

## **TI\_GERICHTE 35.2002.22 vom 28. Dezember 2001**

TI Tribunale d'appello, 2001-12-28, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_35.2002.22](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2002.22)

FR: TI\_GERICHTE 35.2002.22 du 28 décembre 2001

IT: TI\_GERICHTE 35.2002.22 del 28 dicembre 2001

### **Regeste**

Sentenza o decisione senza scheda

### **Erwägungen**

#### **E. 30**

giugno 1999 nuova visita di controllo presso il succitato istituto di cura. Dal relativo certificato risulta che l'assicurato presentava una mobilità del collo dolente e limitata in tutte le direzioni nonché una netta contrattura dei piccoli muscoli suboccipitali (cfr. doc. \_). Il 1° luglio 1999 il ricorrente è stato visto dal medico di circondario dell'\_\_\_\_\_, il dottor \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia ortopedica, il quale ha finalmente prescritto un soggiorno stazionario presso la Clinica \_\_\_\_\_: " (...). Sindrome cervicale vertebrale senza componente neurologica di entità progredente in presenza di uno stato dopo trauma distorsivo l'8.5.1999 nell'ambito di un incidente della circolazione con meccanismo di tamponamento. Per quanto attiene alla cronistoria dei disturbi del paziente, in assenza di alterazioni strutturali acquisite allo studio radiologico, notiamo da una parte una mobilità praticamente libera in tutte le direzioni in occasione dell'esame il giorno stesso dell'evento infortunistico presso il servizio di PS Ospedale di \_\_\_\_\_ mentre attualmente, a praticamente due mesi di distanza, viene riscontrata una limitazione funzionale pluri-direzionale con contrattura della muscolatura para-vertebrale destra. Sulla base del referto clinico attuale e del decorso ho ritenuto indicato non limitarsi alla prescrizione di misure passive (quale la terapia ad ultrasuono) ed attendere ancora un mese prima di introdurre progressivamente quelle attive. Mi sono di riflesso permesso di prevedere direttamente un soggiorno stazionario nel centro di riabilitazione \_\_\_\_\_, a decorrere dall'11.07.1999 al fine di poter utilizzare in tempo utile le potenzialità a disposizione" (doc. \_). Durante il periodo 18 luglio-21 agosto 1999, l'assicurato è quindi rimasto degente presso la suddetta Clinica, dove ha fatto oggetto di misure pluridisciplinari a carattere riabilitativo. Gli specialisti di \_\_\_\_\_ hanno constatato un quadro clinico caratterizzato da cervico-brachialgie, cervico-dorsalgie a destra, sindrome cervico-cefalica con blocchi cervicali funzionali nonché diversi punti trigger, sia della muscolatura suboccipitale e laterocervicale, compatibile con gli esiti di un incidente della circolazione con meccanismo di tamponamento (probabile trauma di accelerazione/decelerazione). Alla dimissione, \_\_\_\_\_ presentava, soggettivamente, ancora dei forti dolori nucali e dorsali e, oggettivamente, una mobilità cervicale ridotta di 2/3 in tutte le direzioni con dolore nell'estensione, una muscolatura cervicale più sciolta con meno punti trigger nonché un portamento ancora marcatamente irrigidito (cfr. doc. \_). Il 13 ottobre 1999, ha avuto luogo una nuova visita di controllo a cura del dottor \_\_\_\_\_. In quella occasione, egli ha constatato unicamente una sintomatologia da affaticamento, in aumento sull'arco della giornata, della muscolatura corta sotto-occipitale a destra più che a sinistra. Il medico di

