

TI_GERICHTE 35.2002.84 vom 2. August 2002

TI Tribunale d'appello, 2002-08-02, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2002.84

FR: TI_GERICHTE 35.2002.84 du 2 août 2002

IT: TI_GERICHTE 35.2002.84 del 2 agosto 2002

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 5

b/bb, 118 V 286 e 117 V 365 in fine; cfr., pure, U. Meyer-Blaser, Kausalitätsfragen aus dem Gebiet des Sozialversicherungsrechts, in SZS 2/1994, p. 104s. e M. Frésard, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], n. 39). 2.6. In virtù dell'art. 11 OAINF, l'assicuratore LAINF é tenuto a riprendere l'erogazione delle prestazioni assicurative in caso di ricadute o conseguenze tardive (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 71 e A. Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Berna 1985, p. 277). Né la LAINF né l'OAINF prevedono, al riguardo, un limite temporale. Pertanto, la pretesa potrà essere fatta valere anche qualora la ricaduta o le conseguenze tardive appaiono, per la prima volta, dieci o vent'anni dopo l'infortunio assicurato, e ciò indipendentemente dal fatto che, a quel momento, l'interessato sia o meno ancora assicurato. Rilevante é soltanto l'esistenza di un nesso di causalità (cfr. STFA del 31 luglio 2001 nella causa H., U 122/00). Nella sentenza pubblicata in RAMI 1994 U 206, p. 326ss., il TFA ha precisato che, trattandosi di una ricaduta, la responsabilità dell'assicuratore-infortuni non può essere ammessa soltanto sulla base del nesso di causalità naturale riconosciuto in occasione del caso iniziale. Spetta piuttosto a colui che rivendica le prestazioni dimostrare l'esistenza di una relazione di causalità naturale fra i "nuovi disturbi" e l'infortunio assicurato. Soltanto qualora il nesso di causalità é provato secondo il criterio della verosimiglianza preponderante, può essere riconosciuto un ulteriore obbligo prestativo a carico dell'assicuratore-infortuni. In assenza di prove, la decisione sarà sfavorevole all'assicurato, il quale intendeva derivare diritti da un nesso di causalità naturale rimasto indimostrato. 2.7. Nella presente fattispecie, questa Corte osserva che la decisione di negare le prestazioni assicurative in relazione ai disturbi cervico-cefalici lamentati dal ricorrente, è stata presa dall'_____ facendo capo alla valutazione espressa dal dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e, soprattutto, dal dott. _____, chirurgo ortopedico attivo presso la Divisione medica di _____. Questo il contenuto del referto 14 giugno 2002 del dott. _____, il quale, nel corso del mese di aprile 2002, aveva sottoposto _____ ad una visita medica di controllo: " La situazione e il quadro clinico non sono molto chiari neanche al prof. _____, siamo confrontati con problemi multi-fattoriali. Circa tre anni dopo l'infortunio, l'assicurato accusa problemi nella regione del torace e delle spalle, il dr. _____ pone la diagnosi di una sindrome di Tietze. In tale periodo però non accusava problemi alla colonna cervicale e quindi da parte nostra la ricaduta del 26.10.2000 veniva rifiutata. Un anno dopo appaiono dei problemi alla colonna cervicale, dopo un lungo periodo asintomatico. A mio avviso gli attuali problemi non sono

