

TI_GERICHTE 35.2000.63 vom 8. Juni 2000

TI Tribunale d'appello, 2000-06-08, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2000.63

FR: TI_GERICHTE 35.2000.63 du 8 juin 2000

IT: TI_GERICHTE 35.2000.63 del 8 giugno 2000

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 6

cpv. 1 LAINF, per quanto non altrimenti previsto dalla legge, le prestazioni assicurative sono concesse in caso d'infortunio professionale, d'infortunio non professionale e di malattie professionali. 2.3. Secondo l'art.

E. 10

LAINF, l'assicurato ha diritto alla cura appropriata dei postumi d'infortunio e, se parzialmente o totalmente incapace al lavoro, all'indennità giornaliera in forza dell'art. 16 LAINF. Inoltre, a norma dell'art. 18 LAINF, l'assicurato invalido a seguito d'infortunio ha diritto alla rendita d'invalidità. 2.3.1. Va comunque ricordato che presupposto essenziale per l'erogazione di prestazioni da parte dell'assicurazione contro gli infortuni è l'esistenza di un nesso di causalità naturale fra l'evento e le sue conseguenze (danno alla salute, invalidità, morte). Questo presupposto è da considerarsi adempiuto qualora si possa ammettere che, senza l'evento infortunistico, il danno alla salute non si sarebbe potuto verificare o non si sarebbe verificato nello stesso modo. Non occorre, invece, che l'infortunio sia stato la sola o immediata causa del danno alla salute; è sufficiente che l'evento, se del caso unitamente ad altri fattori, abbia comunque provocato un danno all'integrità corporale o psichica dell'assicurato, vale a dire che l'evento appaia come una condizione sine qua non del danno. È questione di fatto lo stabilire se tra evento infortunistico e danno alla salute esista un nesso di causalità naturale; su detta questione amministrazione e giudice si determinano secondo il principio della probabilità preponderante - insufficiente essendo l'esistenza di pura possibilità - applicabile generalmente nell'ambito dell'apprezzamento delle prove in materia di assicurazioni sociali. Al riguardo essi si attengono, di regola, alle attestazioni mediche, quando non ricorrano elementi idonei a giustificare la disattenzione (cfr. DTF 119 V 31; DTF 118 V 110; DTF 118 V 53; DTF 115 V 134; DTF 114 V 156; DTF 114 V 164; DTF 113 V 46; cfr. pure sentenza inedita 17 ottobre 1989 in re F.). Ne discende che ove l'esistenza di un nesso causalità tra infortunio e danno sia possibile ma non possa essere reputata probabile, il diritto a prestazioni derivato dall'infortunio assicurato dev'essere negato (DTF 117 V 360 consid. 4a e sentenze ivi citate). 2.3.2. Occorre inoltre rilevare che il diritto a prestazioni assicurative presuppone pure l'esistenza di un nesso di causalità adeguata tra gli elementi summenzionati. Un evento è da ritenere causa adeguata di un determinato effetto quando secondo il corso ordinario delle cose e l'esperienza della vita il fatto assicurato è idoneo a provocare un effetto come quello che si è prodotto, sicché il suo verificarsi appaia in linea generale propiziato dall'evento in questione (DTF 117 V 361 consid. 5a e 382 consid. 4a e sentenze ivi citate). Comunque, qualora sia carente il nesso di

causalità naturale, l'assicuratore può rifiutare di erogare le prestazioni senza dover esaminare il requisito della causalità adeguata (cfr. DTF 117 V 361 consid. 5a e 382 consid. 4a; su queste questioni vedi pure: Ghélew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), Losanna 1992, p. 51-53). La giurisprudenza ha inoltre stabilito che la causalità adeguata, quale fattore restrittivo della responsabilità della assicurazione contro gli infortuni allorché esiste un rapporto di causalità naturale, non gioca un ruolo in presenza di disturbi fisici consecutivi ad un infortunio, dal momento che l'assicurazione risponde anche per le complicazioni più singolari e gravi che solitamente non si presentano secondo l'esperienza medica (cfr. DTF 118 V 286; DTF 117 V 365 in fine).

2.3.3. Diversa invece è la situazione per quel che riguarda le affezioni di carattere psichico, dove la nozione di causalità adeguata assume un'importanza fondamentale. In merito all'adeguatezza del rapporto causale fra infortunio e disturbi di natura psichica manifestatisi dopo di esso, il TFA ha avuto modo di esprimersi ripetutamente e la sua giurisprudenza è stata sottoposta a profonde trasformazioni. Di questa evoluzione significative sono le sentenze in DTF 112 V 37 (l'adeguatezza è riconosciuta solo nei casi in cui l'infortunio riveste un'importanza rilevante nell'insieme delle circostanze; l'idoneità del trauma a provocare turbe psicogene non si misura più per rapporto alle reazioni di una persona "normale"); in DTF 113 V 316 e 324 (l'adeguatezza difficilmente può essere negata se alla luce della personalità pretraumatica dell'assicurato l'infortunio non è, con le circostanze concomitanti, relegato all'irrelevanza); in RAMI 1988 U47 pag. 225 in cui il TFA ha ribaltato la precedente formulazione negativa esigendo che l'infortunio rivesta "una certa importanza" per rapporto a tutto il complesso delle circostanze; e infine in DTF 115 V 133, in cui la somma istanza ha ritenuto utile procedere ad una classificazione degli infortuni sulla base di criteri oggettivi anziché fondarsi direttamente sul modo in cui la vittima ha vissuto ed elaborato il trauma. Il TFA conferisce valore paradigmatico non all'esperienza dell'infortunio (Unfallerlebnis) ma all'evento infortunistico come tale (Unfallereignis), valutato oggettivamente (objektivierte Betrachtungsweise) in funzione del modo in cui è avvenuto l'infortunio propriamente detto (cfr. DTF 115 V 408 consid. 5; RAMI 1992 U154 p. 246ss). " A seconda della dinamica dell'infortunio, esso è classificato in una delle tre categorie seguenti: nella categoria degli eventi insignificanti o leggeri, in quella degli eventi gravi e in quella degli eventi di grado medio" Di regola l'adeguatezza del nesso causale viene ammessa nel caso di infortuni gravi ("secondo il corso ordinario delle cose e l'esperienza della vita gli infortuni gravi sono in effetti idonei a provocare danni invalidanti alla salute psichica"). Per contro, nel caso di infortuni insignificanti ("l'assicurato per esempio ha leggermente battuto la testa o si è slogato il piede") o leggeri (ad esempio caduta o scivolata banale) l'adeguatezza può di regola essere negata a priori (RAMI 1992 U154, 246ss). L'infortunio sarà tutt'al più ritenuto la causa fortuita delle turbe nondimeno manifestatesi. La vera causa è da ricercare in fattori extra-infortunistici, per esempio nella predisposizione costituzionale. "È noto per esperienza che gli infortuni della presente categoria, data la loro minima importanza, non possono influire sulla salute psichica dell'infortunato". Per quanto attiene, invece, agli infortuni di grado medio - cioè a quegli "eventi che non possono essere classificati nelle due predette categorie" - l'adeguatezza non può essere stabilita facendo semplicemente riferimento all'evento infortunistico. " Occorre piuttosto tener conto, da un profilo oggettivo, di tutte le circostanze che sono strettamente connesse con l'infortunio o che risultano essere un effetto diretto o indiretto dell'evento assicurato. Esse possono servire da criterio di apprezzamento nella misura in cui secondo il corso ordinario delle cose e l'esperienza della vita sono tali da