circondario dell'\_\_\_\_\_ ha inoltre segnalato degli episodi transitori di annebbiamento della vista senza impressione concomitante di malessere, già presenti prima dell'infortunio del maggio 1999, da ricondurre a problemi di ipertensione. A fronte di una situazione tutto sommato soddisfacente, \_\_\_\_\_ è stato dichiarato abile al lavoro in misura del 50% dal 18 ottobre 1999 e in misura totale dal 15 novembre 1999 (cfr. doc. \_). Il ricorrente è nuovamente stato visitato dal dottor \_\_\_\_\_ il 22 febbraio 2000, in ragione della persistenza dei disturbi a livello del rachide cervicale (cfr. doc. \_, p. 2: "accusa sempre gli stessi disturbi con difficoltà a ruotare la testa verso la destra, così come dolori alla base del capo d'intensità ingravescente nella seconda metà della giornata. Da qualche tempo pure formicolii verso il braccio sinistro"). Il medico di fiducia dell'\_\_\_\_\_ ha quindi predisposto una valutazione specialistica da parte del PD dott. \_\_\_\_\_, responsabile del team "colonna vertebrale" presso la Clinica ortopedica \_\_\_\_\_, e ciò allo scopo di chiarire ulteriormente sia l'aspetto diagnostico sia quello terapeutico (cfr. doc. \_, p. 3). La visita presso la Clinica \_\_\_\_\_ ha avuto effettivamente luogo il 6 giugno 2000. Queste le conclusioni contenute nel referto 27 giugno 2000 del Prof. \_\_\_\_\_: "(...). Bei diesem Patienten bestehen unspezifische Zervikalgien begleitet von Kopfschmerzen in der okzipitalen Region bei normalem CT, MRI sowie konventionellen Röntgenaufnahmen. Die Schmerzen können mit den bis jetzt durchgeführten Untersuchungen nicht erklärt werden. Wir können deshalb keine operative Therapie empfehlen, welche seine Symptomatik bessern würde" (doc. \_ - la sottolineatura è del redattore). Durante il mese di giugno 2001, \_\_\_\_\_ è stato periziato dal dottor \_\_\_\_\_, spec. FMH in neurologia, per conto dell'Istituto assicuratore convenuto. Qui di seguito l'apprezzamento enunciato dal suddetto neurologo: "(...). Si tratta di un paziente che a due anni dopo un incidente automobilistico con conseguente colpo di frusta si lamenta di dolori occipitali e cervicali soggettivamente invalidanti e di una brachialgia destra con disestesie diffuse a predominanza notturna, inoltre indipendentemente dalla sintomatologia menzionata di episodi con disturbi visivi mal sistematizzati, di breve durata, non scatenati da fattori particolari e non associati ad ulteriore sintomatologia accompagnatoria. Il quadro clinico è caratterizzato da una sindrome cervicale molto discreta, ritrovando una mobilità del capo abbastanza libera e la provocazione di un dolore risentito soggettivamente come discreto e non irradiante alla lateroflessione del capo a destra, solo in fine corsa. Non si ritrovano invece in particolar modo atrofie del cinto scapolare o ancora dell'arto superiore destro. La brachialgia destra non sembra essere a carattere radicolare, secondo la fenomenologia descritta un'indagine neuroradiologica non avrebbe mostrato secondo referto alterazioni di tipo compressivo radicolare o ancora midollare. Le disestesie accusate in modo diffuso e a prevalenza notturna sono piuttosto da ricondurre alla presenza di una sindrome del tunnel carpale, con evidenza all'esame elettroencefalografico di una neuropatia sensitiva con componente demielinizzante del nervo mediano destro, d'entità discreta ma che può ben spiegare la sintomatologia disestesante accusata. L'entità della neuropatia non impone un intervento di neurolisi, una rapida regressione della sintomatologia è solitamente osservata con un'immobilizzazione notturna con porto di polsiera con stecca. Una relazione tra la sintomatologia e la sindrome del tunnel carpale e l'evento infortunistico è possibile in ragione della fenomenologia della caduta stessa e in quanto il paziente anteriormente all'evento infortunistico non avrebbe mai accusato una sintomatologia simile. Tuttavia è da sottolineare che una simile patologia è spesso riscontrata al di fuori di un evento infortunistico. Gli episodi con improvviso disturbo visivo bilaterale, mal sistematizzato, di breve durata, non accompagnato da ulteriore sintomatologia, rimane di origine non chiara:

in primo luogo, va discusso un eventuale disturbo del ritmo cardiaco, anche in considerazione di una tendenza a tachicardia all'esame odierno rispettivamente ad ipertensione arteriosa. Quale ulteriore diagnosi differenziale va discussa un'eventuale insufficienza vertebrobasilare da indagare a mezzo di esame dopplersonologico precerebrale comiziale appare ancor meno probabile. Non è possibile esprimersi in modo definitivo su una relazione sicura tra quest'ultima sintomatologia e l'evento infortunistico prima dell'esecuzione degli esami sopraccitati. In conclusione è da sottolineare una discrepanza tra la sintomatologia dolorosa cervicale accusata e risentita soggettivamente come invalidante ed il referto clinico in presenza di una sindrome cervicale solo discreta. Per questo motivo, non sembra esserci un'indicazione a procedere ad ulteriori misure fisioterapiche. La brachialgia dovrebbe migliorare con le misure terapeutiche sopraesposte. Infine gli episodi ricorrenti con disturbi visivi transitori vanno dapprima indagati in ambito cardiologico vascolare prima di poter concludere ad una relazione sicura con l'evento infortunistico." (doc. \_) Prima di procedere all'emanazione della decisione formale del 31 agosto 2001, l'Istituto assicuratore convenuto ha ancora sottoposto la pratica alla propria Divisione medica di \_\_\_\_\_, e specificatamente al dottor \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia ortopedica (cfr. doc. \_). Per l'essenziale, il suddetto specialista - analogamente a quanto aveva rilevato il dottor \_\_\_\_\_ - ha constatato una profonda discrepanza tra i disturbi soggettivamente accusati da \_\_\_\_\_ ed il reperto oggettivabile a livello del rachide cervicale. D'altro canto - anche qui in accordo con la valutazione enunciata dal neurologo (il quale si è espresso in termini di semplice possibilità, cfr. doc. \_, p. 4) - la sindrome del tunnel carpale, responsabile delle disestesie a destra, è stata ritenuta completamente estranea all'infortunio assicurato: "(...) Zusammenfassend lässt sich zum Verlauf Folgendes herauskristallisieren: Der Patient erlitt höchstwahrscheinlich eine leichte HWS-Distorsion, die initial nur durch Nackenschmerzen gekennzeichnet war. Das sekundäre Auftreten einer ausgeprägten Bewegungseinschränkung in alle Richtungen ist keineswegs charakteristisch für einen posttraumatischen Zustand der Halswirbelsäule, denn in diesem Falle sind Schmerzen und Bewegungseinschränkung in den ersten Tagen am ausgeprägtesten, um im Verlaufe der Zeit sich zu normalisieren. Ferner ist darauf hinzuweisen, dass bei praktisch sämtlichen Affektionen des Nackens immer Bewegungen in einzelne Richtungen des Raumes möglich sind, falls sie langsam erfolgen. Nun ist es aber auch möglich, dass Dr. \_\_\_\_\_ während der Zeit, als er den Patienten betreute, eine Verminderung der Funktionsamplituden fand, sie aber nicht erwähnte. Sicher ist es aber, dass die Halswirbelsäule sich funktionell nach dem Rehabilitationsaufenthalt in \_\_\_\_\_ gut erholt hatte, was durch mehrere Ärzte bestätigt worden ist. Die anlässlich der dritten kreisärztlichen Untersuchung erhobenen Befunde in Form einer Druckdolenz von bestimmten Regionen des Nackens gelten als nicht objektiv. Konkret heisst dies, dass ab 9.12.1999 keine Symptome von Seiten des Nackens mehr vorlagen, die ein Korrelat für die vom Patienten beklagten Restbeschwerden lieferten. Auch nachträglich vermochten die extensiven Abklärungen mit MR und funktionellem CT nicht, eine relevante Pathologie zu identifizieren, weshalb es statthaft war, von unspezifischen Zervikalgien zu sprechen. Zwar hat Dr. \_\_\_\_\_ als mögliche Teilursache der vom Patienten geschilderten Brachialgie ein leichtes Karpaltunnelsyndrom elektroneurographisch identifiziert. Er schrieb, dass dieses Kompressionssyndrom möglicherweise Folge des Unfallereignisses vom 8.5.1999 sein könnte. Allerdings ging er von einer falschen anamnestischen Voraussetzung aus, nämlich von einem Sturz auf die Hand (der bei dem Autounfall sicher nicht stattgefunden hatte) und stützte sich auch auf dem Idiom des post hoc, propter hoc, das keinen Wert

