

TI_GERICHTE 35.2002.64 vom 24. April 2002

TI Tribunale d'appello, 2002-04-24, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2002.64

FR: TI_GERICHTE 35.2002.64 du 24 avril 2002

IT: TI_GERICHTE 35.2002.64 del 24 aprile 2002

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 2

e riferimenti ivi citati). 2.5. 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, op. cit., p. 51-53). La giurisprudenza ha inoltre stabilito che la causalità adeguata, quale fattore restrittivo della responsabilità dell'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 127 V 102 consid. 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). 2.6. Va peraltro ricordato che 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 U 121, 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 è stata ulteriormente confermata (DTF 119 V 334; DTF 122 V 415 = SVR 1997 UV 85, p. 309ss.; DTF 123 V 98 = SVR 1997 UV 96, p. 349ss.; cfr., inoltre, gli estratti pubblicati in RAMI 1995 U 221, p. 109ss.). Nella succitata pronuncia, 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 è, 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 è stata dimostrata. Ne ha pure dedotto che, per decidere circa l’adeguatezza della relazione di causalità, non è 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. L’Alta Corte 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 è 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 (cfr. DTF 115 V 133 segg.). La Corte federale ha, in effetti, statuito che, dal momento in cui la causalità adeguata è 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). Un discorso analogo, del resto, è stato sviluppato in relazione ai traumi cranio-cerebrali, allorquando le lesioni non possono essere sufficientemente dimostrate da un profilo organico (cfr. DTF 117 V 382s. consid. 4b; cfr., pure, S. Leuzinger, Versicherungsrechtliche Kriterien bei psychischen Unfallfolgen - zur Leistungspflicht im Rahmen der obligatorischen Unfallversicherung, in P. Zangger/ D. Erb Egli (Hrsg.), Die

verunfallte Psyche, Zurigo 1999, p. 90). 2.7. Alla luce dei principi evocati al precedente considerando - qualora ci si trovi confrontati a dei sintomi sprovvisti di sostrato organico oggettivabile - è necessario, dapprima, chiedersi se, tenuto conto della dinamica dell'infortunio e dei disturbi diagnosticati, si è 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 UV 85, 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 U 395, p. 316ss. consid. 3 = SVR 2001 UV 1, p. 1ss.; DTF 122 V 415 = SVR 1997 UV 85, p. 309ss.; DTF 119 V 340 consid. 2b/aa; STFA del 12 maggio 2000 nella causa B., consid. 4b/bb, U 404/99 ; 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 è stata ammessa, è ancora necessario pronunciarsi sulla questione riguardante il rapporto di causalità adeguata, questione che dev'essere valutata secondo il metodo elaborato per le turbe psichiche (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 UV 85, p. 310). 2.8. 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 UV 23, p. 67 consid. 2) oppure di un trauma cerebrale (cfr. DTF 117 V 382 consid. 4). 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 U 395, p. 316ss. consid. 3 = SVR 2001 UV 1, 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. Deve ancora essere aggiunto che l'applicabilità della giurisprudenza federale in materia di causalità adeguata in caso di trauma d'accelerazione alla colonna cervicale, giusta la quale è irrilevante determinare se i disturbi accusati dall'assicurato siano di natura organica e/o

psichica (cfr. DTF 117 V 363 consid. 5d/aa), presuppone che questi disturbi siano a tal punto intrecciati fra loro che "eine Differenzierung angesichts des komplexen und vierschichtigen Beschwerdebildes in heiklen Fällen gelegentlich grosse Schwierigkeiten bereitet" (DTF 117 V 363 consid. 5d/aa). Per applicare questa prassi è dunque necessario che i disturbi psichici siano stati provocati dall'infortunio e che unitamente ai disturbi somatici, anch'essi di natura traumatica, formino un complesso di disturbi psicosomatici difficilmente differenziabili (cfr. SVR 2001 UV 13, p. 47ss. = RAMI 2000 U 397, p. 327ss.). Per contro, 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 U 397, p. 327ss., DTF 123 V 98ss. = SVR 1997 UV 96, p. 349ss.; STFA del 17 marzo 1995 nella causa Z., STFA del 6 gennaio 1995 pubblicata parz. in RAMI 1995 U 221, p. 177; STFA 9 settembre 1994 pubblicata parz. in RAMI 1995 U 221, p. 115). In una sentenza del 18 giugno 2002 nella causa W., U 164/01, consid. 3a e b, parzialmente pubblicata in RAMI 2002 U 465, p. 437ss., la Corte federale ha ulteriormente precisato la propria prassi. Essa ha, in effetti, stabilito che l'esame della causalità adeguata può essere effettuato sulla base dei principi applicabili nel caso di evoluzione psichica abnorme conseguente ad infortunio, conformemente a quanto sancito dalla DTF 123 V 99 consid. 2a, soltanto se la problematica psichica predomina in maniera chiara già immediatamente dopo l'incidente, ritenuto che, in caso contrario, un'ulteriore applicazione di tale giurisprudenza in un momento successivo si giustifica solo se, nel corso dell'intera evoluzione - dall'infortunio fino al momento determinante per il giudizio -, i disturbi fisici, complessivamente, hanno giocato un ruolo assai secondario e sono stati completamente relegati in secondo piano. Il TFA ha così motivato la sua precisazione giurisprudenziale: "De r Rechtsprechung gemäss BGE 123 V 99 Erw. 2a liegt der Sachverhalt zu Grunde, dass sehr bald nach einem Unfall mit Schleudertrauma der HWS oder äquivalenten Verletzungen, gleichsam an diesen anschliessend, die psychische Problematik derart überwiegt, dass die mit dem Schleudertrauma einhergehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen (buntes Beschwerdebild) völlig in den Hintergrund treten. Die Formulierung in BGE 123 V 99 Erw. 2b, «das in den ersten Monaten nach dem Unfall durch die Schleuderverletzung geprägte Beschwerdebild (habe) in der Folge in eine psychische Überlagerung umgeschlagen, welche schliesslich eindeutige Dominanz aufwies», ist insofern nicht unmissverständlich, als die Wendung «in der Folge» unter Umständen auf eine gewisse zeitliche Distanz zum Unfall schliessen lassen könnte. Die in BGE 123 V 99 Erw. 2a zitierten Urteile (Urteil C. vom 28. November 1994, U 107/94, auszugsweise publiziert in RKUV 1995 S. 116 Nr. 8 und F. vom 6. Januar 1995, U 185/94, auszugsweise publiziert in RKUV 1995 S. 117 Nr. 9) zeigen aber ganz klar, dass die psychische Problematik unmittelbar nach dem Unfall eindeutige Dominanz aufweisen muss, damit anstelle von BGE 117 V 351 die zur Adäquanz bei Unfällen mit anschliessend einsetzender psychischer Fehlentwicklung geltende Rechtsprechung Anwendung findet. Würde auf das Erfordernis eines nahen zeitlichen Zusammenhangs zwischen Unfall und überwiegender psychischer Problematik verzichtet, hätte dies zur Folge, dass der adäquate Kausalzusammenhang bei den meisten Versicherten, die ein Schleudertrauma der HWS oder eine äquivalente Verletzung erlitten haben und im Zusammenhang mit diesem Unfall