provocare o aggravare, assieme all'infortunio, un'incapacità lavorativa e di guadagno di origine psichica". I criteri di maggior rilievo sono: - le circostanze concomitanti particolarmente drammatiche o la particolare spettacolarità dell'infortunio; - la gravità o particolare caratteristica delle lesioni lamentate, segnatamente la loro idoneità, secondo l'esperienza, a determinare disturbi psichici; - la durata eccezionalmente lunga della cura medica; - i dolori somatici persistenti; - la cura medica errata che aggrava notevolmente gli esiti dell'infortunio; - il decorso sfavorevole della cura e le complicazioni rilevanti intervenute; - il grado e la durata dell'incapacità lavorativa dovuta alle lesioni fisiche. Il TFA opera all'interno della classe medio-grave un'ulteriore, doppia distinzione. Gli infortuni medio-gravi si dividono in tre sottogruppi a seconda della loro relativa gravità: - infortuni la cui gravità raggiunge il punto più alto della categoria e li avvicina addirittura agli infortuni della categoria superiore; - infortuni di media gravità all'interno della categoria medio-grave; - infortuni di poca rilevanza, al limite della categoria inferiore (infortuni insignificanti o leggeri). Nel primo caso basta la presenza di uno solo dei fattori sopra elencati. Nel secondo bisogna nuovamente distinguere: - se un fattore è particolarmente incisivo (ad esempio durata particolarmente lunga dell'incapacità lavorativa per l'intervento di complicazioni durante la cura), l'adeguatezza è ammessa; - in caso contrario occorre l'intervento di più fattori. Nel terzo sottogruppo è richiesta alternativamente: - la presenza, cumulativamente, di tutti i fattori elencati, o - la particolare intensità dei fattori effettivamente intervenuti. Solo a queste condizioni si ammetterà l'adeguatezza del nesso causale. Se però queste condizioni sono adempiute, non si dovrà più ricercare se vi siano altre cause atte a spiegare le turbe psichiche, per esempio in relazione alla predisposizione costituzionale della vittima. Può essere infatti affermato che se l'infortunio e i fattori concomitanti sono particolarmente importanti, al punto da poter causare le turbe psichiche anche se la personalità della vittima non vi sia particolarmente predisposta, l'infortunio avrà la valenza di "causa sopravveniente", che eclissa gli altri fattori. Basta da solo a scompensare la psiche e relega all'irrilevanza la sua eventuale particolare vulnerabilità. Non importa che qualsiasi altro choc avrebbe potuto scompensarla; l'infortunio è in ipotesi idoneo in sé a produrre quel risultato ed è irrilevante che altri traumi avrebbero potuto provocarlo in sua vece. In RAMI 1995 U215, p. 90ss., il TFA ha ribadito che la qualifica degli infortuni va effettuata secondo criteri puramente oggettivi senza far riferimento al vissuto dell'infortunio elaborato dalla persona coinvolta.

2.3.4. Anche in materia d'infortunio del tipo "colpo di frusta" alla colonna cervicale, vige una particolare giurisprudenza relativa alla questione della causalità. Nella giurisprudenza applicabile sino all'emanazione della sentenza di principio 4 febbraio 1991 in re S., pubblicata in DTF 117 V 359ss. e RAMI 1991 U121, p. 95ss., il TFA considerava che in assenza di deficit neurologici e d'alterazioni visibili attraverso radiografie, delle lesioni neuropsichiche non erano, in generale, atte a provocare dei disturbi evolutivi di natura patologica, di modo che - trattandosi d'infortuni del tipo "colpo di frusta" alla colonna cervicale - senza prova di deficit funzionale organico e senza alterazioni radiologicamente oggettivabili, l'esistenza di una relazione di causalità adeguata era negata, facendo difetto dei postumi durevoli derivanti da un infortunio di quel tipo (DTF 117 V 359 consid. 5c). Con la DTF 117 V 359, il TFA ha definito il quadro clinico tipico di una lesione del tipo "colpo di frusta". In presenza di un tale quadro, si può, di regola, ammettere l'esistenza di una relazione di causalità naturale fra l'infortunio e la susseguente incapacità lavorativa, rispettivamente lucrativa. Questo quadro clinico è caratterizzato da disturbi multipli, quali diffusi mal di testa, vomito, vertigini, disturbi della concentrazione e della memoria, facile

stanchevolezza, disturbi visivi, irritabilità, labilità affettiva, depressione, cambiamento della personalità, ecc.. Tale giurisprudenza é stata ulteriormente confermata (DTF 119 V 334; DTF 122 V 415 = SVR 1997 UV85, p. 309ss.; DTF 123 V 98 = SVR 1997 UV96, p. 349ss.; cfr., inoltre, gli estratti pubblicati in RAMI 1995 U221, p. 109ss.). Nella succitata pronunzia, la Corte federale ha ricordato che, secondo le ultime pubblicazioni scientifiche, in caso di “colpo di frusta” alla colonna cervicale, dei deficit funzionali molto diversi possono apparire a distanza di anni, anche senza uno stato patologico oggettivabile. Il fatto che in molti casi i disturbi tipici del “colpo di frusta” non siano oggettivabili con gli attuali mezzi tecnici (RX, TAC, EEG) non deve indurre a qualificarli di puri disturbi soggettivi e, pertanto, a negare ogni rilevanza nell’ambito dell’assicurazione contro gli infortuni. Il TFA ha considerato - modificando così la sua giurisprudenza anteriore - che un infortunio del tipo “colpo di frusta” alla colonna cervicale é, secondo il corso ordinario delle cose e l’esperienza della vita, suscettibile di provocare un’incapacità lavorativa o di guadagno, anche se la natura organica dei deficit funzionali non é stata dimostrata. Ne ha pure dedotto che, per decidere circa l’adeguatezza della relazione di causalità, non é determinante sapere se, da un profilo medico, i disturbi consecutivi al “colpo di frusta” devono essere qualificati piuttosto di natura fisica che psichica, nella misura in cui una tale distinzione, in certi casi, potrebbe essere la causa di notevoli difficoltà d’apprezzamento, vista la complessità e la varietà del quadro clinico. La somma Istanza ha, peraltro, stabilito che la sua vecchia prassi non avrebbe più potuto essere mantenuta, in quanto, per valutare il carattere adeguato del nesso causale, essa si basava esclusivamente sulle lesioni riportate a seguito dell’infortunio, quando, in ossequio alla giurisprudenza elaborata in materia di turbe psichiche, la medesima questione dev’essere apprezzata riferendosi all’evento infortunistico ed alle circostanze concomitanti ad esso. La particolare natura delle lesioni subite costituisce, in questo ambito, soltanto uno dei criteri che devono essere presi in considerazione. Se ne deduce che, trattandosi di un infortunio del tipo “colpo di frusta” alla colonna cervicale, senza prova di un deficit funzionale oggettivo, la questione della causalità adeguata deve essere valutata basandosi sull’evento infortunistico nonché sull’insieme delle circostanze che, da un punto di vista oggettivo, sono strettamente connesse con lo stesso o che risultano essere un effetto diretto o indiretto dell’evento assicurato, di modo che, secondo il corso ordinario delle cose e l’esperienza della vita, sono atte a provocare o aggravare, assieme all’infortunio, un’incapacità lavorativa o di guadagno. Posto che, tanto in caso di turbe psichiche consecutive ad infortunio quanto in caso di disturbi provocati da un “colpo di frusta” alla colonna cervicale, ci si trova confrontati a deficit che non é possibile oggettivare da un profilo organico, il TFA ha precisato che, per valutare l’adeguatezza del nesso di causalità fra un infortunio ed un’incapacità al lavoro o lucrativa consecutiva ad un “colpo di frusta” alla colonna cervicale, conviene applicare, per analogia, il metodo elaborato per le turbe psichiche. La Corte federale ha, in effetti, statuito che, dal momento in cui la causalità adeguata é stata ammessa in caso d’incapacità al lavoro o di guadagno d’origine psichica anche in assenza di lesione organica oggettivabile, sarebbe contrario al principio dell’uguaglianza di trattamento fra gli assicurati esigere la prova di una tale lesione in caso d’infortunio del tipo “colpo di frusta” alla colonna cervicale (DTF 117 V 359, consid. 5d/bb).

2.3.5. Alla luce dei principi evocati al precedente considerando - qualora ci si trovi confrontati a dei sintomi sprovvisti di sostrato organico oggettivabile - é necessario, dapprima, chiedersi se, tenuto conto della dinamica dell’infortunio e dei disturbi diagnosticati, si é o meno in presenza di un infortunio del tipo “colpo di frusta” alla colonna cervicale: " Das Vorliegen eines Schleudertraumas wie seine Folgen müssen somit durch

zuverlässige ärztliche Angaben gesichert sein. Trifft dies zu und ist die natürliche Kausalität - aufgrund fachärztlicher Feststellungen in einem konkreten Fall - unbestritten, so kann der natürliche Kausalzusammenhang ebenso aus rechtlicher Sicht als erstellt gelten, ohne dass ausführliche Darlegungen zur Beweiswürdigung nötig wären (BGE 119 V 340 E. 2b/aa).” (DTF 122 V 415=SVR 1997 UV85, p. 309ss.). L’esistenza di un infortunio del tipo “colpo di frusta” così come delle sue conseguenze, presuppone, dunque, delle attendibili certificazioni medico-specialistiche (cfr. RAMI 2000 U395, p. 316ss. consid. 3 = SVR 2001 UV1, p. 1ss.; DTF 122 V 415 = SVR 1997 UV85, p. 309ss.; DTF 119 V 340 consid. 2b/aa; STFA 17.3.1995 in re Z.; cfr., pure, U. Meyer-Blaser, op. cit., p. 104). Per costante giurisprudenza, decisivo dev’essere ritenuto l’apprezzamento diagnostico espresso da uno specialista in neurologia, oltre, beninteso, la presenza del quadro tipico dei disturbi, contraddistinto da un’accumulazione di disturbi (P. Gomm, Kausalität in der Unfallversicherung, Plädoyer 3/97, p. 29; J. Senn, Das “Schleudertrauma” der Halswirbelsäule - Bemerkungen zum Stand der Diskussion, SZS 4/1996, p. 322; cfr., pure, sentenza 10.8.1998 del TA del Canton Lucerna, pubblicata in Plädoyer 5/98, p. 80ss.). Se l’esistenza del nesso di causalità naturale é stata ammessa, é ancora necessario pronunciarsi sulla questione riguardante il rapporto di causalità adeguata, questione che dev’essere valutata secondo il metodo elaborato per le turbe psichiche (vedi al proposito: DTF 115 V 138 consid. 6): " Entgegen der Auffassung des kantonalen Gerichts besteht kein Anlass, bei medizinisch zwar angenommenem, jedoch nicht (hinreichend) organisch nachweisbarem natürlichem Kausalzusammenhang zwischen einem Unfall mit Schleudertrauma der HWS und andauernden Beschwerden, welche die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit einschränken, von einer Prüfung der Adequanz abzusehen, welche grundsätzlich bei sämtlichen Gesundheitsschädigungen, die aus ärztlicher Sicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als natürliche Unfallfolgen gelten können, Platz zu greifen hat (BGE 121 V 49 E. 3a mit Hinweisen; MAURER, a.a.O., S. 460; MEYER-BLASER, a.a.O., S. 82).” (DTF 122 V 417 = SVR 1997 UV85, p. 310).