da mettere in relazione con l'incidente , infatti, mancano i tipici sintomi a "ponte". Dopo l'infortunio del 1997 l'assicurato accusava soprattutto problemi al naso (stato dopo frattura). Tre anni dopo appaiono disturbi al torace (sindrome di Tietze) e attualmente lamenta problemi alla colonna cervicale, alla testa e alle spalle. " (doc. _ - la sottolineatura è del redattore). Il dott. _____ ha proceduto, da parte sua, ad un'approfondita disanima del caso, giungendo finalmente alla conclusione che l'esistenza di una relazione di causalità naturale fra i disturbi accusati dall'insorgente e l'incidente della circolazione del maggio 1997, non può essere dimostrata con un sufficiente grado di verosimiglianza: " (...). Die nähere Durchsicht der vorgelegten Akten und der bildgebenden Dokumente hat, bezogen auf die Halswirbelsäule, somit folgendes gezeigt: 1. Die im Kernspintogramm festgestellte paramediane Discushernie bzw. breitbasige Protrusion C5/6 links stammt nicht vom Unfallereignis vom 03.05.97. Solche Befunde entstehen im übrigen praktisch nie durch ein einmaliges Trauma. 2. Dieser Befund erklärt - wenn überhaupt - nur einen relativ geringen Teil der Beschwerden, sowohl am Nacken wie auch im linken Arm nicht aber im Kopf-Gesichtsbereich. 3. Es kommen verschiedene Ursachen für die Nackenbeschwerden in Frage, u.a. Gelenkfazetten, wie von Prof. _____ angesprochen. 4. Die anamnestischen Daten ergeben - falls überhaupt - einen Zusammenhang der Nackenbeschwerden mit dem Verkehrsunfall für die ersten Wochen nach dem Ereignis, dies allerdings nur retrospektiv anhand von Angaben im kreisärztlichen Bericht von Dr. _____ vom 05.08.97 und dem praktisch gleichzeitig (06.08.97) erstellten Zwischenbericht von Dr. _____. In Letzterem wird allerdings ein sogenanntes "cervicocephales Syndrom" genannt, also die Klage von hochzervikalen Nackenschmerzen, welche zum Kopf hinauf hinziehen. Wie Prof. _____ klar dargelegt hat, vermag die Bandscheibe C5/C6 ein solches "cervicocephales Syndrom" nicht plausibel zu erklären. 5. Aufgrund der vorliegenden Unterlagen lässt sich keine für Versicherungsbelange ausreichende Kausalität medizinisch begründen; dies betrifft die seit November 2001 abgeklärten Nackenbeschwerden und auch die von Dr. _____ und Prof. _____ angesprochenen und hinsichtlich der Behandlung beurteilten Befunde. 6. Das von Dr. _____ diagnostizierte Tietze-Syndrom ist a) weder vor noch nachher bestätigt oder auch nur als Diagnose vermutet oder differenzialdiagnostisch in Betracht gezogen worden, b) es entspricht nicht einer Verletzung oder einer Verletzungsfolge und c) es ist auch keine Erklärung für Nackenbeschwerden." (doc. _). Fra gli atti di causa figura dell'ulteriore documentazione medica. Innanzitutto vi è il rapporto stilato dal dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica, afferente alla consultazione del 17 agosto 2000: " (...). Valutazione : probabile sindrome di Tietze sterno-costale a sx con conseguente contrattura della muscolatura parascapolare a sx non estranea all'insorgenza di questo problema sicuramente la forma del torace. Ho tranquillizzato il paz. sulla natura benigna della cosa, proponendo di continuare la sua FT associando lo stretching dei pettorali e mobilizzazione + massaggi della muscolatura parascapolare. Ho inoltre effettuato un'infiltraz. locale con Lidocaina e corticosteroidi, con sollievo quasi completo momentaneo. Ho proposto al paz. di passare da te la settimana prossima, anche per decisione sull'ev. ripresa della C.L., e propongo di rivederlo in caso di problemi. " (rapporto accluso al doc. _). Inoltre, vi è il rapporto allestito dal Prof. dott. _____, _____ del Servizio di neurochirurgia presso l'Ospedale regionale di _____, a seguito della visita del 29 maggio 2002: " (...). Non ritorneremo sull'anamnesi né sui risultati delle valutazioni precedenti, limitandoci a ricordare che Egli fu vittima il 03.05.1997 di un incidente della circolazione con contusione del viscerocranio dominante a dx e distorsione