auch an psychogenen Beschwerden leiden, nach BGE 115 V 133 zu beurteilen wäre. Denn bei Opfern eines Schleudertraumas der HWS, bei welchem keine organischen Befunde vorliegen, steht mit zunehmender zeitlicher Distanz zum Unfall immer häufiger die psychische Problematik im Vordergrund. Damit würde jedoch die Rechtsprechung zum adäquaten Kausalzusammenhang bei Schleudertraumen der HWS ohne organisch nachweisbare Befunde (BGE 117 V 359) unterlaufen, für deren Anwendung eben gerade nicht entscheidend ist, ob Beschwerden medizinisch eher als organischer und/oder psychischer Natur bezeichnet werden." (RAMI succitata, consid. 3a). 2.9. Nella presente fattispecie, il 15 novembre 1999, _____ è rimasta coinvolta in un incidente della circolazione stradale avvenuto a _____. Dalle tavole processuali emerge che l'automobile condotta dall'assicurata, dopo essersi arrestata poco prima della rotonda che da _____ porta a _____ a causa della colonna, è stata tamponata da una vettura proveniente da tergo. L'autovettura della ricorrente è quindi stata spinta contro il veicolo che la precedeva (cfr. doc. _). Il giorno stesso la ricorrente è stata visitata dal suo medico curante Dr. med. _____, specialista in medicina interna, il quale ha diagnosticato un "colpo di frusta" al rachide cervicale (cfr. doc. _). L'assicurata è stata dichiarata inabile al lavoro al 100% dal 15 novembre al 30 novembre 1999 (cfr. doc. _). Successivamente l'insorgente ha ripreso la sua attività di dimostratrice, benché essa sostenesse di accusare ancora dolori alla colonna cervicale (cfr. doc. _). L'assicurata, in seguito, è stata inviata dal suo medico curante dal Dr. med. _____, specialista FMH in reumatologia e medicina interna. Dal suo rapporto del 20 aprile 2000 all'attenzione del Dr. med. _____ risulta: "(...) Diagnosi: Sindrome cervicospondilogenica a dx e toracovertebrale cronica su - esito da distorsione della cervicale il 15.11.1999 - alterazioni degenerative della cervicale con osteocondrosi C5/C6, ernia discale paramediana a sx C5/C6 con compressione midollare, ernia discale paramediana sx senza compressione midollare C6/C7 - disturbi statici del rachide (cifoscoliosi della dorsale con minima protrazione del capo) - debolezza dell'atteggiamento, sbilancio muscolare - tendenza all'ipermobilità. (...) Si tratta di una 44enne rappresentante con esito da trauma cervicale il 15.11.1999. Mentre prima del trauma accusava dolori alla cervicale soprattutto in posizioni stereotipiche, dopo l'incidente quest'ultimi vengono risentiti aumentati e si propagano verso la dorsale, a volte associati a formicolii diffusi al braccio dx in tutte le dita della mano. All'esame clinico trova una cifoscoliosi del rachide dorsale con lieve protrazione del capo, la cervicale si presenta praticamente libera ai movimenti sebbene la muscolatura paracervicale sia raccorciata, i segmenti bassi alle rotazioni vengono percepiti dolorosi agli estremi, non vi sono zone d'irritazione cervicale, la dorsale in seguito alla sua forma è altamente limitata alla flessione e all'estensione. Vi è un'insufficienza muscolare al tronco e al rachide, associata ad una tendenza all'iperlassità articolare, l'esame neurologico è nella norma, in particolare non vi sono deficit radicolari o segni piramidali. Ai radiogrammi convenzionali della cervicale riconosciamo l'ostecondrosi C5/C6 già presente al radiogramma iniziale svolto il giorno del trauma dal medico curante, non vi sono segni d'instabilità in massima flessione ed estensione. Alla RM della cervicale troviamo all'altezza del livello descritto C5-C6 un'ernia discale paramediana tendente a sx che comprime il midollo, il segmento C6-C7 presenta un'ernia discale paramediana a sx senza apprezzabile compressione midollare. Di fronte a questo reperto mi permetterò come discusso telefonicamente di presentare la paziente al Prof. _____ della clinica _____ per valutare l'eventuale indicazione ad una decompressione preventiva al segmento C5-C6. La paziente ha iniziato un trattamento fisiatrico a scopo analgetico-detonizzante e di ricondizionamento muscolare." (Doc. _) A