2.4. Volendo sintetizzare quanto esposto ai precedenti considerandi - si tratta, in primo luogo, di valutare se l’interessato è rimasto vittima di un trauma d’accelerazione alla colonna cervicale, di un trauma equivalente (cfr. SVR 1995 UV23, p. 67 consid. 2) oppure di un trauma cerebrale (cfr. DTF 117 V 369). Se ciò dovesse essere il caso, per gli infortuni di grado medio, è necessario applicare i criteri elencati dalla giurisprudenza di cui alla DTF 117 V 366 consid. 6a e 382 consid. 4b. In caso contrario, la valutazione dell’adeguatezza del nesso causale va operata, trattandosi sempre degli infortuni di grado medio, secondo i fattori elaborati dal TFA nella DTF 115 V 140 consid. c/aa (cfr. RAMI 2000 U395, p. 316ss. consid. 3 = SVR 2001 UV1, p. 1ss.). A differenza degli infortuni che hanno comportato un trauma d’accelerazione al rachide cervicale, per l’apprezzamento della causalità adeguata, in caso di disturbi psicogeni, bisogna differenziare le componenti psichiche da quelle somatiche, giacché solo queste ultime vanno considerate.

2.5. Nella presente fattispecie, in data 19 dicembre 1992, _____ rimasta coinvolta in un incidente della circolazione stradale, avvenuto sulla strada cantonale che da _____ porta a _____, in territorio del Comune di _____.

L’assicurata è stata immediatamente ricoverata presso l’Ospedale regionale di _____ (), dove è rimasta degente sino al 22 dicembre 1992. I sanitari le hanno prescritto l’utilizzo di un collare morbido ed instaurato una terapia medicamentosa conservativa (Ponstan e Torecan - cfr. doc._). Posteriormente alla dimissione dall’_____ è stata seguita dal suo medico curante, il dottor _____, il quale ha attestato la chiusura della cura medica per il 19 febbraio 1993 ed una ritrovata piena capacità lavorativa a decorrere

dal 2 febbraio 1993 (cfr. doc. _). In data 7 aprile 1993, il datore di lavoro della ricorrente ha annunciato una ricaduta dell'infortunio del dicembre 1992 (cfr. doc. _). Il dottor _____ - interpellato al proposito dalla _____ - ha fatto stato di una recrudescenza della sintomatologia algica a livello del capo, del collo e del dorso, con inabilità lavorativa del 50% dal 2 aprile 1993 e completa dal 9 aprile 1993 (cfr. doc. _). La ricorrente è stata successivamente sottoposta ad innumerevoli accertamenti specialistici, di varia natura, allo scopo d'individuare l'eziologia: - rapporto 7.5.1993 del Servizio di neurologia dell'_____ : " (...). Le cervicalgie con irradiazione al vertice e la sensazione di "stordimento-dondolamento" manifestata dalla paziente sono probabilmente da ricondurre ancora al trauma distorsivo della colonna cervicale. Il test di Shellong esclude con buona sicurezza un problema di disregolazione ortostatica. Per quanto riguarda gli episodi di vertigine rotatoria accompagnata da nausea, ricordano invece un problema vestibolare pur se all'esame clinico non si ritrovano elementi in questo senso; per un morbo di Menière non vi sono elementi sufficienti. Non vi è un calo dell'udito ed il ronzio alle orecchie bilateralmente accusato in modo saltuario dalla paziente non è mai in relazione con le crisi. Abbiamo comunque previsto un esame audiometrico ed una prova calorica di eccitabilità vestibolare (la paziente verrà convocata direttamente per questo esame), per ora abbiamo consigliato alla paziente di rimanere il più possibile attiva per acquistare un sufficiente compenso centrale dell'eventuale déficit vestibolare. A seconda del risultato dell'esame _____ e dell'evoluzione dei sintomi decideremo in merito all'esecuzione o meno di ulteriori esami " (doc. _); - rapporto 15.7.1993 del Servizio di neurologia dell'_____ : " (...). Sequela di sintomi difficilmente inquadrabili in un'entità nosologica precisa, probabilmente riconducibile al trauma distorsivo della colonna cervicale. Tenuto conto della tendenza alla cronicizzazione abbiamo programmato una risonanza magnetica della fossa posteriore della colonna cervicale alta all'esclusione per esempio di un'anomalia al transito cervico-occipitale e di una lesione legamentaria. Nel contempo verrà pure eseguita una radiografia funzionale della colonna cervicale " (doc. _); - rapporto 5.8.1993 del Servizio di neurologia dell'_____ : " (...). La risonanza magnetica cerebrale risulta perfettamente normale, per contro le radiografie della colonna cervicale hanno mostrato un raddrizzamento patologico della lordosi fisiologica ed angolazione tra le vertebre C5 e C6. Questo reperto può spiegare almeno parte della sintomatologia. Dal punto di vista terapeutico sono indicate sedute di prudente manipolazione chiropratica allo scopo di sbloccare il sopraccitato segmento e ristabilire le catene cinetiche " (doc. _); - rapporto 8.9.1993 della _____ : " (...). Bei Status nach indirektem HWS-Trauma mit Hyperextensionsmechanismus im Dezember 92 besteht nach wie vor ein ausgeprägtes Beschwerdebild mit Nackenschmerzen sowie muskulärer Ausstrahlung in die obere Extremität sowie entlang der BWS. Zusätzlich noch Induktion von Migräne. Die Patientin arbeitet nach wie vor 100% als Krankenschwester in einem Altersheim für pflegebedürftige. Die körperliche Belastung dort ist doch erheblich, auch wurde keine effiziente Therapie bis anhin durchgeführt. Wir würden deshalb empfehlen, die Patientin arbeitsunfähig zu schreiben und sie für eine stationäre physiotherapeutische Behandlung mit Muskelaufbautraining für Nacken- und Rückenmuskulatur während ca. 3-4 Wochen einzuweisen. Dies könnte auch in _____ in der _____ geschehen " (doc. _); - rapporto 19.1.1994 del dottor _____, spec. FMH in fisiatria e riabilitazione : " ... a mio parere, dopo una prima visita, anamnesi approfondita e studio della documentazione messi a disposizione, si tratta di una paziente con uno stato dopo un politrauma con colpo di frusta cervicale e lombare, così come "strappi muscolari" generalizzati dopo una