del segmento cervicale. Il trattamento chirurgico e riabilitativo ha risolto in gran parte il problema del maxillo-facciale, mentre i disturbi relativi al coinvolgimento del segmento cervicale non hanno subito mutamenti sostanziali. I disturbi attuali consistono in: a) dolori paravertebrali cervicali sinistri con epicentro tra C4 e C6 (palpabile). b) irradiazioni sia mediane che paramediane sin. nell'area suboccipitale ed occipitale con estensione fino in sede perioculare sin. c) un'irradiazione nell'area soprascapolare. d) un dolore puntiforme all'apice scapolare inferiore. e) un'irradiazione alterna nel versante anteriore o posteriore del braccio (talora simultanea) e in quello radiale nell'avambraccio talora fino al pollice.

Approfondimento diagnostico (radiologia standard e diagnostica per immagine): mettono in evidenza una piccola lesione discale in C5/C6 con estensione paramediana sin. e interessamento dell'emergenza radicolare C6 sin. Sulla base di questi elementi è stata ventilata la possibilità di un intervento di decompressione e stabilizzazione con accesso antero-laterale nel caso in cui i disturbi non migliorassero. Analizzando la distribuzione dei dolori e malgrado il fatto che il paziente descriva un peggioramento soggettivo (con difficoltà a dormire e problemi sul posto di lavoro), non possiamo ritenere per primam indicato un trattamento chirurgico. Nella sintomatologia algica complessa descritta sopra, gli unici dolori che potrebbero (ma non devono necessariamente) rispondere ad un intervento di discectomia con stabilizzazione classica secondo Smith-Robinson, sono quelli interessanti il bicipite, il versante radiale dell'avambraccio e l'area del pollice; secondariamente quelli all'apice scapolare. Per i dolori nell'area soprascapolare e le irradiazioni cervico-occipitali con cefalea (secondo la definizione abituale ma impropria "spondilogeno o muscolo tensivo") non sono suscettibili di essere influenzati da questo trattamento. Anche la componente "radicolare" deve essere confermata con un testing supplementare nel caso in cui si volesse affrontare chirurgicamente questa componente del problema. Secondo i dati della letteratura le irradiazioni mediane nell'area suboccipitale ed occipitale traducono un'irritazione C3 prevalente, mentre quelli laterali con estensione anteriore verso l'area sopraorbitale esprimono un interessamento C2 e/o C2/C3 sin. I dolori irradianti nell'area scapolare possono originare dalle faccette di vari segmenti e quelli nel braccio possono corrispondere sia ad un interessamento radicolare che essere anch'essi di carattere pseudoradicolare. Per queste ragioni e non da ultimo per chiarire definitivamente il problema, vi consigliamo di sottoporre questo paziente ad un approfondimento con infiltrazioni test sotto controllo radiologico in un centro specializzato con questo ordine di problemi (_____ : prof _____ o Losanna: Prof. _____). Tenuto conto delle caratteristiche della sindrome è probabile che un trattamento semi-invasivo possa portare ad un beneficio consistente ed evitare il ricorso alla chirurgia classica per la quale attualmente i criteri d'indicazione non ci sembrano riempiti. " (doc. _) 2.8. In corso di causa, questa Corte ha interpellato il Prof. dott. _____, al quale sono stati posti alcuni quesiti attinenti all'eziologia dei disturbi di cui è portatore _____ (cfr. XV). In sintesi, lo specialista ha affermato che i disturbi al rachide cervicale, annunciati all'_____ durante il mese di novembre 2001, sarebbero riconducibili all'evento traumatico del 3 maggio 1997, soltanto se, nel frattempo, fossero esistiti dei chiari sintomi che attestano una relazione di continuità fra l'evento traumatico e la ricaduta (una cosiddetta sintomatologia "ponte"): " 1) I disturbi lamentati da _____ si trovano, perlomeno secondo il criterio della verosimiglianza preponderante, in una relazione di causalità naturale con l'evento infortunistico del 3 maggio 1997? Voglia motivare la sua risposta. Le lesioni significative del viscerocranio, determinate dall'incidente della circolazione del 03.05.1997, confermano la messa in giuoco di forze relativamente importanti. La predominanza dx delle lesioni