causa del peggioramento dei disturbi risentiti dall'assicurata, il Dr. med. _____ l'ha nuovamente dichiarata inabile al lavoro al 50% a far tempo dal 18 maggio 2000 (cfr. doc. _). Il 28 maggio 2000 _____ ha avvertito per la prima volta un'irradiazione iperalgica sinistra, la cui persistenza, anche notturna, ha reso necessario il suo ricovero presso il Servizio di neurochirurgia dell'Ospedale regionale di _____ dal 2 al 6 giugno 2000 (cfr. doc. _). Dal referto allestito il 19 luglio 2000 dal primario Prof. Dr. med. _____ e dal medico assistente Dr. med. _____: " (...) Diagnosi principale: - Osteocondrosi cervicale C5/C6 senza instabilità segmentaria - Ernia discale con conflitto disco-radicolare C5/C6 ed in minor misura C6/C7 sin. (...) Decorso Durante il ricovero abbiamo eseguito una RM, la quale conferma la diagnosi sopraccitata. Un trattamento conservativo con ortesi cervicale e Solu-Medrol per tre giorni, ha permesso un netto miglioramento della sintomatologia. Per questa ragione non riteniamo necessaria un'indicazione chirurgica. La paziente è stata dimessa il 6.6.2000, per il proprio domicilio e sarà ricontrollata alla nostra consultazione ambulatoriale." (Doc. _) Il 19 luglio 2000 la ricorrente è stata visitata dal Prof. Dr.med. _____ della _____, il quale ha rilevato quanto segue: " ANAMNESE Bei der Patientin ist eine Diskushernie C5/6 und C6/7 linksseitig bekannt. Nach einer anfänglich akuten sehr schmerzhaften Phase, hat sich die Situation nun in den Ferien am Meer beruhigt und die Patientin ist praktisch vollständig beschwerdefrei. Die distalen Symptome sind vollständig verschwunden, bis auf eine Hyposensibilität an der Aussenseite des linken Oberarmes. Die Patientin fühlt sich gut, sodass zur Zeit sicher keine aktive Intervention notwendig erscheint. BEFUND Tricepsschwäche links und Hyposensibilität oberhalb des Epicondylus ulnaris links. Möglicherweise etwas abgeschwächter Tricepssehnenreflex links. Im Uebrigen keine nachweisbaren klinischen Defizite. RADIOLOGISCH Im MRI verifiziert grosse zervikale Diskushernie links mediolateral C5/6, etwas weniger ausgeprägt C6/7. BEURTEILUNG UND PROCEDERE Rein die Grösse der Diskushernie würde eine Operationsindikation darstellen, bei praktisch vollständig beschwerdefreier Patientin ist diese jedoch zu relativieren. Wir empfehlen die Durchführung eines neurologischen Untersuches zur Erfassung der klinisch verdachtsmässig erhobenen Tricepsschwäche links, dies mehr als Status herheben zum jetzigen Zustand. Bei eindeutigen neurologischen Befunden sowie bei wiederkehrender Symptomatik subjektiv, wäre die Diskektomie und Spondylodese von ventral anzustreben." (Doc. _) Il Dr. med. _____, specialista FMH in neurologia, il quale ha esaminato l'assicurata il 29 agosto 2000, nel suo rapporto all'attenzione del Dr. med. _____, ha così valutato il suo stato di salute della ricorrente: " (...) VALUTAZIONE Secondo quanto riferito la paziente è stata vittima nel novembre del 1999 di una distorsione cervicale con meccanismo di colpo di frusta. Ha sviluppato in seguito una sindrome cervicale con dapprima brachialgie destra ed a partire da fine maggio intermittenti brachialgie a sinistra radianti prevalentemente in corrispondenza del dermatoma C6 e parzialmente nel dermatoma C5, ma con un'evoluzione negli ultimi 2 mesi tutto sommato molto positiva con solo occasionali brachialgie. All'esame clinico posso confermare che osservo qualche lieve segno radicolare con ipoestesie di scarsa significanza in corrispondenza dei dermatomi C5 e C6 a sinistra ed un'accennata paresi sui flessori dell'avambraccio con dei riflessi tutto sommato simmetrici, ma comunque molto vivaci sia agli arti superiori che agli arti inferiori, senza per contro come già da te descritto franchi segni midollari. In considerazione dell'evoluzione clinica è stato proposta giustamente per ora un'attitudine conservativa. Trovandoci ora a distanza di mesi dalla manifestazione acuta, proporrei tuttavia una progressiva ripresa dell'attività professionale e dell'attività fisica con evidenti ed adeguate

misure precauzionali. Ho consigliato di riprendere l'attività natatoria e di usare in occasione di lunghi viaggi in auto (comunque da evitare) il collare morbido. In considerazione di parestesie in prevalenza palmari irradianti pure al 4 dito, ed un sospetto segno di Phallen, ho praticato un esame neurografico che non ha evidenziato alcun segno sospetto per una sindrome del Tunnel carpale." (Doc. _) Il 5 febbraio 2001 l'insorgente è stata visitata dal medico di fiducia de La _____, Dr. med. _____, specialista FMH di ortopedia e chirurgia ortopedica, il quale ha escluso una ricaduta dell'infortunio del 15 novembre 1999 all'inizio del mese di giugno 2000, in quanto l'analisi dei disturbi posteriori alla distorsione cervicale ha evidenziato bene come il decorso postraumatico è stato complicato dall'insorgenza di disturbi cervicali sostanzialmente diversi e di eziologia prettamente morbosa, in rapporto con un'ernia discale di gran lunga preesistente. A mente del medico lo status quo sine è molto probabilmente stato raggiunto al più tardi a metà maggio 2000 (cfr. doc. _). Il Dr. med. _____ motiva nel modo seguente le sue conclusioni: "(...)
VALUTAZIONE Come quasi sempre dopo una distorsione cervicale i disturbi cervico-cefalalgici sono iniziati in modo ingravescente nelle ore seguenti. Sono poi stati complicati da parestesie non meglio documentate alla mano destra ma solo transitorie. Seppure i disturbi cervicali e le cefalee a mo' di casco sono rimasti significativi per alcune settimane, il lavoro è potuto venire ripristinato normalmente già 15 giorni dopo l'accaduto. Seguendo l'assicurata che oltre a piangere spesso dà continuamente l'impressione di essere sincera, si potrebbe credere che sin dall'inizio oltre alle cefalee a mo' di casco i disturbi cervico-scapolari erano prevalenti dalla parte sinistra e che le parestesie sono insorte al membro superiore sinistro poco tempo dopo la ripresa del lavoro, circa nel gennaio 2000, e sono poi lentamente progrediti nel corso dei mesi successivi al punto di giustificare una riduzione della capacità lavorativa del 50% a partire dal 18.05.00. Tant'è vero che continuando a peggiorare gli stessi disturbi nettamente lateralizzati a sinistra sono poi sfociati in una crisi iperalgica all'inizio del mese di giugno che persisteva di notte, motivo per cui è stato necessario il ricovero d'urgenza nel servizio di neurochirurgia dell'Ospedale _____. In realtà il decorso sin dall'infortunio del 15.11.99 è stato ben diverso come lo dimostra il rapporto dettagliato del Dr. _____ del 20.04.00 che fa il punto della situazione (esame del 06.04. 00) un po' più di un mese prima dell'inizio (il 18. 05. 00) dell'incapacità lavorativa al 50%. All'occasione del suo controllo del 06.04.00 il Dr. _____ non trova dei disturbi di rilievo nella regione cervicale e neppure dei segni di lateralizzazione. Tenuto conto delle alterazioni degenerative sulle radiografie organizza un esame IRM per il 12.04.00. Confrontato con due ernie discali cervicali di ragguardevoli dimensioni dal lato sinistro, si chiede se un intervento chirurgico preventivo di spondilodesi sarebbe eventualmente indicato. Per questo motivo chiede il parere del Dr. _____ della Clinica _____. Nell'aprile dell'anno scorso l'attività lavorativa veniva ancora svolta normalmente e non mi risulta dagli atti che sia stato il Dr. _____ a stabilire il ripristino dell'incapacità lavorativa a partire dal 18.05.00 come dichiarato dall'assicurata. I certificati di incapacità lavorativa ed il certificato d'infortunio avuti in visione sono tutti firmati dal Dr. _____ di cui peraltro non abbiamo nessun ragguaglio oggettivo. Non è tuttavia escluso che il Dr. _____ abbia ancora controllato l'assicurata siccome il rapporto di degenza in _____ e le successive relazioni del Dr. _____ e _____ sono indirizzati a lui. L'assicurata insiste anche molto sul fatto che prima dell'infortunio del 15.11.99 non aveva mai avuto disturbi cervicali ed era abituata a praticare regolarmente varie attività sportive tali nuoto, sci nautico, corsa, passeggiate in montagna, ginnastica in giardino ed equitazione in estate nonché palestra, nuoto e sci in