collisione in macchina senza aver allacciato la cintura ad una velocità di 70 km/h. Visto che la paziente ha continuato a lavorare a tempo pieno come aiuto infermiera in una casa per anziani non c'è mai stata la possibilità di un rilassamento muscolo-tendineo ed il tutto si è indirizzato in un "circolo vizioso" delle parti molli a parte la problematica segmentale precisa sia a livello della colonna cervicale che lombare. Concordo assolutamente con la valutazione della Clinica _____ del 08.09.93 sul fatto che sia indicata una cura stazionaria molto intensiva al più presto possibile, soprattutto con lo scopo di eliminare tutti i fattori secondari dei postumi infortunistici per poter in seguito concentrarsi (anche ambulatoriamente) sui problemi segmentali più precisi che attualmente sono celati sotto il "fa male dappertutto" della paziente " (doc. _); - rapporto 10.5.1994 della Clinica di riabilitazione di _____ : " Das Therapieprogramm bestand aus Einzelheilmassage, Rückengymnastik im Wasser, Wandergruppe, Rückenschule, Heublumenwickel, Massage. Schwerpunkte der Behandlung lagen im Finden von Entlastungsstellungen, Atmungsübungen zur Entspannung sowie in der Schulung der Körperwahrnehmung. Es könnte insgesamt gesehen jedoch keine Schmerzreduktion erzielt werden, punktuell traten zeitweise Verbesserungen ein während sich an anderen Stellen die Schmerzen verstärkten. Wir konnten keinen Therapieansatz finden, der über längere Zeit anhält. Diese Erfahrung was für Frau _____ sehr deprimierend, da sie grosse Hoffnungen in den Aufenthalt gesetzt hatte. Zur Verarbeitung der Unfallfolgen wurde begleitend eine Gesprächstherapie durchgeführt. Auffallend war in den Gesprächen eine intensive Beschäftigung mit dem eigenen Körper (früher im Sport ausgelebt), so sämtliche Missempfindungen in hypochondrischer Manier minutiös ausgelebt und beschrieben werden. Gleichzeitig besteht eine grosse Verunsicherung über die Zukunft. Es ist anzunehmen, dass das Beschwerdebild durch eine psychogene Komponente im Sinne einer psychosomatischen Überlagerung von Restbeschwerden mitverursacht wird. Um eine drohende psychische Dekompensation rechtzeitig abzuwenden, wäre eine Weiterführung der Gespräche unbedingt sinnvoll. Es wurde Frau _____ eine entsprechende Adresse mitgeteilt (Dr. med. _____). Es wurde weiterhin eine neuropsychologische Abklärung durchgeführt, hier zeigte sich eine leichte neuropsychologische Funktionsstörung mit zusätzlicher ausgeprägter, algogenbedingt reduzierter Belastbarkeit. Bei zeitlich deutlich begrenzter Dauerbelastbarkeit und guter Kooperation finden sich bei einem durchschnittlichen Leistungsniveau deutliche Hinweise auf reduzierte Aufmerksamkeitsleistung, reduzierte Informationserfassung sowie verminderte Frischgedächtnisleistungen, sobald die inhaltliche Komplexität steigt. Die Befunde weisen auf eine Umschriebene leichte neuropsychologische Funktionsstörung hin, wie wir sie öfters nach Traumen der Halswirbelsäule beobachten. In der darauf durchgeführten Ergotherapie zeigte sich deutlich die schmerzbedingte herabgesetzte Belastbarkeit. Auch hier bestand ein ausgeprägtes Bedürfnis über die jetzige Situation zu sprechen. Beurteilung : Cervico-thoraco-lumbo-spondylogenes Schmerzsyndrom mit Tendenz zur Ausbreitung in Arme und Beine bei Status nach Schleudertrauma HWS sowie multiplen Thorax- und LWS-Kontusionen, bei vorbestehendem Flashrücken. Im Rahmen dieser Hospitalisation konnte trotz intensiven physiotherapeutischen Massnahmen keine Schmerzreduktion erzielt werden. Die Verarbeitung der Unfallfolgen ist für die Patientin sehr schwierig, eine Weiterführung der bereits hier begonnenen stützenden Gesprächstherapie wäre sinnvoll. Eine entsprechende Adresse wurde der Patientin vermittelt. Wir vereinbarten weiterhin mit dem Arbeitgeber, dass Frau _____ Halbtags eine leichte Tätigkeit zugewiesen wird, sobald sie dazu körperlich in der Lage ist. Mit diesem Vorgehen ist die Patientin

einverstanden " (doc. _); - rapporto 26.9.1994 della Clinica di reumatologia dell'Ospedale _____ : " (...). Frau _____ erlitt am 19.12.1992 einen Autounfall mit Kopfkontusion und HWS-Distorsion sowie multiplen Thoraxkontusionen und Kontusion der LWS. Initial litt sie an einem cervico-spondylogenen Syndrom rechts, im Verlauf leidet sie nun an einem sekundär generalisierten Schmerzsyndrom. In den bereits durchgeführten ausgedehnten bildgebenden Untersuchungen (unter anderem MRI von Schädel, HWS, BWS und LWS) liess sich keine signifikante traumatische Schädigung nachweisen. In Uebereinstimmung mit der in _____ durchgeführten psychologischen Abklärung sind wir der Meinung, dass das Beschwerdebild durch eine psychogene Komponente im Sinne einer psychosomatischen Ueberlagerung von Restbeschwerden mitverursacht wird. Die von uns vorgeschlagene psychiatrische Abklärung wurde von der Patientin vehement abgelehnt. Eine neuropsychologische Abklärung wurde ebenfalls bereits in _____ durchgeführt: Es zeigte sich eine leichte neuropsychologische Funktionsstörung mit zusätzlicher ausgeprägter schmerzbedingt reduzierter Belastbarkeit. Durch die durchgeführten physiotherapeutischen Massnahmen (funktionelle Bewegungstherapie, Therapie im Bewegungsbad, Fango, Massage und Elektrotherapie nach dem TENS-Prinzip) sowie durch die medikamentöse Therapie mit Parafon liess sich keinerlei Verbesserung der Beschwerden erreichen. Eine Weiterführung der Physiotherapie ist daher unseres Erachtens nicht indiziert. Wir haben mit der Patientin die Wichtigkeit einer regelmässigen körperlichen Betätigung und eines geregelten Tagesablaufs besprochen. Unseres Erachtens ist nun die Eingliederung der Patientin in den Arbeitsprozess im Vordergrund. Bereits in _____ wurde mit der Vorgesetzten der Patientin eine Arbeitsaufnahme Halbtags mit Zuweisung einer leichten Tätigkeit besprochen, dies sollte nun in den nächsten -4 Wochen erfolgen. Im weiteren Verlauf ist aus rheumatologischer Sicht eine langsame Steigerung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten. Frau _____ erhofft sich von einer Akupunkturbehandlung eine Reduktion ihrer Beschwerden, ein diesbezüglicher begrenzter Therapieversuch kann unsererseits unterstützt werden. Eine psychiatrische Betreuung zur Verarbeitung der Unfallfolgen wurde bereits durchgeführt, zur Zeit lehnt die Patientin aber eine weitere psychiatrische Betreuung ab. Sollte sich im weiteren Verlauf die Frage nach der unfallbedingten Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit stellen, empfehlen wir diesbezüglich eine Begutachtung zu veranlassen " (doc. _); - rapporto 30.1.1995 del dottor _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia : " (...). L'assicurata, in data 19.12.'92, è stata vittima di un incidente della circolazione riportando una contusione al torace, al collo, alla schiena ed una lieve commotio cerebri in contusione cranica. In un primo tempo si considerava che i problemi fisici riportati dall'incidente potevano essere risolti in un periodo relativamente breve. L'assicurata continuava però ad accusare delle difficoltà sotto forma di dolori al capo, al collo e al dorso. Vennero poi effettuati degli esami approfonditi di tipo neurologico e neuroradiologico che misero in evidenza uno stato patologico delle vertebre C4, C5 e C6 su un probabile colpo di frusta che l'assicurata avrebbe riportato durante l'incidente. Più tardi vennero anche evidenziati dei problemi biomeccanici a livello della colonna vertebrale con discopatia L5-S1 e con spondilolistesi L5-S1. Solo in un secondo tempo venivano messi in evidenza dei problemi di tipo psichico a carattere depressivo (rapporto della Dr.ssa _____ del 14.11.'94). L'assicurata, nei suoi antecedenti, non segnala particolari difficoltà di ordine psichico. Avrebbe per contro ora delle difficoltà psichiche legate ai problemi di tipo somatico: in particolare modo sopporta male i dolori, non riesce più a svolgere i lavori ai quali prima era abituata, è diventata una persona ipersensibile. Ha pure sviluppato l'impressione di non essere stata seguita in modo adeguato