facciali indica inoltre una componente rotatoria nella distorsione cervicale inevitabilmente associata a questo tipo di trauma. Poiché la rotazione ha avuto luogo da dx verso sin. é legittimo attendere che le manifestazioni della distorsione cervicale siano dominanti sul lato sin. Questa ipotesi é stata confermata dai test diagnostici (instillazioni mirate) realizzate nel Centro di _____: esse hanno dimostrato un coinvolgimento prevalente delle articolazioni vertebrali posteriori sul lato sin. Sulla base di questi elementi non vi sono dubbi che, almeno nella fase iniziale, i disturbi descritti dal Signor _____ si situino in un nesso di causalità certo con l'evento traumatico. Più difficile é la definizione del nesso di causalità per le manifestazioni attuali (vedi risposta al quesito seguente). 2) Come spiega che l'assicurato, chiuso il caso iniziale nel corso del mese di agosto 1997, é stato in grado di esercitare regolarmente la propria attività lavorativa sino al 20 febbraio 2002 (fatta eccezione per il periodo 28 febbraio-19 marzo 2001, durante il quale egli non ha lavorato in ragione dell'intervento di settoplastica)? Il problema centrale é stabilire se nel periodo agosto 1997 - febbraio 2002 l'Assicurato abbia presentato, eventualmente in forma attenuata, sintomi e/o segni compatibili con disturbi residui nel segmento cervicale. A questo proposito disponiamo unicamente della versione dell'Assicurato; la stessa fornita al nostro Collega di specialità Dr _____: a partire dall'infortunio (03.05.1997) Egli avrebbe sempre presentato dolori paravertebrali a sin. con irradiazioni cefaliche, sopra scapolari e nell'arto superiore sin. Se questo é effettivamente il caso, i disturbi che hanno determinato l'interruzione del lavoro nel 2002 altro non sarebbero che un'esacerbazione di un problema in relazione diretta con l'evento traumatico. Nel caso contrario, questa relazione dovrebbe essere negata. Per chiarire la questione, le osservazioni del medico curante o gli Specialisti che l'hanno seguito per la problematica maxillo-facciale sono senz'altro di grande utilità. Altri dati interessanti emergono dalla relazione del Centro di _____ (02.12.02). Nel periodo 13.09.02 - 21.11.02 Egli é stato sottoposto a 3 test diagnostici che hanno portato ad eseguire una termocoagulazione per radiofrequenze pulsate (PRF) sulle articolazioni vertebrali posteriori tra C3 e C6 da entrambi i lati e nell'area radicolare C6 sin. Malgrado dei test diagnostici ritenuti positivi, il risultato non é stato per nulla soddisfacente. L'Assicurato é stato posto a beneficio di una medicazione specifica, di un'elettrostimolazione percutanea e, finalmente, é stata discussa l'opportunità di una valutazione psichiatrica. Questo risultato é la conseguenza diretta di un protocollo diagnostico - terapeutico inadeguato. In accordo con la letteratura, una valutazione psichiatrica deve precedere il testing rispettivamente la terapia nei pazienti che presentano problemi nell'elaborazione del dolore o nei quali la ricerca di benefici secondari non può essere ragionevolmente esclusa. In nessun caso un trattamento deve essere effettuato se esistono litigi medico assicurativi. In secondo luogo, un trattamento di radiofrequenza richiede due test conclusivi (il secondo test mira ad escludere i bias di selezione): nei problemi particolari cervicali, la termocoagulazione realizzata dopo un unico test risulta efficace nel 48% dei casi, mentre lo é nell'84% dei casi se il test e il cross testing sono positivi. Di conseguenza, non é possibile affermare se questo Assicurato possa beneficiare o meno di un trattamento specifico della sindrome attuale. Se un nuovo tentativo con un protocollo scientificamente adeguato non risulta sensato nel contesto attuale, pensiamo per contro che la valutazione psichiatrica suggerita a _____ sia indispensabile per definire il problema medico-assicurativo. Va da sé che tale esame richiede Specialisti con una esperienza particolare in questo campo. Poiché una valutazione nel Centro _____ di _____ non é evidentemente proponibile, suggeriamo di riferire l'Assicurato al Centro di Medicina Psicosomatica dell'Università di _____ oppure al Centro