inverno. Insiste anche sul fatto che la ripresa lavorativa normale a partire dal 01.12.00 nonostante il fatto che non fosse ancora guarita è stata possibile non solo per il fatto che complessivamente l'attività svolta per due datori di lavoro diversi rappresenta solo il circa 50% di un impiego normale bensì perché ha la possibilità di gestire la maggior parte delle giornate di lavoro in modo autonomo. Dal punto di vista medico la gravità delle alterazioni degenerative cervicali è tale (oltre alle discopatie C5-C6 e C6-C7 con ernie discali a sinistra c'è anche un'instabilità C4-C5 significativa) che risulta estremamente dubbioso che non ci siano mai stati dei disturbi cervicali significativi prima dell'infortunio del 15.11.99. È vero che la muscolatura paravertebrale e del cinto scapolare è ben sviluppata grazie al regolare allenamento sportivo. Ciò non mi pare tuttavia sufficiente per poter giustificare l'assenza di qualsiasi disturbo fino all'età di 43 anni. È anche ben noto che una cifosi dorsale esagerata e rigida con tendenza alla protrazione anteriore del capo è all'origine di tensioni muscolari nella regione cervicale posteriore che possono facilmente diventare sintomatiche in modo del tutto spontaneo. Nel caso particolare si può quindi tutt'al più ammettere che la buona muscolatura e l'allenamento fisico regolare potrebbero eventualmente avere tenuto compensati per anni i soli disturbi di origine statica ma non quelli dovuti alle alterazioni degenerative. Tutto sommato, il decorso della distorsione cervicale subita il 15.11.99 stava evolvendo favorevolmente con dei disturbi alla mano destra di scarsa entità e solo transitori mentre nell'aprile-maggio 2000 c'è stato un graduale peggioramento spontaneo delle cefalee e delle cervico-scapulalgie alla parte sinistra con insorgenza di parestesie nel territorio della radice C5 al membro superiore dallo stesso lato. I nuovi disturbi chiaramente lateralizzati a sinistra sono poi brutalmente scoppiati in una crisi iperalgica al collo ed al membro superiore sinistro come riferito dal Prof. _____ nel suo rapporto al Dr. _____ del 19.07.00. Per questo motivo la paziente è stata ricoverata d'urgenza nel servizio di neurochirurgia dell'Ospedale _____ il 02.06.00 e curata con corticoterapia sistemica per

E. 3

Unmittelbar vor dem Unfallereignis muss die Patientin beschwerdefrei gewesen sein: Dieser Punkt ist mehr oder weniger erfüllt.

E. 4

Das betreffende Segment muss radiologisch intakt sein: Dieser Punkt ist eindeutig nicht erfüllt. Es bestehen erhebliche degenerative Veränderungen, akzeptabel wären höchstens diskrete, beginnende degenerative Veränderungen. Der Unfall kommt somit auch nicht als auslösender Faktor für die Diskushernien in Betracht. Es sei an dieser Stelle vermerkt, dass auch bei Anerkennung des Unfalls als auslösenden Faktors (also nicht Ursache) die Unfallkausalität zeitlich begrenzt ist. Die Bedeutung der Diskushernien und der begleitenden degenerativen Veränderungen besteht darin, dass das Trauma eine krankhaft vorgeschädigte Wirbelsäule traf, was sich auf die Heilungsdauer auswirken kann. Nach meiner Meinung kann bezüglich Heilungsdauer auf Grund der degenerativen Veränderungen die obere Grenze des erwähnten Zeitrahmens von drei bis sechs Monaten angenommen werden. Zu diesem Zeitpunkt, also im April 2000 war gemäss Bericht von Dr. _____ der Verlauf günstig. Ende Mai 2000 handelte es sich dann tatsächlich um ein ganz anderes, neues Geschehen, nämlich um ein cervico-radikuläres Schmerzsyndrom links auf Grund der festgestellten Diskushernien. Diese wurden somit ohne äusseren Anlass (ausser einer allenfalls körperlich etwas strengeren Tätigkeit) symptomatisch. Auch von dieser Seite war die Patientin anlässlich der Untersuchung im Juli 2000 bei Prof.