durante i vari ricoveri. Evidenzia inoltre una grossa incomprensione nei confronti degli Enti assicurativi che, a suo modo di vedere, non riconoscerebbero in modo giusto e corretto i suoi disturbi. Clinicamente, a livello psichiatrico, questa assicurata non presenta dei disturbi particolari e in particolar modo non si sono riscontrati disturbi a livello intellettivo o neuropsicologico. Non esistono nemmeno problemi cognitivi maggiori. A livello affettivo troviamo unicamente una sintomatologia reattiva legata alla situazione momentanea di frustrazione che apporta un lieve disturbo d'ansia. Sul piano psichiatrico è quindi unicamente ammissibile un disturbo da dolore somatoforme. In questo caso si tratta effettivamente di un'alterazione della percezione della sintomatologia dolorosa con un'ipervalutazione dei sintomi senza un chiaro referto corrispondente a livello neurologico. Sappiamo che risulta estremamente difficile apporre questo tipo di diagnosi nelle patologie da trauma cervicale. In effetti, i disturbi post-traumatici evidenziati da questi pazienti possono assumere delle tinte multiformi: le alterazioni sono poco specifiche e frequentemente non si riscontra un correlato anatomopatologico alla sintomatologia. Probabilmente a livello di questo tipo di trauma non è possibile dare un'interpretazione partendo solo da un punto di vista meccanicistico o puramente psicologico-psichiatrico. Gli Enti assicurativi sono frequentemente confrontati con questo tipo di difficoltà poiché la ricerca causale alla patologia del paziente è solo raramente soddisfatta. I criteri attualmente a disposizione non soddisfano né l'Ente assicurativo né l'assicurata: i primi tendono a ritenere la posizione dell'assicurata come una posizione aggravante mentre i secondi ritengono che l'Ente assicurativo non voglia riconoscere in modo adeguato e corretto i disturbi post-traumatici. Questa situazione conflittuale porta, in genere, ad un aggravamento della sintomatologia del paziente che a lungo andare cronicizza e fissa la sua problematica al trauma e, presto o tardi, l'Ente assicurativo sarà costretto a riconoscere una causalità diretta fra le lesioni subite e i disturbi attualmente presenti. Ripeto: sono sempre difficili da valutare gli esiti, i postumi, di una lesione da colpo di frusta o altri traumi a livello della colonna vertebrale. In questo caso possiamo effettivamente assistere ad una continuità sintomatica con tendenza alla cronicizzazione del disturbo. Referti obiettivabili al disturbo dell'assicurata esistono ma, in qualche modo, sono considerati insufficienti per le difficoltà da lei presentate. Si tratta quindi di un problema di interpretazione e di lettura del discorso sintomatico in correlazione con le manifestazioni anatomopatologiche " (doc. _); - rapporto 28.8.1995 del Servizio di neurologia del _____ : " (...). Les différents examens radiologiques pratiqués par le passé n'ont pas permis d'observer de lésion ostéo-ligamentaire ou cérébrale posttraumatique. Lors d'une expertise psychiatrique en avril 1994, l'expert a retenu un état d'anxiété léger, ainsi que des troubles algiques somatoformes, pour lesquels une atteinte à l'intégrité avec incapacité de travail de 20% a été retenue. L'examen neurologique actuel est caractérisé par un syndrome douloureux diffus des parties molles (de type fibromyalgique), ainsi que par un hémisindrome subjectif droit, sans signes d'atteinte organique central ou périphérique associée. La symptomatologie actuelle est caractéristique d'un syndrome posttraumatique, où prédominent les éléments suivants: - des cervico-dorso lombalgies en relation avec une polyinsertionite, associées à un syndrome algo-dysfonctionnel de l'articulation temporo-mandibulaire (myofascial pain), - des brachialgies et des cruralgies droites associées à un hémisindrome droit à prédominance sensitive, subjectif, sans signes (ni irritatifs, ni déficitaires) d'atteinte radiculaire ou centrale; ce diagnostic a pu être posé sur la base des caractéristiques de l'examen clinique, les résultats des examens neuroradiologiques ainsi que de l'examen des potentiels évoqués somatosensoriels normal - des céphalées mixtes, à caractère migraineux et tensionnel -

des acouphènes bilatéraux avec des vertiges chroniques (sans signes d'atteinte vestibulaire ni centrale, ni périphérique aux examens oto-neuro-vestibulaires et aux potentiels évoqués auditifs du tronc) - un léger état d'anxiété chronique. Il s'agit d'une symptomatologie bien connue après traumatismes indirects de la colonne, cervicale en particulier; dans un pourcentage réduit des cas, ces symptômes ont tendance à persister de façon chronique, entraînant d'importantes conséquences sur le plan du fonctionnement social. Madame _____ présente plusieurs facteurs qui sont jugés aggravants, et prédisposent à une évolution chronique: l'âge, le sexe féminin et l'absence dans la phase aiguë du syndrome douloureux (en particulier des cervicalgies) d'un traitement antalgique maximal. Du point de vue thérapeutique, nous préconisons une nouvelle prise en charge physiothérapeutique dans un centre où le personnel médical et paramédical a l'habitude de prendre en charge ce type de pathologies (par exemple un séjour de 3 à 4 semaines à Loèche- les-Bains avec physiothérapie active maximale, pouvant ensuite être poursuivie ambulatoirement). Un traitement par des médicaments pouvant augmenter le seuil de la douleur nous paraît aussi indiqué, à des dosages très lentement progressifs (par ex. sous forme de Fluctine, amitriptyline ou un autre anti-dépresseur à action sérotoninergique). L'introduction d'un tel traitement, bien que toujours refusé par la patiente (crainte d'effets secondaires importants, de dépendance, etc...) nous paraît important si on considère que dans ces syndromes douloureux posttraumatiques chroniques, un rôle probablement très important est joué par un mécanisme de "fixation" de la douleur au niveau central, pour lequel on ignore encore le mécanisme patho-physiologique précis. Un soutien psychologique s'avère aussi généralement nécessaire, par un spécialiste ou par le médecin traitant. Du point de vue asséculologique, nous retenons les éléments suivants: - Compte tenu des aspects psychiatriques (cf expertise de janvier 1995 ainsi que la présence d'un syndrome douloureux chronique, une atteinte à l'intégrité globale de maximum 20% peut être accordée. - Nous retenons une incapacité de gain d'origine posttraumatique de 15% maximum. Ceci, compte tenu des facteurs aggravants sus-décrits et de l'évolution naturellement présentée par ces cas sur la base de l'expérience clinique générale. Ceci tient aussi compte de l'état douloureux chronique. - Par contre, du point de vue général, en considération surtout de la symptomatologie algique (et des différents diagnostics sus-mentionnés), une incapacité de travail de 100% pour une durée limitée d'encore six mois au maximum peut être retenue. Pendant ce laps de temps, les efforts thérapeutiques sus-décrits pourront être entrepris, et cette attitude devra être ensuite réévaluée " (doc. _); - rapporto 13.8.1997 della dottoressa _____, spec. FMH in neurologia, interpellata nell'ambito degli accertamenti multidisciplinari ordinati dall'assicurazione per l'invalidità : " (...). Sono passati 5 anni da un incidente stradale d'importanza non rilevante e al proposito del quale la paziente stessa mi ha descritto un meccanismo non del tipo "colpo di frusta" ma semplicemente a carattere di distorsione cervicale (è stata investita sul lato sinistro della propria auto dall'autoveicolo anteriore). Ricorderò che- se l'incidente non ha comportato nessun elemento evocatore di una commozione cerebrale - in nessun momento sono state constatate turbe neurologiche obiettive e riferibili all'incidente. Inoltre è da notare un'iniziale evoluzione favorevole con, dopo 2 mesi, una ripresa del lavoro al 100% (della durata di sei mesi). In seguito c'è stato lo sviluppo di una polisintomatologia soggettiva che ha condotto ad una miriade di investigazioni di tutte le possibili specialità. Malgrado i risultati normali degli esami, questi sono stati ostinatamente seguiti da varie forme di terapia (psichica, reumatologica, fisioterapia stazionaria, medicamentosa, ecc.) che naturalmente non hanno avuto nessun successo. Anzi la paziente asserisce ora di stare