besitzt, um eine Kausalitätstheorie zu untermauern. Zusammengefasst lässt sich Ihre zweite Frage so beantworten, dass es keine medizinisch objektivierbaren Befunde gibt, die Beschwerden des Patienten erklären könnten, ausser dem leichten Karpaltunnelssyndrom, das aber als zweifelsfrei unfallfremd zu bezeichnen ist. Andere Symptome, wie das plötzliche Nebelsehen, das während Sekundenbruchteilen und sporadisch nur auftritt, lag bereits vor dem Unfall vor, gemäss den Angaben des Patienten. Die vom Patienten geltend gemachten Beschwerden hauptsächlich in Form von Nackenschmerzen gehören zu den Symptomen, die nach einem "Schleudertrauma" geklagt werden können. Andere Symptome hat der Patient nicht geschildert, wobei darauf hinzuweisen ist, dass gemäss Konsenspapier der Kommission "Whiplash Associated Disorder der Schweizerischen Neurologischen Gesellschaft das Auftreten neuartiger Symptome nach einem beschwerdefreien Intervall unwahrscheinlich ist, anders ausgedrückt, das "typische Beschwerdebild" nach einem solchen Unfallmechanismus muss sofort, bzw. in den ersten Tagen nach dem Unfall registriert werden. Ich erachte weitere Abklärungen für nicht mehr angezeigt, nachdem der Patient extensiv untersucht worden ist und keine für seine Beschwerden erklärenden Befunde gefunden werden konnten. Eine weitere Behandlung ist auch nicht erforderlich. Es lässt sich werden ein Intergritätsschaden, noch eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der erhobenen klinischen Daten begründen." (cfr. doc. \_) 2.4. Una attenta valutazione della documentazione medica agli atti - riassunta al precedente considerando - permette di affermare che nessuno degli specialisti che hanno avuto modo, man mano, di interessarsi al caso di \_\_\_\_\_, é riuscito ad oggettivare delle lesioni strutturali di carattere post-traumatico, suscettibili di spiegare la sintomatologia accusata dall'assicurato. In particolare, il PD dott. \_\_\_\_\_ - specialista di livello universitario proprio in materia di affezioni del rachide - nonostante tutti gli accertamenti paraclinici predisposti (TAC, MRI e radiografie convenzionali), non è stato in grado di oggettivare alcunché di anormale a livello della colonna cervicale (cfr. doc. \_\_, p. 2). D'altro canto, la sindrome del tunnel carpale (con le conseguenti disestesie interessanti l'arto superiore destro) non può essere annoverata fra le conseguenze naturali dell'evento traumatico del maggio 1999. Al proposito, occorre osservare che il dottor \_\_\_\_\_, spec. FMH in neurologia, in occasione della visita fiduciaria del 12 giugno 2001, ha indicato che la succitata patologia si trova solo possibilmente in una relazione di causalità naturale con il noto incidente della circolazione, rilevando peraltro che, prima di allora, l'assicurato mai avrebbe accusato una sintomatologia del genere (cfr. doc. \_\_, p. 4: "Una relazione tra la sintomatologia e la sindrome del tunnel carpale e l'evento infortunistico è possibile in ragione della fenomenologia della caduta stessa e in quanto il paziente anteriormente all'evento infortunistico non avrebbe mai accusato una sintomatologia simile" - la sottolineatura è del redattore). Ora, il fatto che l'esistenza di un nesso di causalità sia stata giudicata come semplicemente possibile, esclude, già di per sé, la responsabilità dell'assicuratore LAINF convenuto (cfr. consid. 2.2.1.). Inoltre, la giurisprudenza insegna che la semplice circostanza d'essere apparso posteriormente ad un infortunio, non significa ancora che un determinato disturbo sia stato pure causato da questo medesimo infortunio (cfr. DTF 119 V 341s. consid. 2b/bb con riferimenti; cfr., pure, Th. Frei, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, Tesi Friburgo 1998, p. 30, nota 96). La medesima conclusione si impone trattandosi degli sporadici e transitori episodi di annebbiamento della vista. Infatti - per ammissione dello stesso ricorrente - tali disturbi visivi erano già presenti prima dell'infortunio in questione (cfr. doc. \_\_, p. 2: "Vengono segnalati inoltre degli episodi transitori di annebbiamento della vista senza impressione