_____ (19.07.2000) praktisch vollständig beschwerdefrei. In der Folge waren während zwei Monaten ausser der gelegentlichen Einnahme von Medikamenten keine Behandlungen notwendig. Auch anlässlich der neurologischen Untersuchung konnte Dr. _____ am 29.08.2000 einen wesentlich gebesserten Zustand feststellen. Wenn also - bei grosszügiger Interpretation - ein erster Schmerzschub von Seite der cervicalen Diskushernien noch im Zusammenhang mit dem Unfall gesehen wird, so war anlässlich der Untersuchung bei Prof. _____ am 19.07.2000 das Unfallgeschehen mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit abgeschlossen und ein Status quo ante/sine erreicht. Das eher geringgradige Trauma war mit Bestimmtheit nicht geeignet, eine definitive, dauerhafte Schädigung oder eine richtunggebende Verschlechterung eines krankhaften Vorzustandes zu bewirken. Die heutigen Beschwerden und Befunde lassen sich mit den vorbestehenden degenerativen Veränderungen (Diskopathien) allein erklären. Es finden sich keine Hinweise, die ausschliesslich mit einem Unfallereignis vereinbar wären. Da nicht der Vorzustand erreicht wurde, handelt es sich somit um eine vorübergehende Verschlimmerung eines Grundleidens mit schicksalsmässigem Verlauf, wobei der Status quo sine am 19.07.2000 als erreicht angenommen werden muss. Da keine dauerhafte Läsion entstanden ist, kommt das Ereignis auch nicht als Teilursache für das heutige Beschwerdebild in Frage! Der Umstand, dass die Patientin vor dem Unfall praktisch beschwerdefrei war, ist nicht erstaunlich. Wie auch Dr. _____ in seinem Bericht zu Recht anführt, ist es eine allgemeine Erfahrung, dass solche Abnützungserscheinungen und auch Diskushernien sehr lange stumm (= symptomlos) bleiben können (Lit. 11 und 12) und dann meistens durch ein Bagatellereignis in einen schmerzhaften Zustand überführt werden. In dieser Situation ist der Unfall nur als Schmerz auslösender Faktor anzusehen und dadurch zeitlich begrenzt kausal für das Beschwerdebild. Auch die Argumentation "post hoc, ergo propter hoc" allein genügt nicht, um eine Unfallkausalität absolut zu postulieren. Zusätzlich zu der schon erwähnten, bekannten Tatsache, dass degenerative Veränderungen an der Wirbelsäule lange Zeit symptomlos sein können, müssen diese gewichtet werden, ob sie persistierende Beschwerden allein erklären oder nicht. Ferner müssen folgende Kriterien beachtet werden: Biomechanische Gegebenheiten (soweit möglich), der initiale Verlauf, die initialen klinischen Befunde, die radiologischen Befunde (traumatische Läsionen, degenerative Veränderungen), der Schweregrad der Verletzung (nur Weichteilverletzung, knöcherne Läsionen); es muss eine Korrelation zum Schweregrad des Traumas hergestellt werden, es muss der weitere Verlauf beurteilt werden, ob dieser erwartungsgemäss ist, ob er der allgemeinen Erfahrung und statistischen Fakten entspricht oder nicht. Es müssen psychosoziale und eventuell psychosomatische Faktoren mit einbezogen werden. Alle diese Faktoren sprechen hier gegen eine Unfallkausalität nach Erreichen des Status quo sine. Es muss auch berücksichtigt werden, dass sich die Patientin im typischen Alter befindet für das Auftreten von Nackenschmerzen und das Symptomatisch-werden degenerativer Veränderungen. Zusätzlich ist eine psychosomatische Komponente nicht ganz ausgeschlossen in Anbetracht der Doppelbelastung mit Beruf und Familie. Ein Hinweis in diese Richtung ist die nun weitgehende Therapieresistenz über Jahre. Zusammenfassend besteht also nach meiner Meinung, auf Grund persönlicher Erfahrung in über dreissig Jahren Neurotraumatologie und insbesondere Wirbelsäulenchirurgie sowie entsprechend der allgemeinen Erfahrung von Fachkollegen und übereinstimmend mit den statistischen Resultaten in der wissenschaftlichen Literatur, nach dem 19.07.2000 kein klarer, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmender natürlicher, kausaler Zusammenhang der heutigen Beschwerden mehr mit dem Unfall, der auch naturwissenschaftlich erklärt

werden könnte. Ein solcher Zusammenhang ist höchstens möglich. Diskussion der Stellungnahmen zur Unfallkausalität der Patientin und der beteiligten Ärzte: - Die Patientin : Für sie ist die Unfallkausalität klar gegeben, weil sie vorher gesund war und jetzt krank ist. Dies ist sicher ein wesentlicher Punkt, er genügt jedoch nicht als einziges Argument, wie in meinem Gutachten dargelegt. - Der Hausarzt Dr. _____ : Er führt das gleiche Argument an wie die Patientin. Zusätzlich ist er der Meinung, dass es sich um "posttraumatische" Diskushernien handle, was nicht zutrifft, weil diese Diagnose im Prinzip gar nicht existiert und die entsprechenden Symptome erst nach sechs Monaten auftraten. - Dr. _____ : Er empfiehlt eine Ablehnung des Rückfalles von Ende Mai 2000 wegen des freien Intervalls von sieben Monaten mit voller Arbeitsfähigkeit und bei eindrücklichen, vorbestehenden degenerativen Veränderungen an der HWS. Diese Beurteilung ist im Prinzip richtig, aber sehr cursorisch. - Dr. _____ : Er kommt auf Grund der von Dr. _____ im April 2000 erhobenen Befunde, die recht günstig waren und keine Arbeitsunfähigkeit rechtfertigten, zum Schluss, dass Mitte Mai 2000 ein Status quo sine erreicht war. Trotz der von der Patientin aufgeführten Mängel und des anscheinend unhöflichen Benehmens des Arztes gegenüber der Patientin ist das Gutachten umfassend und im wesentlichen sachgerecht. Falsch an dem Gutachten ist das Aufführen neuropsychologischer Störungen, was nicht zutrifft. Ich stimme trotzdem mit dem Gutachter überein mit Ausnahme einer kleinen Differenz bezüglich dem Zeitpunkt des Erreichens des Status quo sine, welchen ich im August festsetze (was jedoch nicht von prinzipieller Bedeutung ist). - Dr. _____ : Sein erster Bericht vom 07.01.2002 ist nicht konklusiv und wegen der fehlenden Kenntnisse der versicherungsmedizinischen Terminologie nicht brauchbar. Dr. _____ betont richtigerweise die Entstehung von Diskushernien auf degenerativer Basis, schreibt in der Folge aber trotzdem, dass der Unfall die Entstehung (formazione) der Diskushernien verursacht oder wesentlich dazu beigetragen habe. In seinem zweiten Schreiben vom 27.02.2002 präzisiert er dann, dass der Unfall als auslösender Faktor anzusehen sei, und dass die Situation spätestens im Januar 2002 stabilisiert war im Sinne eines Status quo sine. Zu diesem Zeitpunkt sollte die Patientin zu 100% arbeitsfähig sein. Es ist richtig, dass bei Annahme des Unfalls als auslösenden Faktors das Unfallgeschehen zeitlich terminiert wird. Hingegen ist der Zeitraum von über zwei Jahren naturwissenschaftlich nicht begründbar. - Dr. _____ : In seinem Gutachten werden die vorbestehenden degenerativen Veränderungen an der HWS ausführlich geschildert und die nicht traumatische Genese von Diskushernien bestätigt. Die diesbezüglichen residuellen cervico-radikulären Beschwerden im Nacken und im linken Arm sind deshalb nicht unfallkausal. Von diesen Beschwerden unterscheidet Dr. _____ die Folgen einer Weichteilverletzung im Nackenbereich, welche zu einer schmerzhaften Bewegungseinschränkung der HWS führen mit Auswirkungen auf die beruflichen und privaten Aktivitäten sowie schmerzbedingte psychische Störungen, wie sie für die Folgen eines sog. Schleudertraumas typisch sind und häufig vorkommen sollen. Diese Unterscheidung ist sehr hypothetisch und wissenschaftlich nicht begründbar. Degenerative Veränderungen an der HWS führen ebenfalls zu schmerzhaften Funktionseinschränkungen der HWS mit Auswirkungen auf die alltäglichen Verrichtungen. Anders verhält es sich allenfalls bei neuropsychologischen Störungen. Solche liegen hier jedoch nicht vor und werden auch von der Patientin bestritten, was ebenfalls eher gegen die Folgen eines sog. Schleudertraumas spricht. Ferner muss die Aussage, dass "solche Verläufe nach einem Schleudertrauma häufig seien", differenziert betrachtet werden. Ärzte, insbesondere Spezialisten für Wirbelsäulenleiden werden tatsächlich häufig mit dieser Problematik