peggio. Se una piccola ernia del disco C5-C6 è stata recentemente costatata alla MRI, questa non ha nessuna corrispondenza sul piano clinico, né la paziente stessa verbalizza eventuali turbe di tipo radicolare C6. Risponderò alle domande postemi come segue: 1) Si può confermare l'assenza di deficit neurologici (vedi perizia _____ 28.08.1995)? Sì: l'ipoestesia sull'emicorpo non concorda con un territorio d'innervazione fisiologico, non è dunque obiettivamente. 2) Dal punto di vista neurologico si può considerare lo stato della paziente come stabilizzato oppure è prevedibile un peggioramento? Lo stato neurologico della paziente è normale ed è sempre stato normale. Un peggioramento obiettivamente non è constatabile. I disturbi soggettivi non sono dunque di natura organica. 3) Valutare l'attuale capacità lavorativa della paziente in qualità d'ausiliaria di cura in una casa per persone anziane? Da 4 anni la paziente non lavora più quale aiuto infermiera in casa per persone anziane. Comunque vive una vita normale è madre di una bambina piccola e guida la macchina. Non vedo nessuna controindicazione per un reinserimento al lavoro in misura piena. Osservazioni : durante il colloquio approfondito e soprattutto dopo l'esame ho posto alla paziente le due domande cardinali: - A che cosa lei stessa potrebbe attribuire il peggioramento dei suoi pretesi dolori? Non mi ha risposto, limitandosi a chiedere soddisfazione per questi 5 anni di "vita d'inferno che ha vissuto d'allora". Le ho fatto notare che di per natura nel seguito di un trauma l'organismo tenta di riorganizzarsi verso un miglioramento, soprattutto in una giovane paziente sana. La paziente nega veementemente eventuali problemi psichici. - Che cosa potrebbe migliorare il suo stato di salute? Anche a questa domanda la paziente scuote le spalle reiterando la rivendicazione di un compenso (senza entrare pertanto nei dettagli: ha rimesso la questione nelle mani del proprio avvocato) " (doc. _); - rapporto 13.8.1997 del dottor _____, spec. FMH in ortopedia, interpellato nell'ambito degli accertamenti multidisciplinari ordinati dall'assicurazione per l'invalidità : " La valutazione di questo caso è resa difficile dall'importante discordanza tra gli esami clinici, l'anamnesi e gli esami radiologici. L'esame ortopedico odierno, malgrado le difficoltà legate alla resistenza antalgica della paziente, non ha permesso di mostrare una chiara limitazione. I dolori lamentati dalla paziente, sia al momento dell'esame che dell'anamnesi, non possono essere correlati adeguatamente con una patologia osteoarticolare. Gli esami radiologici a disposizione, in particolare quelli della colonna cervicale, non mostrano instabilità o lesioni ossee. In assenza di lesioni in questa paziente che lamenta dolori da 5 anni, non posso che essere d'accordo con le diverse diagnosi riportate negli atti "sindrome dolorosa complessa della colonna vertebrale con irradiazione non riferibile ad un dermatoma nelle gambe e nelle braccia" clinica di _____ aprile '94, o con le conclusioni del prof. _____: "fino ad ora non si è potuto evidenziare lesioni osteolegamentari o cerebrali post-traumatiche. L'esame neurologico attuale è caratterizzato da una sindrome dolorosa diffusa delle parti molli, tipo fibromialgico, così come di una emisindrome soggettiva dx, senza segni per una patologia organica centrale o periferica associata". Per quanto riguarda la capacità lavorativa, dal punto di vista strettamente ortopedico e secondo l'esame odierno valuto un'incapacità del 15-20% per i lavori pesanti, ed una capacità completa per un lavoro adatto " (doc. _); - rapporto 13.8.1997 del dottor _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, interpellato nell'ambito degli accertamenti multidisciplinari ordinati dall'assicurazione per l'invalidità : " (...). Ci troviamo di fronte ad una A. che in generale è ancora ben accessibile, ma che da l'impressione, specie alla visita organica, di produrre un potenziamento del tutto, con una componente, nel sottofondo, di tipo isteroideo-convertivo che si manifesta in una patoplastica piuttosto ricca di interpretazioni soggettive per tutti i disturbi che la

travagliano, i quali sono vissuti in maniera quasi drammatica e gravemente inficiante la sua capacità lavorativa. Il collega dr. _____ e la dr.ssa _____, dopo la visita, confermano questo chiaro potenziamento psicogeno che provoca difficoltà nell'esame clinico generale. Coscienza integra, senza dispercezioni od idee deliranti, ma la sua ideazione è costantemente incentrata sui problemi derivati dai noti disturbi soggettivi, con sensazione di essere stata trattata ingiustamente dal profilo assicurativo. La sua timia è leggermente disforica e si notano anche disturbi d'ansia che tengono questa peritanda in uno stato di tensione endopsichica, irrequietezza e preoccupazione eccessiva al riguardo di tutta la nota polisintomatologia che trascina da anni. Come detto le possibilità cognitive intellettive non sono decisamente alterate, non abbiamo evidenziato elementi psicotici. Come già codificato nella perizia del dr. _____, non si possono oggettivare disturbi a livello intellettivo e neuropsicologico, né della sfera mnestica o del suo potenziale ad esami visuo-spaziali e mnestici. La serie di test psicometrici eseguiti dallo psicologo Sig. _____ escludono l'ipotesi di un danno cerebrale responsabile delle turbe accusate dall'A. Praticamente non si trovano gravi alterazioni del suo psichismo centrale e periferico, ma si nota un potenziamento psicogeno del tutto, con massive elaborazioni di tipo ipocondriaco a colorito isteroideo, che sembrano ben "fissatesi" nella sua mente e riprodotte con diligenza. Alla luce degli atti e della nostra esplorazione, questa peritanda è andata anche "imparando" ed amministrando tutta la sua sintomatologia. Una reazione tendenziosa alla malattia è probabile. L'A. ha affermato infatti che non firmerà nulla. La sua personalità di fondo mostra tratti d'immaturità, d'infantilità, con messa in atto di meccanismi di tipo convertivo. Dopo il noto incidente questa personalità premorbosa si ripresenta con tratti più attenuati che si esprimono attraverso il noto potenziamento psicogeno di tipo convertivo. L'emisindrome del corpo ds. rientra in questo contesto. Nel sottofondo si ha l'impressione che questa peritanda teme un "crollo" della sua situazione sociale ed economica a seconda della decisione presa circa la sua incapacità lavorativa. Questo disturbo da Dolore Somatoforme dura ormai da tempo, precisamente da dopo l'incidente del 1992, e con i vari interventi medici è stato molto probabilmente potenziato. Sembra non abbia voluto affrontare veri e propri interventi psichiatrici con resistenze relative. Diagnosi L'A. presenta un Disturbo da Dolore Somatoforme, con un potenziamento psicogeno del tutto ed una molto probabile reazione tendenziosa alla malattia somatizzata al massimo, con meccanismi anche di tipo regressivo e convertivo a colorito morbo di Charcot. Il grado d'incapacità lavorativa, dal profilo psichiatrico, può essere valutato attualmente alla luce della nostra esplorazione, nelle sue professioni esercitate prima ed affini, nella misura dello 0%. Siamo dell'opinione che dal profilo psichiatrico, l'A. non ha mai portato seri momenti invalidanti, sia alla luce dell'anamnesi che da documentazione e dopo nostra esplorazione. La neurologa dr.ssa _____ riconferma la patologia psichica in atto da tempo, purtroppo cristallizzata, con momenti iatrogeni, come da suo rapporto del 13.8.1997 " (doc. _). 2.6. Una attenta valutazione della documentazione medica agli atti permette senz'altro d'affermare che nessuno degli specialisti che hanno avuto modo, man mano, di visitare _____, é riuscito ad oggettivare delle lesioni strutturali di carattere post-traumatico, suscettibili di spiegare la sintomatologia accusata dall'assicurata. Il TCA si trova, pertanto, confrontato ad un caso in cui i disturbi avvertiti dall'assicurata non hanno potuto trovare una sufficiente correlazione sul piano oggettivo. Normalmente, in casi del genere, la decisione non potrà che essere sfavorevole all'interessata, nella misura in cui, non essendo stata individuata, sul piano medico-scientifico, l'origine dei disturbi, il giudice delle assicurazioni sociali - a maggior ragione - non può certo riconoscere l'esistenza di una

relazione di causalità naturale con l'evento traumatico assicurato (cfr., in questo senso, U. Meyer-Blaser, Kausalitätsfragen aus dem Gebiet des Sozialversicherungsrechts, SZS 2/1994, p. 105s.: "Lässt sich der medizinisch-wissenschaftliche Beweis für das Vorliegen organischer Befunde, ihrer Verantwortlichkeit für die vorhandenen Beschwerden und die Ursächlichkeit der unfallmässigen Einwirkung zum Eintritt des organischen Befundes, nach derzeitigem Wissensstand, in einem konkreten Fall, trotz sorgfältigen Abklärungen, nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit beweisen, entfällt insofern die Leistungspflicht der Unfallversicherer ohne weiteres"). Con la giurisprudenza inaugurata con la nota sentenza S. (cfr. consid. 2.3.4.), il TFA si è, tuttavia, scostato dal summenzionato principio, quando si è in presenza di un "colpo di frusta" alla colonna cervicale (idem per quel che riguarda i traumi equivalenti - cfr. SVR 1995 UV23, p. 67 consid. 2). A questo preciso proposito, la nostra Corte federale ha ricordato che il fatto che in molti casi i disturbi tipici del "colpo di frusta" non siano oggettivabili mediante gli attuali mezzi tecnici, non deve spingere a qualificarli di puri disturbi soggettivi e, pertanto, a negare ogni loro rilevanza nell'ambito dell'assicurazione contro gli infortuni. 2.7. _____, in sede di ricorso, ha fatto valere di essere rimasta vittima proprio di un trauma del tipo "colpo di frusta" alla colonna cervicale, circostanza quest'ultima pacificamente ammessa da diversi sanitari (cfr., ad esempio, doc. _: rapporto d'uscita 22.12.1992 dell'____, doc. _ : rapporto 7.5.1993 del Servizio di neurologia dell'____, doc. _ : rapporto 8.9.1993 della _____ e doc. _ : rapporto 28.8.1995 del Servizio di neurologia del _____). La dottoressa _____, neurologa consultata dall'UAI, ha per contro sostenuto che la ricorrente, in occasione del noto incidente stradale, avrebbe riportato una semplice distorsione cervicale, difettando un meccanismo del tipo "colpo di frusta" (cfr. doc. _, p. 2). Questa Corte osserva, da parte sua, che il "colpo di frusta" classico non contempla una contusione del capo, ciò che in casu è invece, incontestabilmente, avvenuto (cfr. RAMI 1995 U221, p. 112: "Aus medizinischer Sicht handelt es sich bei der gemeinhin als Schleudertrauma der HWS bezeichneten Einwirkung um einen Beschleunigungsmechanismus an der HWS - ohne Kopfanprall - mit der dazugehörigen Diagnose einer Distorsion der HWS resp. des Nackens"; cfr., pure, R. P. Steinegger, Das "Schleudertrauma" der Halswirbelsäule - Stand der Diskussion, SZS 4/1995, p. 246). Tale tesi è stata, del resto, recentemente confermata anche dal dottor B. Zumstein, già Primario del Reparto di neurochirurgia dell'Ospedale cantonale di Winterthur, autore della perizia 7 marzo 2001 che questo TCA aveva ordinato nel quadro della causa S. Z. c/ INSAI (inc. 35.2000._): " (...). Ausserdem hat der Patient eine Commotio cerebri erlitten, was auf einen Kopfanprall schliessen lässt. Ein HWS-Trauma mit Kopfanprall schliesst die Diagnose eines Schleudertraumas aus. Die Diagnosen Commotio cerebri und Schleudertrauma sind nicht vereinbar. Es handelt sich ganz eindeutig um eine HWS-Distorsion mit Abnickmechanismus, wobei die Art des Kopfanpralles unbekannt ist, aber ein solcher sicher stattgefunden hat " (STCA 7.5.2001 consid. 2.3.). D'altronde, sapere se l'assicurato ha lamentato un traumatismo del tipo "colpo di frusta" classico oppure una semplice distorsione del rachide cervicale, è una questione che può rimanere insoluta, nella misura in cui la giurisprudenza non opera alcuna distinzione a seconda che l'interessato abbia accusato un vero e proprio trauma d'accelerazione oppure un meccanismo equivalente con distorsione della colonna cervicale (RAMI 2000 U359 p. 29, 1999 U341 p. 408 consid. 3b e STFA 11.4.2000 in re V. [U 271/99]). Nella presente fattispecie, lo scrivente Tribunale ritiene, comunque, di non doversi dilungare oltre a questo proposito. Infatti, secondo la giurisprudenza dell'Alta Corte, il tema dell'esistenza del nesso di causalità adeguata va affrontato alla luce dei principi

