tale, non può essere presa in considerazione nella valutazione dell'adeguatezza del nesso causale secondo la DTF 115 V 133 (cfr. 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)."; cfr. STCA 35.2015.20 del 9 novembre 2015, consid. 2.2.7). In queste condizioni, può rimanere indeciso se sono adempiuti il criterio dei dolori somatici persistenti e quello del grado e durata dell'incapacità lavorativa, poiché questi due criteri da soli, in presenza di un infortunio di media gravità al limite di quelli leggeri, non potrebbe comunque giustificare l'adeguatezza del nesso di causalità (cfr. RDAT 2003 II n. 67 p. 276, U 164/02 consid. 4.7; RSAS 2001 p. 431, U 187/95; cfr. STCA 35.2015.20 del 9 novembre 2015, consid. 2.2.7). Ne consegue che le numerose

problematiche algiche non oggettivabili ed i disturbi psichici (cfr. consid. 1.1) di cui soffre l'insorgente non vanno considerati in nesso di causalità adeguato con l'infortunio in esame. 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 infortunistico (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). Va infine segnalato che l'Alta Corte ha precisato che l'assicuratore infortuni non è tenuto a dimostrare l'esistenza di una causa extra-infortunistica a cui imputare i disturbi accusati dall'interessato (cfr. STFA U 152/03 del 21 aprile 2005 e riferimenti ivi menzionati; cfr. STCA 35.2017.62 del 2 ottobre 2017, consid. 2.9). 2.10. Sulla scorta delle considerazioni che precedono, il TCA ritiene che - a partire dal 1° settembre 2018 (cfr. valutazioni mediche del 16 agosto 2018, di cui al doc. 126, e del 13 novembre 2018, di cui al doc. 146, del dr. med. _____) - i disturbi somatici e psichici ancora presenti non erano più causati dall'infortunio del 20 dicembre 2016 e che, essendo l'assicurato abile al lavoro al 100% (con pieno rendimento) nell'attività abituale di aiuto giardiniere per i soli postumi infortunistici (cfr. valutazioni mediche del 16 agosto 2018, di cui al doc. 126, e del 13 novembre 2018, di cui al doc. 146, del dr. med. _____), l'assicuratore resistente era legittimato a sospendere il proprio obbligo a prestazioni in relazione all'evento del 20 dicembre 2016 a partire da tale data. In conclusione, visto quanto sopra, il gravame deve essere respinto mentre la decisione su opposizione avversata merita di essere confermata. 2.11. Da ultimo, dal momento che la decisione impugnata delimita il litigio (cfr. STF 9C_636/2015 del 2 febbraio 2016, consid. 1 con riferimenti), esula dalla presente procedura l'infortunio del 26 settembre 2018 occorso all'assicurato (cfr. doc. I, pag. 12) come pure la domanda di riconoscimento di un'indennità da menomazione dell'integrità in conseguenza all'infortunio del 20 dicembre 2016 (doc. I, pag. 13), sul quale l'Istituto assicuratore resistente non si è determinato con la decisione formale qui impugnata. La relativa richiesta è, pertanto, irricevibile.

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