konfrontiert. Von den 9000 Personen, welche in der Schweiz jährlich ein Schleudertrauma erleiden, entwickeln jedoch nur 10% chronische Beschwerden, in 90% der Fälle kommt es zu einer folgenlosen Abheilung. Schlechte Verläufe nach einem Schleudertrauma sind also nicht häufig, aber sehr teuer. Diese 10% belasten das Gesundheitswesen mit Kosten in Höhe von 500 Mill. Fr. pro Jahr (Kongressmitteilung anlässlich einer Ärzfortbildung in Davos im Jahre 2002). (...)" (Doc. _) 2.11. L'assicurata, tramite il suo patrocinatore ha contestato il rapporto peritale del Dr. med. _____, in quanto non sarebbe avvenuta alcuna visita da parte del medico, o meglio il perito "ha esordito, dicendo sin dall'inizio di concordare con quanto scrive il Dr. _____ (...). Egli ha in seguito chiesto alla ricorrente se avesse problemi finanziari o con il marito. Dopo che la ricorrente ha risposto negativamente a tali domande, egli l'ha fatta camminare per un breve tratto e le ha fatto stringere le mani. A quel punto la visita si è conclusa, con un breve esposto del perito, con il quale egli ha spiegato alla ricorrente che nel 90% dei casi un colpo di frusta non lascia traccia dopo sei mesi dall'incidente" (cfr. doc. _). Come visto (cfr. consid. 1.11.), il dott. _____ dal canto suo ammette che effettivamente all'assicurata la parte della visita riguardante l'accertamento personale delle sue condizioni di salute mediante l'esame dell'organismo può essere parsa di breve durata rispetto al colloquio. Ciò si giustifica in quanto da tale indagine non si può constatare nessun reperto patologico. Una visita tre anni e mezzo dopo l'incidente riveste infatti un significato minimo per l'accertamento della problematica della causalità. Del resto il perito ha affermato di aver avuto a disposizione i risultati di indagini specialistiche. Il colloquio è invece durato a lungo, il medico ha posto alla ricorrente quesiti relativi agli attuali disturbi, all'esatto decorso dopo l'infortunio e al suo ambito sociale. Egli ha infine precisato di non avere parlato del referto del Dr. med. _____ all'inizio dell'incontro, bensì verso la fine della visita (cfr. doc. _). Al riguardo va osservato che in generale un esperto è considerato prevenuto qualora esistano delle circostanze proprie a far nascere un dubbio sulla sua imparzialità. Si tratta tuttavia di uno stato interiore difficile da provare. Ecco perché non è necessario provare che la prevenzione sia effettiva per ricusare un esperto. E' sufficiente che le circostanze diano l'apparenza di prevenzione e facciano dubitare di un'attività parziale dell'esperto. L'apprezzamento delle circostanze non può basarsi sulle sole impressioni del peritato, la sfiducia nei confronti dell'esperto deve per contro apparire come fondata su degli elementi oggettivi (cfr. STFA del 23 maggio 2002 nella causa L., I 724/01; DTF 125 V 353, DTF 123 V 176; Pratique VSI 2001 pag. 109). Secondo la giurisprudenza in materia di ricazione del giudice - sviluppata in relazione all'art. 58 aCost. fed., ma valida anche per l'attuale art. 30 Cost. fed. (cfr. SVR 2001 BVG 7 pag. 28) -, che si applica per analogia alla ricazione di un perito giudiziario e nei casi di perizia ordinata dall'amministrazione (cfr. Pratique VSI 2001 pag. 111 consid. 4a/aa; Meyer-Blaser, Rechtliche Vorgabe an die medizinische Begutachtung, in : Schaffhauser/Schlauri, Rechtsfragen der medizinischen Begutachtung in der Sozialversicherung, St-Gall, pag. 45 segg.), un motivo di ricazione deve essere invocato non appena possibile, all'inizio del procedimento, ma al più tardi quando si ha conoscenza dei membri che compongono l'autorità. Se ciò non avviene si reputa che si è tacitamente rinunciato a fare valere tale censura. In particolare, è contrario alla buona fede attendere l'esito di una procedura, per invocare poi, in occasione di un ricorso, un motivo di ricazione già noto prima (cfr. STFA del 23 maggio 2002 nella causa L., I 724/01; STFA del 30 aprile 2002 nella causa A. I 382/01; DTF 128 V 83). Nella presente fattispecie l'assicurata ha atteso l'esito della perizia, più precisamente di essere invitata dal TCA, il 4 luglio 2003, a presentare le sue osservazioni in merito alla perizia (cfr. doc. _), per