applicabili nel caso di evoluzione psichica abnorme conseguente ad infortunio (DTF 115 V 133) - e, quindi, non alla luce dei criteri che sono stati sviluppati in materia di colpo di frusta alla colonna cervicale (cfr. DTF 117 V 359) - quando le menomazioni rientranti nel quadro tipico dei postumi di un "colpo di frusta" alla colonna cervicale, ancorché, in parte accertate, sono relegate in secondo piano rispetto a marcate turbe psichiche (RAMI 2000 U397, p. 327ss., DTF 123 V 98ss. = SVR 1997 UV96, p. 349ss.; STFA 17.3.1995 in re Z., STFA 6.1.1995 pubblicata parz. in RAMI 1995 U221, p. 177; STFA 9.9.1994 pubblicata parz. in RAMI 1995 U221, p. 115; STFA 12.4.1991 in re N.). In casu - e l'abbondante documentazione medica esposta al considerando 2.5. lo dimostra - si è assistito ad una progressiva sovrapposizione di disturbi di natura psichica, i quali hanno viepiù assunto un ruolo predominante per rapporto ai restanti disturbi. Ciò è stato, del resto, implicitamente riconosciuto da _____ stessa, se è vero che, in sede di ricorso 11 settembre 2000, essa ha discusso la fattispecie dal profilo della DTF 115 V 133. A questo proposito, va osservato che già gli specialisti del Servizio di neurologia dell'_____, interpellati dall'assicurata durante la primavera/estate del 1993, erano riusciti ad oggettivare soltanto parte dei disturbi da essa lamentati (cfr., in particolare, il doc. _). La presenza di un chiaro sovraccarico psicogeno è poi stata espressamente riconosciuta dai medici della Clinica di riabilitazione di _____ (cfr. doc. _: "Es ist anzunehmen, dass das Beschwerdebild durch eine psychogene Komponente im Sinne einer psychosomatischen Überlagerung von Restbeschwerden mitverursacht wird" - la sottolineatura è del redattore) come pure, successivamente, da quelli della Clinica di reumatologia dell'Ospedale _____ (cfr. doc. _: "In Uebereinstimmung mit der in _____ durchgeführten psychologischen Abklärung sind wir der Meinung, dass das Beschwerdebild durch eine psychogene Komponente im Sinne einer psychosomatischen Ueberlagerung von Restbeschwerden mitverursacht wird. Die von uns vorgeschlagene psychiatrische Abklärung wurde von der Patientin vehement abgelehnt" - la sottolineatura è del redattore). D'altro canto, non può neppure venire ignorata la circostanza che lo psichiatra _____, chiamato ad esprimersi nell'ambito degli accertamenti pluridisciplinari predisposti dall'assicurazione per l'invalidità, ha diagnosticato un "disturbo da dolore somatoforme con un potenziamento psicogeno del tutto ed una molto probabile reazione tendenziosa alla malattia somatizzata al massimo, con meccanismi anche di tipo regressivo e convertivo a colorito morbo di Charcot" (cfr. doc. _, p. 13). 2.8. Dopo esame degli atti medici, lo scrivente TCA ritiene che si possa ammettere l'esistenza di una relazione di causalità naturale fra le turbe psichiche e l'evento traumatico assicurato. Ciò non è comunque sufficiente per impegnare la responsabilità della _____. In effetti, si tratta ancora d'esaminare l'adeguatezza del legame causale fra i disturbi psichici di cui è portatrice l'assicurata e l'infortunio del 19 dicembre 1992, questione che, come detto, deve essere valutata alla luce dei principi elaborati dalla nostra Corte federale, la prima volta nella DTF 115 V 133. Occorre, avantutto, procedere alla classificazione dell'infortunio occorso all'insorgente. La dinamica dell'evento traumatico 19 dicembre 1992 - così come è stata descritta dalla ricorrente medesima - risulta dal rapporto di polizia 15 gennaio 1993 e, d'altronde, non è mai stata oggetto di discussione fra le parti: " In data ed ora di cui sopra mi trovavo alla guida della mia autovettura marca _____ targata (I) _____ e stavo percorrendo la strada cantonale _____. Sul veicolo ero sola e non ero allacciata con la cintura di sicurezza. Circolavo ad una velocità di circa 60 km/h ed ero preceduta da una _____. Giunta in territorio di _____ percorrevo il rettilineo sito a fianco del nucleo del paese. Giunta in prossimità di una curva piegante per me a sinistra, notavo che dalla corsia opposta

sopraggiungeva un _____. La stessa nell'effettuare la curva sbandava ed invadeva la corsia di contromano. Dapprima veniva urtata alla fiancata destra dalla _____ che mi precedeva ed in seguito sempre in fase di sbandata urtava la recinzione metallica a lato della carreggiata per poi strisciare per una ventina di metri a ridosso della citata recinzione. Preciso che al momento in cui vi è stato l'urto tra l'_____ e _____ quest'ultima veniva spinta all'indietro e malgrado la mia pronta frenata non riuscivo ad evitare la collisione che avveniva tra la parte anteriore della mia auto contro la fiancata destra della _____. (...). Voglio precisare che al momento della collisione con la _____ ero quasi ferma " (doc. _ - la sottolineatura è del redattore). Dalla documentazione fotografica presente all'inserito (cfr. doc. _), si evince che l'autovettura guidata da _____ - a differenza delle altre due automobili coinvolte - non ha subito degli ingenti danni materiali (cfr., in particolare, foto n. 13 e 14). Per la ricorrente le conseguenze immediate si sono rivelate essere, tutto sommato, assai contenute. I sanitari dell'_____, istituto di cura dove l'assicurata ha soggiornato - in osservazione - dal 19 al 22 dicembre 1992, hanno diagnosticato un semplice trauma distorsivo alla colonna cervicale ed una contusione cranica, limitandosi finalmente a prescrivere l'utilizzo di un collare morbido e l'assunzione di anti-infiammatori, rispettivamente, di un "anti-nausea" (in riserva). Dimessa dall'ospedale, l'insorgente è entrata in cura dal dottor _____, generalista, il quale, da un profilo terapeutico, ha disposto essenzialmente l'esecuzione di fisioterapia ambulatoriale (cfr. doc. _). Il caso iniziale è stato dichiarato chiuso dal suddetto medico curante a distanza di soli due mesi dall'evento infortunistico, con una ritrovata piena capacità lavorativa (cfr. doc. _). Alla luce della dinamica dell'evento e delle lesioni riportate, l'infortunio occorso a _____ non può essere classificato né fra quelli leggeri ma neppure - e su questo punto le parti appaiono perfettamente concordi (cfr. I, p. 4 in fine e VII, p. 6 in fine) - fra quelli gravi: si tratta, secondo il TCA, di un infortunio di media gravità all'interno della categoria media. Del resto, confrontati a fattispecie analoghe a quella ora sub judice, tanto questa Corte quanto il TFA hanno, nel recente passato, proceduto ad identiche classificazioni. Si vedano ad esempio: - STFA 11 novembre 1998 in re R. , riguardante uno scontro frontale fra due autovetture, a seguito del quale l'interessato ha riportato una commotio cerebri, un trauma lombare ed una contusione al torace; - STCA 23 novembre 1998 in re V.-R. - confermata dal TFA con sentenza 18 giugno 1999 - concernente un incidente della circolazione stradale in cui il veicolo su cui viaggiava l'assicurata, si è frontalmente scontrato con un'autovettura condotta da un individuo in grave stato d'ebrietà. L'assicurata ha riportato un trauma del tipo "colpo di frusta" alla colonna cervicale nonché una ferita lacerocontusa alla fronte; - STCA 22 aprile 1999 in re K. , riguardante un incidente della circolazione stradale in cui l'assicurato, al volante della propria autovettura, stava urgentemente trasportando all'ospedale il figlio in preda ad una crisi epilettica, quando, nel superare due automobili che lo precedevano, è entrato in collisione con la parte anteriore destra di una vettura proveniente in senso inverso. A seguito del violento scontro, l'assicurato ha riportato essenzialmente un trauma distorsivo al rachide cervicale; - STCA 27 aprile 1999 in re M. K. I. - confermata dal TFA con sentenza 30 agosto 1999 - riguardante un incidente della circolazione stradale, accaduto sull'isola di Grenada, in cui l'autovettura su cui viaggiava l'assicurata è entrata in collisione frontale con un veicolo della polizia locale. L'interessata ha riportato una ferita lacero-contusa alla guancia destra ed una frattura composta del tubercolo maggiore della spalla destra; - STCA 17 aprile 2001 in re L. G., concernente un incidente della circolazione stradale, avvenuto sul tratto autostradale Lugano-Chiasso, in cui l'autovettura condotta dal ricorrente ha iniziato