concomitante di malessere, peraltro presenti già prima dell'evento infortunistico in parola . Fino ad ora non sembrano essere stati investigati ma ricondotti ad un'origine ipertensiva" - la sottolineatura ed il grassetto sono del redattore). Il TCA si trova, pertanto, confrontato ad un caso in cui i disturbi avvertiti dal ricorrente non hanno potuto trovare una sufficiente correlazione sul piano oggettivo. In casi del genere, la decisione non può che essere sfavorevole all'interessato, nella misura in cui, non essendo stata individuata, dal profilo 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, la STCA del 19 febbraio 1999 nella causa A., inc. n. 35.1998.10, del 22 febbraio 1999 nella causa D., 35.1998.61 e del 21 settembre 2000 nella causa P., inc. n. 35.1998.57, confermata dal TFA con sentenza del 13 marzo 2001, U 429/00; cfr. inoltre, 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" - la sottolineatura è del redattore). In conclusione, lo scrivente Tribunale ritiene dimostrato, perlomeno secondo il criterio della verosimiglianza preponderante, caratteristico del settore della sicurezza sociale (cfr. DTF 125 V 195 consid. 2 e riferimenti; cfr., pure, Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 320 e A. Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Zurigo 1995, p. 338), che \_\_\_\_\_, al momento della chiusura del caso da parte dell'\_\_\_\_\_ (luglio 2001), non presentava più alcun postumo organico oggettivabile dell'infortunio dell'8 maggio 1999 . 2.5. Con il proprio gravame, \_\_\_\_\_ sostiene di essere rimasto vittima di un trauma di accelerazione al rachide cervicale (cfr. I) e postula, quindi, l'applicazione della relativa giurisprudenza federale (cfr. DTF 117 V 359). Al proposito, è utile ricordare che con la giurisprudenza inaugurata con la nota sentenza S. (cfr. consid. 2.2.4.), il TFA si è scostato dal principio appena evocato relativo ai disturbi senza correlazione sul piano oggettivo (cfr. consid. 2.4.), quando si é in presenza di un trauma d'accelerazione alla colonna cervicale (idem per quel che riguarda i traumi equivalenti - cfr. SVR 1995 UV 23, p. 67 consid. 2). In effetti, 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. Da parte sua, il TCA osserva che il fatto che \_\_\_\_\_ sia rimasto vittima di un trauma del tipo "colpo di frusta" alla colonna cervicale, è stato pacificamente riconosciuto da diversi specialisti, non da ultimo dal PD dott. \_\_\_\_\_ (cfr. doc. \_\_, p. 1: "Der Patient erlitt am 08.05.99 einen Autounfall mit einem Schleudertrauma in der HWS"), rispettivamente, dal dottor \_\_\_\_\_, attivo presso la Divisione medica dell'\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (cfr. doc. \_\_, p. 1: "(...): Herr \_\_\_\_\_ erlitt anlässlich einer Auffahrkollision am 8.5.1999 eine HWS-Distorsion bzw. ein kraniozervikales Beschleunigungstrauma, die, nach der heute weit verbreiteten Klassifikation der Quebec Task Force initial zu einem sogenannten WAD (Whiplash Associated Disorder) von Grad I führte. Der Grad I ist durch das Vorliegen von Zervikalgien und einem subjektiven Steifheitsgefühl im Nacken definiert"). Nondimeno, ciò non è ancora sufficiente per poter applicare i principi elaborati dalla nostra Corte