Specializzato dell'_____. " (doc. XVI) Chiamato a pronunciarsi sull'apprezzamento enunciato dal Prof. dott. _____, l'Istituto assicuratore convenuto ha fatto valere che _____ avrebbe nuovamente necessitato di cure mediche in relazione a disturbi localizzati nella regione cervicale soltanto nel corso del mese di novembre 2001, a distanza di oltre 4 anni dalla data di chiusura del caso iniziale, di modo che non si potrebbe parlare di sintomi "ponte": " (...). Il Prof. _____, dopo aver rilevato che si tratta di un quesito difficile, sostiene che se l'assicurato, così come da lui dichiarato al dott. _____, ha continuato a lamentare dei disturbi dall'infortunio la causalità è data mentre, in assenza di sintomi di ponte, la relazione causale dovrebbe essere negata. Con sentenza 24.10.2002 in re A. consid. 4b U 458/00, il TFA è giunto alla conclusione che non si può parlare di sintomi di ponte atti ad ammettere l'esistenza del nesso causale naturale se l'assicurato, per quasi quattro anni, non ha beneficiato di cure né sospeso il lavoro, malgrado la presenza di disturbi. In concreto, risulta che l'assicurato, dopo la chiusura dell'infortunio nell'agosto 1997, si è recato dal dott. _____ il 14.8.2000 dichiarando di lamentare da tre mesi dolori all'emitorace antero-laterale sinistro. L'assicurato è stato indirizzato, limitatamente per il torace, dal dott. _____. Il 26.10.2000 il dott. _____ comunica all'_____ che il proprio paziente "continua a lamentare dolori cervicali, ultimamente cervico-toracali sinistri" lasciando all'Istituto decidere se accettare la terapia oppure annunciare il caso alla cassa malati. Con formale decisione 8.11.2000, poi cresciuta in giudicato, l'_____ ha rifiutato la ricaduta indicando che i disturbi al rachide non sono conseguenza dell'infortunio. A mente dell'_____ tale episodio non basta per ammettere l'esistenza di sintomi di ponte visto che, da una parte, erano trascorsi ormai tre anni dalla chiusura dell'infortunio e, d'altra parte, i disturbi aventi indotto l'assicurato a consultare il dott. _____ erano localizzati al torace. Quest'ultimo motivo ha indotto l'_____, dopo l'annuncio della seconda ricaduta, a rilasciare una nuova decisione formale (confermata in sede di opposizione e oggetto della presente procedura) malgrado il fatto che nella decisione 8.11.2000 veniva indicato che i disturbi al rachide cervicale non erano in relazione con l'infortunio. Fra l'altro, ad un'attenta lettura del rapporto 27.11.2001 del dott. _____, risulta che si tratta di disturbi episodici così come pure che gli stessi sono stati segnalati la prima volta il 5.8.1997 in occasione dell'esame del dott. _____ e cioè cinque mesi dopo l'infortunio. Detto fatto non sembra sia noto al Prof. _____ che non ha mai avuto la possibilità di visionare l'incarto. In sostanza, deve essere ammesso che l'assicurato si è recato nuovamente da un medico a causa dei disturbi cervicali solo il 26.11.2001 e cioè oltre quattro anni dalla chiusura dell'infortunio. Egli ha poi continuato a lavorare fino al mese di febbraio 2002, quando è stato sottoposto ad un intervento _____. " (XX) Il 20 agosto 2003, il TCA ha quindi chiesto al Prof. _____ precisazioni in merito all'esistenza, nel caso concreto, di una sintomatologia "ponte" e, d'altra parte, riguardo alla necessità di approfondire anche l'aspetto psichico (cfr. XXII). Questo il contenuto del suo referto datato 27 agosto 2003: " 1. La risposta alla Vostra domanda se il signor _____ abbia presentato dei "sintomi ponte", tali da riconoscere un nesso di causalità naturale, per lo meno probabile, con l'infortunio del 3.5.1997, è implicita nella nostra risposta del 16.6.2003 al secondo quesito. L'esistenza di una sintomatologia "ponte" si basa unicamente sulla descrizione che l'Assicurato ha fornito al Dr. _____, Specialista FMH in Neurochirurgia, _____, nel novembre del 2001 e a noi, in occasione della valutazione specialistica del maggio 2002. Queste informazioni, di per sé plausibili, richiedono evidentemente una verifica. Per questa ragione è indispensabile contattare il medico curante Dr med. _____, medicina generale FMH,