formulare le proprie critiche relative allo svolgimento della visita del 13 giugno 2003. La ricorrente ha peraltro preso posizione il 26 agosto 2003 (cfr. doc. _), Tuttavia l'insorgente era in grado di formulare le sue obiezioni già il giorno seguente all'appuntamento presso il Dr. med. _____. Allora però l'assicurata è rimasta silente, preferendo attendere le conclusioni del perito. Il fatto di aver sollevato censure al riguardo solo dopo essere venuta a conoscenza dell'esito della perizia, che non si allinea con quanto postulato dalla medesima, non è dunque conforme alla buona fede. Di conseguenza le critiche della ricorrente sono state presentate tardivamente (cfr. STFA del 23 maggio 2002 nella causa L.; I 724/01). In ogni caso il TCA rileva che il Dr. med. _____ ha visitato correttamente l'assicurata. Dal relativo rapporto emerge che il perito ha indagato in modo approfondito i vari aspetti rilevanti per pronunciarsi circa la causalità dei disturbi con l'infortunio del 15 novembre 1999. Va anche sottolineato che il medico ha esaminato tutte le radiografie effettuate dall'assicurata (cfr. doc. _), che le sono state domandate espressamente dal Dr. med. _____ nel suo scritto con il quale la informava della data dell'incontro (cfr. doc. _). Di conseguenza il perito non ha visitato in modo lacunoso o sommario l'assicurata. Al riguardo occorre, per inciso, ricordare che il TFA, relativamente ai pareri redatti dai medici dell'_____, ha precisato che essi hanno pieno valore probatorio, anche quando i medici si sono espressi unicamente in base agli atti, dunque senza visitare personalmente l'assicurato (cfr. STFA del 10 settembre 1998 nella causa R., U 143/98 e STFA del 2 luglio 1996 nella causa A., U 49/95). 2.12. In caso di perizia giudiziaria, il giudice - di regola - non si scosta, senza motivi imperativi dalle conclusioni del perito medico, il cui ruolo consiste, appunto, nella messa a disposizione della giustizia della propria scienza medica per fornire un'interpretazione scientifica dei fatti considerati (DTF 125 V 352 consid. 3b/aa e riferimenti ivi menzionati). Il giudice può disattendere le conclusioni del perito giudiziario nel caso in cui il rapporto peritale contenga delle contraddizioni oppure se esistono altri rapporti in grado di inficiarne la concludenza. In tale evenienza, la Corte giudicante può disporre una superperizia oppure scostarsi, senza necessità di ulteriori complementi, dalle conclusioni del referto peritale giudiziario (cfr. STFA del 14 aprile 2003 nella causa M., U 165/02; DTF 125 V 353 consid. 3b/aa e riferimenti; DTF 101 IV 130). Deve comunque essere sottolineato che il perito giudiziario ha uno statuto speciale nel senso che egli esercita, in virtù del mandato giudiziario che lo sottopone alla comminatoria di cui all'art. 307 del Codice penale, una funzione qualificata al servizio della giustizia (cfr. STFA del 15 gennaio 2001 nella causa B., U 288/99, consid. 3a, nonché dottrina e giurisprudenza ivi citate). In concreto, alla luce delle relative risultanze il rapporto peritale del 2 luglio 2003 non contiene contraddizioni. Il solo fatto che il Dr. med. _____ - specialista nella materia che qui interessa, alla cui competenza questa Corte fa, di tanto in tanto, capo con soddisfazione - abbia manifestato un apprezzamento divergente rispetto a quello del Dr. med. _____, suo collega di specialità, consultato dall'assicurata, non basta ovviamente per qualificare come contraddittoria la sua perizia. Se così fosse, il TCA si troverebbe - sistematicamente - a doversi scostare dalle conclusioni peritali, non appena un medico interpellato da un assicurato o il medico di fiducia dell'assicuratore interessato esprimano una diversa valutazione della fattispecie. D'altra parte, la perizia giudiziaria presenta tutti i requisiti posti dalla giurisprudenza affinché possa essere riconosciuto, ad un apprezzamento medico, piena forza probante (cfr. RJJ 1995 p. 44; RAMI 1991 U 133, p. 311ss. consid. 1b): in particolare, l'esperto giudiziario ha espresso la sua valutazione in modo chiaro, motivato e convincente, dopo aver proceduto ad un esame approfondito del caso. Questo Tribunale non vede quindi ragioni che gli impediscano di fare proprie le

convincenti conclusioni enunciate dal Dr. med. _____. Va peraltro osservato che il TFA si è così pronunciato a proposito delle perizie di parte: " dd) Was Parteigutachten anbelangt, rechtfertigt der Umstand allein, dass eine ärztliche Stellungnahme von einer Partei eingeholt und in das Verfahren eingebracht wird, nicht Zweifel an ihrem Beweiswert (ZAK 1986 S. 189 Erw. 2a in fine)." (DTF 125 V 353) (...) c) Wie bereits erwähnt (Erw. 3b/dd), enthält auch ein Parteigutachten Äusserungen eines Sachverständigen, welche zur Feststellung eines medizinischen Sachverhalts beweismässig beitragen können. Daraus folgt indessen nicht, dass ein solches Gutachten den gleichen Rang wie ein vom Gericht oder von einem Unfallversicherer nach dem vorgegebenen Verfahrensrecht eingeholtes Gutachten besitzt. Es verpflichtet indessen - wie jede substantiiert vorgetragene Einwendung gegen ein solches Gutachten - den Richter, den von der Rechtsprechung aufgestellten Richtlinien für die Beweiswürdigung folgend, zu prüfen, ob es in rechtserheblichen Fragen die Auffassungen und Schlussfolgerungen des vom Gericht oder vom Unfallversicherer förmlich bestellten Gutachters derart zu erschüttern vermag, dass davon abzuweichen ist." (DTF 125 V 354) Di conseguenza non è necessario dare seguito agli ulteriori provvedimenti probatori richiesti dall'insorgente (audizione del Dr. med. _____ e del Dr. med. _____, cfr. doc. _). Al 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. SVR 2003 IV Nr. 1 pag. 1; STFA del 31 gennaio 2003 nella causa V., H 5/02; STFA del 15 novembre 2002 nella causa R., H 177/01; STFA del 29 gennaio 2002 nella causa R. e R., H 220/00; STFA del 26 novembre 2001 nella causa R., U 257/01; sentenza TFA del 27 ottobre 1992 nella causa B.P.; sentenza TFA del 13 febbraio 1992 nella causa O.; sentenza TFA del 13 maggio 1991 nella causa A.; sentenza TCA del 25 novembre 1991 nella causa M.; RCC 1986 p. 202 consid. 2d; F. Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; U. Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, Zurigo 1999, p. 212; Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2a ed., p. 39 e p. 117) senza che ciò costituisca una lesione del diritto di essere sentito sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (cfr. SVR 2001 IV no 10 pag. 28; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata). Pertanto il TCA considera accertato, con un sufficiente grado di verosimiglianza, che i dolori al rachide cervicale di cui ha ancora sofferto l'assicurata dopo il 31 dicembre 2001 non si trovano più in un nesso di causalità naturale con l'evento infortunistico assicurato del 15 novembre 1999, bensì sono provocati da alterazioni di carattere degenerativo, la cui presenza è stata peraltro confermata, oltre che dal perito giudiziario, anche dai dottori _____, _____ e _____ (cfr. consid. 2.9.; 2.10.). Il colpo di frusta subito dall'assicurata ha dunque soltanto transitoriamente peggiorato il suo stato di salute, comunque già affetto da disturbi di natura morbosa, fino al raggiungimento dello status quo sine, che a parere del Dr. med. _____ è intervenuto fin dal mese di agosto 2000 (cfr. consid. 2.10.; doc. __, risposta ai quesiti n. 4 della parte convenuta e n. 6 della parte ricorrente). In simili condizioni questo Tribunale può senz'altro esimersi dall'esaminare la questione dell'adeguatezza del nesso causale (cfr. DTF 117 V 361 consid. 5a e 382 consid. 4a). 2.13. Per quanto concerne l'asserzione del medico curante dell'assicurata, Dr. med. _____, relativa al fatto che prima dell'infortunio del 15 novembre 1999 la stessa non ha mai lamentato disturbi reumatologici o comunque dolori a