federale in questo specifico ambito. Infatti, secondo l'Alta Corte la giurisprudenza di cui alla DTF 117 V 359ss. torna applicabile qualora sia stato diagnosticato un trauma d'accelerazione al rachide cervicale e l'interessato abbia presentato il quadro tipico dei disturbi, contraddistinto da una loro accumulazione (cfr. DTF 117 V 360 consid. 4b: diffusi mal di testa, vomito, vertigini, disturbi della concentrazione e della memoria, facile stanchevolezza, disturbi visivi, irritabilità, labilità affettiva, depressione, cambiamento della personalità, ecc.). In questo ordine di idee, in una sentenza del 19 ottobre 2001 nella causa D., U 142/00, prodotta dall'\_\_\_\_\_ sub doc. \_\_, il TFA ha negato l'applicabilità della specifica giurisprudenza al caso di un assicurato che, vittima di un incidente della circolazione stradale con conseguente leggero trauma d'accelerazione, aveva lamentato soltanto dei dolori al collo con irradiazione in sede occipitale ed alle spalle (cfr., in questo stesso senso, la sentenza del 30 settembre 1998 nella causa M., U 223/97, prodotta sub doc. \_\_). In concreto - contrariamente a quanto preteso in sede di ricorso - \_\_\_\_\_, dopo l'evento traumatico del maggio 1999, non ha mai presentato il quadro clinico tipico di una lesione del tipo "colpo di frusta", caratterizzato da disturbi multipli (cfr. consid. 2.3.), ricordato che né i disturbi visivi né le disestesie interessanti il braccio destro possono essere ricondotti all'infortunio assicurato (cfr., al riguardo, il consid. 2.4.). In queste condizioni, è dunque a ragione che l'Istituto assicuratore convenuto ha negato l'applicazione della giurisprudenza specifica in materia di infortuni del tipo "colpo di frusta" (cfr. doc. \_\_, p. 3 in fine). Non può essere di soccorso al ricorrente neppure la perizia medico-legale 15 aprile 2002 del dottor \_\_\_\_\_, specialista in medicina legale e delle assicurazioni a \_\_\_\_\_, nella misura in cui essa non contiene alcun nuovo (rilevante) elemento di valutazione. Il succitato sanitario, consultato privatamente da \_\_\_\_\_, ha infatti diagnosticato una distorsione del rachide cervicale del tipo "colpo di frusta" (cfr. V 1, p. 9) - circostanza questa ormai pacificamente ammessa - limitandosi inoltre a descrivere i disturbi soggettivamente accusati dall'insorgente (cfr. V 1, p. 10: "Gli elementi costitutivi del danno alla persona del Periziando derivati dalle lesioni sofferte in seguito all'evento traumatico in oggetto consistono in: rachialgia cervicale con quasi completa rettilineizzazione della fisiologica lordosi, discreto deficit funzionale antalgico, algie e contrattura alla muscolatura paravertebrale cervicale e dorsale alta (maggiormente a dx) e ai cucullari (maggiormente a dx), con importante brachialgia destra con diminuzione della forza di presa alla mano, e con crisi cefaliche tensive occipitali in soggetto cervico artrosico e discopatico").

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