_____, come pure lo specialista in Chirurgia Maxillo-faciale che ha valutato inizialmente il trauma ed il Collega Dr. med. _____, otorinolaringoiatria FMH, _____, il quale l'ha visto in seguito per il problema del setto nasale. Questi Colleghi dovrebbero infatti aver registrato – se presente – il problema della cervicalgia/cervicobrachialgia nella loro cartella clinica, poiché si tratta di un elemento significativo del quadro clinico. A nostro modo di vedere, un rapporto di causalità nel senso di una sintomatologia "ponte", potrebbe essere ritenuto nel caso in cui i documenti di questi Colleghi sostenessero la versione dell'Assicurato. Se questo non fosse il caso, la decisione dipenderebbe unicamente dall'apprezzamento del Lodevole Tribunale d'Appello. 2. Una valutazione psichiatrica è altamente raccomandabile prima di realizzare indagini o istituire trattamenti per una sindrome dolorosa post-traumatica, specie in Assicurati di altre etnie, la cui elaborazione delle manifestazioni algiche può differire alquanto da quella della popolazione indigena. A questo proposito, esiste uno studio dettagliato, sostenuto dal Fondo nazionale per la ricerca scientifica. Obiettivo della valutazione psichiatrica è di stabilire se esista un substrato premorbido che favorisce un'elaborazione negativa del dolore, amplificandone le ripercussioni sulla vita professionale e privata, da una parte; dall'altra, se in assenza di dati oggettivi o di fronte ad una discrepanza evidente tra i disturbi soggettivi e gli elementi oggettivabili, l'Assicurato non abbia sviluppato una cosiddetta "nevrosi post-traumatica". Come indicato nel punto 2) della nostra relazione precedente (16.6.2003), la valutazione di questo aspetto richiede al Medico Psichiatra un'esperienza particolare con questa problematica. Specialisti con questo profilo sono quelli attivi nei Centri di valutazione/rieducazione dell'_____ (_____, _____), come pure nei principali Centri antidolore. Poiché gli Psichiatri dell'_____, rispettivamente del Centro antidolore di _____ non entrano in linea di conto a causa di un evidente conflitto di interessi, consigliamo di consultare i Centri indicati nella nostra relazione precedente. Oltre a precisare questo aspetto importante del quadro morboso, la valutazione psichiatrica è suscettibile di fornire al Lodevole Tribunale d'Appello ulteriori elementi per una valutazione della causalità, nel caso in cui le osservazioni degli altri Specialisti che hanno seguito il caso non permettano di concludere definitivamente a favore o contro una sintomatologia "ponte". (doc. _) Dando seguito a quanto suggerito dal dott. _____, il TCA ha proceduto a richiamare dai dott. _____, _____ e _____ le cartelle cliniche riguardanti l'assicurato (XXVI). La documentazione trasmessa dalla dott.ssa _____, spec. FMH in _____ - la quale ebbe _____ in sua cura durante il periodo 15 marzo 2000-30 novembre 2001 - non contiene alcun accenno ad eventuali disturbi localizzati nella regione della cervicale (cfr. XXVII). Lo stesso discorso vale per la cartella clinica del dott. _____, spec. FMH in chirurgia maxillo-facciale, che venne consultato dall'assicurato, per l'ultima volta, nel corso del mese di agosto 1997 (cfr. XXIX). Per quel che riguarda la cartella clinica del dott. _____ (cfr. XXVIII), medico curante del ricorrente, il TCA osserva quanto segue. Essa contiene i dati anamnestici relativi - per quanto qui di interesse - al periodo che va dal 5 maggio 1997 alla fine del 2001. Posteriormente alla chiusura del caso iniziale (agosto 1997), si evince che _____ si è lamentato di disturbi al rachide cervicale in maniera sporadica, in occasione delle consultazioni del 17 novembre 1997, del 7 gennaio 1998, del 4 febbraio 1998 e del 19 maggio 1998. Dopo quest'ultima data e sino alla visita del 2 agosto 2000 (cfr. XXVIII: "cervicalgia da qualche di"), non risulta che l'insorgente abbia ancora presentato dei disturbi cervicali. Successivamente, la cartella clinica fa stato di un nuovo periodo asintomatico, sino al mese di ottobre 2001(cfr. XXVIII: "riacut. dolori toraco e cervicali sx