livello cervicale e che non è mai stata seguita da medici per problemi di questo tipo (cfr. doc. _), va rilevato che la regola "post hoc, ergo propter hoc" (dopo questo, dunque a causa di questo) non ha valenza scientifica. La giurisprudenza del TFA ha infatti stabilito, al riguardo, che per il solo fatto d'essere insorto dopo l'infortunio, un disturbo alla salute non può già essere ritenuto una sua conseguenza (DTF 119 V 341s. consid. 2b/bb con riferimenti; STFA 3.4.1997 in re V. inedita; 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). Per quanto attiene alla tesi difesa dal Dr. med. _____ che l'origine delle ernie discali riscontrate a livello C5/6 e C6/7 (cfr. doc. _) sarebbe infortunistica, va ricordato che, secondo la giurisprudenza della nostra Alta Corte, la maggior parte delle ernie discali ha una causa degenerativa e che un infortunio può solo eccezionalmente essere all'origine di una tale patologia (cfr. RAMI 2000 U 378, p. 190s., 2000 U 379, p. 192ss.; STFA del 21 giugno 1996 nella causa M., 7 giugno 1996 nella causa S., 7 aprile 1995 nella causa S. e 10 ottobre 1994 nella causa J., tutte non pubblicate). In una sentenza del 4 giugno 1999 nella causa S., U 193/98 - riguardante un assicurato, vittima di una caduta, affetto da un'ernia discale C6-C7 - il TFA ha esplicitamente fatto propria l'opinione manifestata dalla dottrina medica dominante in materia di ernie discali cervicali. Quest'ultima subordina il riconoscimento della causalità fra un evento traumatico e l'apparizione dei sintomi dolorosi di un'ernia discale, ai quattro seguenti criteri cumulativi: il trauma deve essere stato causato da un infortunio, il cui meccanismo è suscettibile di avere provocato la protusione del disco; i dolori devono apparire immediatamente dopo il trauma ed avere un tipico carattere radicolare (cervico-brachialgie); il paziente non deve, inoltre, aver già presentato tale sintomatologia ed il frammento interessato deve apparire intatto sulle lastre eseguite anteriormente, poiché la più parte delle ernie cervicali rimangono a lungo asintomatiche (cfr. J. Krämer, Bandscheibenbedingte Erkrankungen, 3a ed., 1994, p. 354ss.). In casu, almeno uno dei presupposti presuppone fa manifestamente difetto. In effetti, già prima di rimanere vittima dell'infortunio in discussione, l'insorgente era portatrice di alterazioni degenerative alla colonna cervicale, precisamente a livello dei segmenti C5/C6 e C6/7, così come si evince dal referto peritale del 2 luglio 2003 (cfr. doc. _, pag. 14, 16) e dai rapporti dei Dr. med. _____ (cfr. doc. _ pag. 15), _____ (cfr. doc. _) e _____ (cfr. doc. _ allegato a doc. _ pag. 10-11). I presupposti per ammettere la causalità naturale tra un'ernia discale lombare sono del resto analoghi a quelli stabiliti in caso di ernia discale cervicale. A tale proposito giova rilevare che in una recente sentenza dell'8 luglio 2003 nella causa Z. (U 324/02) il TFA ha confermato il giudizio di questa Corte del 9 ottobre 2002 (35.2001.80) nel quale era stato negato il nesso di causalità tra un'ernia discale lombare e l'infortunio occorso a un assicurato colpito alla schiena da un carrello di ferro del peso di circa 120/140 Kg., poiché i sintomi dell'ernia discale non erano apparsi immediatamente. 2.14. Alla luce della conclusione del perito, secondo il quale lo stato di salute dell'assicurata ha raggiunto lo status quo sine già nel mese di agosto 2000 (cfr. consid. 2.10.; doc. _, risposta ai quesiti n. 4 della parte convenuta e n. 6 della parte ricorrente), ci si potrebbe addirittura chiedere se non siano dati gli estremi per una reformatio in pejus del provvedimento impugnato. Il TCA può infatti, in linea di principio, riformare una decisione a svantaggio del ricorrente, dopo avergli dato la possibilità di prendere posizione in merito e averlo reso attento sulla possibilità di ritirare il ricorso (cfr. art. 11b della Legge di procedura per le cause davanti al TCA; art. 61 cpv.1 lett. d LPGA in casu non applicabile - consid. 2.1. -; DTF 122 V 166).

Questa Corte, tuttavia, nel caso di specie, considerate tutte le circostanze dell'evenienza concreta, rinuncia a effettuare una reformatio in pejus, visto che comunque si tratta unicamente di una facoltà (cfr. STFA del 23 giugno 2003 nella causa A., U 192/02; STFA del 22 aprile 2003 nella causa P., U 334/02; STFA del 2 giugno 2003 nella causa Service de l'emploi du canton VD c/ G., C 119/02; STFA del 17 giugno 2003 nella causa R., H 313/01; DTF 119 V 249). Di conseguenza il TCA non può che confermare la decisione su opposizione del 24 aprile 2002.

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