una manovra di sorpasso ad una velocità di circa 110/120 km/h, allorché la vettura che stava per essere superata si è, anch'essa, improvvisamente spostata sulla corsia di sorpasso. Onde evitare uno scontro, l'assicurato ha sterzato bruscamente verso sinistra, entrando con le ruote nel manto erboso laterale. A questo punto, il conducente ha perso la padronanza del veicolo, il quale, sbandando, ha attraversato la carreggiata ed è andato a collidere contro il guardrail di destra. L'automobile ha terminato la propria corsa, più avanti, sulla corsia di sorpasso. L'assicurato ha riportato una commotio cerebri con amnesia pericircostranziale completa e diverse contusioni, in particolare a livello del rachide cervicale e della spalla destra. A mero titolo di raffronto, si ricorda che il TCA, in una sentenza 7 giugno 1999 nella causa K. K. - confermata dal TFA con giudizio 13 gennaio 2000 - ha classificato fra gli infortuni di categoria grave, l'incidente della circolazione stradale in cui, a causa di un colpo di sonno, l'assicurato, al volante della propria autovettura, a bordo della quale avevano trovato posto altre 5 persone, ha invaso la corsia di contromano ed è entrato in collisione, ad una velocità di 100/110 km/h, con un camion a rimorchio che viaggiava alla velocità di 80/85 km/h, riuscendo ad arrestarsi soltanto ad una distanza di circa 19 metri dal punto d'impatto. A seguito dell'urto, l'assicurato ha riportato gravi lesioni in diverse parti del corpo. Il figlio dell'assicurato si è anch'esso procurato delle gravi lesioni fisiche. Il cognato dell'interessato, che era seduto sul sedile posteriore sinistro, è deceduto sul luogo dell'incidente. Parimenti, nella sentenza 15 dicembre 1994, citata in RAMI 1995 U215, p. 91, il TFA ha classificato nella categoria degli infortuni gravi, l'incidente della circolazione stradale in cui, a causa di una collisione frontale fra due autovetture, il conducente di una di loro è deceduto e l'assicurato/passeggero ha subito un grave politrauma. Nella sentenza 4 settembre 2000 in re H. E., questa Corte ha giudicato di grado medio al limite della categoria degli infortuni gravi, l'incidente della circolazione stradale, avvenuto sull'autostrada Basilea-Karlsruhe, in cui l'automobile, sulla quale si trovava l'assicurato, ha iniziato una manovra di sorpasso ad una velocità di circa 130 km/h, allorché la vettura che la precedeva si è, anch'essa, improvvisamente spostata sulla corsia di sorpasso. Onde evitare uno scontro, il conducente ha dapprima sbattuto contro il guardrail di sinistra per poi ritornare sulla carreggiata. A questo punto, egli ha completamente perso la padronanza del veicolo, il quale si è rovesciato sul tetto ed è scivolato trasversalmente sulla carreggiata per circa 200 metri, terminando la propria corsa contro un albero situato sul fondo di una scarpata. A causa del sinistro, l'assicurato ha riportato una distorsione al rachide cervicale nonché un'importante ferita lacero-contusa al cranio, nella zona fronto-parietale. Sua figlia di sei anni - in stato di coma, con uno shock emorragico ed un'instabilità al bacino - è stata intubata sul luogo dell'incidente e trasportata d'urgenza presso l'Ospedale cantonale di Basilea. Qui, i medici - constatate le gravi lesioni riportate (commotio cerebri , frattura dell'osso pubico destro con lussazione della sinfisi pubica, frattura della tibia destra, ematoma retro-peritoneale su tamponamento della vescica con distacco completo dell'uretra dal collo vescicale, lacerazione completa della parete posteriore della vagina e lacerazione della parete anteriore del retto fino alla muscolaris mucose) - l'hanno sottoposta ad una laparotomia d'urgenza con revisione e sutura dell'uretra, della vagina e del retto nonché stabilizzazione del bacino con posa di un fissatore esterno. Il TFA ha valutato allo stesso modo l'incidente della circolazione stradale, avvenuto all'interno di una galleria, in cui l'automobile sulla quale viaggiava l'assicurata è stata investita da una vettura che aveva invaso la corsia di contromano. Va sottolineato come il coinvolgimento dell'autovettura dell'assicurata abbia avuto luogo soltanto in una seconda fase dell'incidente, cioè dopo che il conducente responsabile si era già scontrato con una precedente auto, il cui conducente è

peraltro deceduto. L'assicurata, così come gli altri occupanti, ha riportato molteplici lesioni, segnatamente la rottura del legamento della caviglia destra nonché lo stiramento del "plexus brachialis" (RAMI 1999 U335, p. 207ss.). Il giudice è, quindi, tenuto a valutare le circostanze connesse con l'infortunio, secondo i criteri elaborati dal TFA e qui evocati al consid. 2.3.3.. Affinché possa essere ammessa l'adeguatezza del nesso causale, sarebbe necessario che un fattore sia presente in maniera particolarmente incisiva oppure l'intervento di più criteri. In concreto - ponendo mente al fatto che, nell'apprezzamento dell'adeguatezza del nesso di causalità in materia di turbe psichiche, vanno considerati unicamente i postumi di natura organica (cfr. RAMI 1999 U341 p. 409) - l'unico criterio che potrebbe entrare in considerazione è quello della particolare spettacolarità dell'infortunio. In effetti, esaminato il contenuto del rapporto di polizia 15 gennaio 1993, non può essere negata una certa spettacolarità all'infortunio di cui _____ è rimasta vittima (cfr. al riguardo, la STFA 14.1.2000 in re F. B. [U327/98) - riguardante un incidente della circolazione stradale nel quale l'autovettura su cui viaggiava l'assicurato è entrata in collisione, ad una velocità di circa 80 km/h, con una seconda automobile, il cui conducente è finalmente deceduto - nella quale la Corte federale, da un lato, ha negato l'esistenza di circostanze drammatiche e, dall'altro, ha invece riconosciuto una certa spettacolarità). Nondimeno, ciò non basta ancora per poter ammettere l'esistenza di un rapporto di causalità adeguata fra l'evento 19 dicembre 1992 ed il danno alla salute psichica, facendo chiaramente difetto tutti gli altri criteri di rilievo. In simili condizioni occorre concludere che l'infortunio del 19 dicembre 1992 non ha avuto, secondo il corso ordinario delle cose e l'esperienza della vita, un significato decisivo per l'instaurazione dei disturbi psichici di cui _____ soffre: l'adeguatezza del nesso di causalità non può, quindi, venir ammessa. In siffatte condizioni, non è censurabile il fatto che la _____ abbia ritenuto estinto il diritto della ricorrente di beneficiare d'ulteriori prestazioni assicurative.

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