fino alla fronte"). 2.9. Secondo la giurisprudenza, il giudice delle assicurazioni sociali è tenuto a vagliare oggettivamente tutti i mezzi di prova, a prescindere dalla loro provenienza, ed a decidere se la documentazione a disposizione permetta di rendere un giudizio corretto sull'oggetto della lite. Qualora i referti medici fossero contraddittori fra loro, non gli è consentito di liquidare il caso senza valutare l'insieme delle prove e senza indicare le ragioni per le quali si fonda su un parere piuttosto che su un altro (DTF 125 V 352). Determinante è, del resto, che il rapporto sia completo sui temi sollevati, che sia fondato su esami approfonditi, che tenga conto delle censure sollevate dalla persona esaminata, che sia stato redatto in piena conoscenza dell'anamnesi, che sia chiaro nella presentazione del contesto medico e che le conclusioni dell'esperto siano motivate (cfr. DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191ss.; DTF 122 V 160ss, consid. 1c e riferimenti). L'elemento rilevante per decidere circa il valore probante, non è né l'origine del mezzo di prova né la sua designazione quale rapporto oppure quale perizia, ma semplicemente il suo contenuto (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti). Tutto ben considerato, in casu, occorre ritenere che l'apprezzamento - puntualmente motivato e convincente - espresso dal dott. _____, _____ presso il Servizio cantonale di neurochirurgia nonché docente universitario, alla cui competenza anche questo TCA fa, di tanto in tanto, capo con soddisfazione, possa validamente costituire da fondamento al giudizio che ora lo occupa, senza che si riveli necessario procedere ad ulteriori provvedimenti istruttori (perizia medica giudiziaria). 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. STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., H 102/01; STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., H 103/01; STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa D. SA, H 299/99; STFA del 26 novembre 2001 nella causa R., U 257/01; STFA del 15 novembre 2001 nella causa P., U 82/01; STFA del 28 giugno 2001 nella causa G., I 11/01; RCC 1986 p. 202 consid. 2d; STFA del 27 ottobre 1992 nella causa B.P.; STFA del 13 febbraio 1992 in re O.; STFA del 13 maggio 1991 nella causa A.; STCA del 25 novembre 1991 nella causa M.; 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. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata). Ora, rispondendo ai quesiti sottopostigli da questa Corte, il Prof. _____ - analogamente al medico di circondario dell'_____ (cfr. doc. :: "A mio avviso gli attuali problemi non sono da mettere in relazione con l'incidente, infatti, mancano i tipici sintomi a ponte") - ha ritenuto decisivo per ammettere o meno l'esistenza di una relazione di causalità naturale fra i disturbi al rachide cervicale annunciati durante il mese di novembre 2001 e l'infortunio del 3 maggio 1997, il fatto che _____, in questo lasso di tempo, abbia o meno lamentato, in maniera persistente, cervicalgie/cervicobrachialgie (cfr. XVI, p. 2: "Il problema centrale è stabilire se nel periodo agosto 1997-febbraio 2002 l'Assicurato abbia presentato, eventualmente in forma attenuata, sintomi e/o segni compatibili con disturbi residui nel segmento cervicale. A questo proposito disponiamo unicamente della versione dell'Assicurato, la stessa fornita dal nostro Collega di specialità Dr. _____: a partire dall'infortunio (03.05.1997) Egli avrebbe sempre presentato dolori paravertebrali a sin. con

irradiazioni cefaliche, sopra scapolari e nell'arto superiore sin. Se questo è effettivamente il caso, i disturbi che hanno determinato l'interruzione del lavoro nel 2002 altro non sarebbero che un'esacerbazione di un problema in relazione diretta con l'evento traumatico. Nel caso contrario, questa relazione dovrebbe essere negata"). Contrariamente a quanto dichiarato da _____ in data 28 maggio 2001 (cfr. doc. _): "Nel corso dell'incidente del 1997 ho battuto fra l'altro la parte destra della faccia contro il volante dell'auto che guidavo. In seguito ho sempre avuto dolori sia alla cervicale che al mascellare sinistro, ..." - la sottolineatura è del redattore), la documentazione che il TCA ha richiamato dai medici curanti, non consente di concludere in favore di una relazione di continuità fra l'evento infortunistico e la ricaduta (cfr. consid. 2.8.). Pertanto - tenuto conto delle indicazioni fornite dal dott. _____ - occorre negare l'esistenza di un nesso di causalità naturale fra l'infortunio del 3 maggio 1997 ed i disturbi alla colonna cervicale annunciati all'Istituto assicuratore convenuto nel mese di novembre 2001. Questo Tribunale non ignora che il medico curante dell'assicurato, dott. _____, con certificato del 28 gennaio 2003, ha affermato che l'attuale situazione d'incapacità lavorativa va ricondotta alle conseguenze dell'infortunio del maggio 1997 (cfr. doc. _). Nondimeno, a questa certificazione non può essere attribuito un sufficiente valore probante, siccome il dott. _____ ha completamente omesso di motivare la sua opinione. Un discorso analogo deve pure valere per il certificato 24 febbraio 2003 della dott.ssa _____, _____ presso l'Istituto di anesthesiologia e clinica del dolore del Centro _____ per _____, nella misura in cui essa ha risposto con un semplice " Ja ", senza dunque fornire la benché minima motivazione, alla domanda a sapere se "le affezioni di cui il paziente soffre sono in relazione al noto infortunio" (cfr. allegato a XII). Del resto, anche in materia di ernie del disco, la nostra Corte federale esige che fra il caso iniziale e la ricaduta debbano esistere dei chiari sintomi che attestano una relazione di continuità (cfr. STFA del 29 dicembre 2000 nella causa S., U 170/00 e la dottrina medica e la giurisprudenza ivi citate; STFA del 7 febbraio 2000 nella causa N., U 149/99, parzialmente pubblicata in RAMI 2000 U 378, p. 190s.). Per terminare - con riferimento all'affermazione, contenuta nell'atto di opposizione del 26 marzo 2002, secondo cui i disturbi in questione avrebbero un'eziologia traumatica giacché apparsi soltanto dopo l'infortunio del mese di maggio 1997 (cfr. doc. _) - all'insorgente si deve rammentare che il semplice fatto di essere insorto dopo un infortunio, ancora non significa 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).

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