

TI_GERICHTE 35.2003.39 vom 21. März 2003

TI Tribunale d'appello, 2003-03-21, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2003.39

FR: TI_GERICHTE 35.2003.39 du 21 mars 2003

IT: TI_GERICHTE 35.2003.39 del 21 marzo 2003

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 10

gennaio 1997 ha avuto luogo una visita fiduciaria di controllo da parte del dott. _____, medico-chirurgo. Queste le conclusioni contenute nel relativo suo rapporto del 27 gennaio 1997, inerenti l'eziologia dei disturbi e la capacità lavorativa: " (...) CONCLUSIONE : esiti di esiti di incidente della circolazione in data 14 gennaio 1996 nel quale la paziente, che afferma di essere stata allacciata alla cintura di sicurezza, ha subito: - un trauma d'accelerazione della colonna cervicale di 0°; - contusione all'emitorace a destra, guarita senza reliquati; - lesioni dentarie al dente n. 24, nel frattempo sanate; - probabile soccussione lombosacrale. Permangono, attualmente, disturbi soggettivi scarsamente oggettivabili. Radiologicamente sono documentati fattori degenerativi e statici preesistenti. CAUSALITÀ : tenuto conto del tempo trascorso (un anno dall'incidente), tenuto conto dei precedenti come pure della obiettività clinica e radiologica si può affermare che, secondo la prassi vigente in medicina infortunistica, attualmente non vi sia più una causalità naturale preponderante con l'evento che ci occupa. Il nesso causale è attualmente da definire soltanto possibile. Si ritiene quindi che a partire dal 13 gennaio 1997 il caso sia chiuso dal profilo post-infortunistico. CAPACITÀ LAVORATIVA : (dialogata, vagliata, stabilita e comunicata al paziente) la paziente, che ha maturato inizialmente una inabilità lavorativa totale dal 14.1.1996 al 27.2.1996, ha ulteriormente sospeso l'attività in misura del 50% dal 14.10.1996. Per la problematica post-infortunistica, la signora _____ viene dichiarata abile al lavoro in misura completa a partire dal 13.1.1997 dopodiché il caso, per le motivazioni sopra indicate, è da considerarsi chiuso. " (doc. _) Dalle tavole processuali emerge che, nel prosieguo, l'assicurata ha consultato, in più occasioni, il dott. _____, spec. FMH in neurochirurgia, il quale ha segnatamente ritenuto indicato ricoverarla, durante il periodo 7-19 luglio 1997, presso la Clinica _____. Dal suo referto presente all'inserto sub doc. __, risultano delle indicazioni sul decorso dei disturbi lamentati dalla ricorrente dal mese di febbraio al mese di agosto 1997: " (...) Personalmente, vedo la paziente la prima volta il 03.02.1997. In quell'occasione, essa lamenta dolori prevalentemente al rachide lombare, con irradiazione alle gambe in modo particolare a destra con sensazioni di cedimento. Lamenta anche cervicalgie e cefalee, ma senz'altro non dominanti. Avverte una sensazione di stanchezza e difficoltà alla concentrazione. Poiché fino al momento attuale accertamenti neuroradiologici approfonditi non hanno avuto luogo, ho provveduto in tal senso. Il 20.2.1997 ha avuto luogo una RM del rachide cervicale che comunque non evidenzia processi degenerativi o lesioni di tipo traumatico. Il 12.03.1997 ho provveduto ad una RM lombare che, unicamente nello spazio intersomatico L5-S1,

evidenzia la presenza di un disco displasico con malformazione transizionale ed articolazioni accessorie lombosacrali nettamente artropatiche. Un esame neurologico presso il dr. _____ non evidenzia la presenza di problemi neurologici particolari. Aggiungo alla conclusione che l'infortunio subito abbia avuto un effetto scatenante, provocando disturbi al rachide lombare alla presenza di una malformazione transizionale. Nel frattempo, la paziente ha effettuato diversi tentativi di ripresa al lavoro, in parte parziale, in parte al 100%, con esito non sempre favorevole. In seguito alla persistenza di questi fastidi, ho concordato con la paziente una terapia degente presso la Clinica _____ che ha avuto luogo come sopraindicato. Durante questa degenza, ho provveduto ad una fisioterapia intensa, ma soprattutto ad una terapia dei dolori cronici. Il 19.07.1997 la paziente ha lasciato la clinica in buone condizioni con un'importante riduzione dei dolori e, soggettivamente, anche della sensazione di stanchezza. Inoltre, i disturbi alla concentrazione sono notevolmente diminuiti. Ho rivisto la paziente il 12.08.1997 nell'ambito di un controllo e la situazione clinica sembra essersi consolidata. La paziente riprenderà un'attività sportiva dosata. Dal 21.07.1997 lavora nuovamente a tempo pieno. " (doc. _) Da due ulteriori certificazioni del dott. _____, datate, rispettivamente, 6 luglio e 21 dicembre 1998, si evince che _____ ha continuato ad accusare, principalmente, una sintomatologia algica a livello lombare, peraltro di intensità fluttuante (cfr. rapporti acclusi al doc. _). Nel referto del 6 luglio 1998, il neurochirurgo ha di nuovo ribadito la tesi secondo cui l'infortunio assicurato ha probabilmente giocato un ruolo semplicemente scatenante, in assenza di segni radiologici attribuibili direttamente ad un trauma. In data 16 febbraio 1999, l'insorgente è stata visitata dal dott. _____, generalista, per conto della _____. Il dott. _____ ha diagnosticato una lieve sindrome lombo-sacrale sinistra su lieve blocco dell'articolazione sacro-iliaca sinistra, alterazioni statiche e dismorfiche del rachide lombo-sacrale ed insufficienza della muscolatura paravertebrale, una lieve sindrome cervicale e cervico-cefalica con tendomiosi, nonché una lieve sindrome depressiva. "Considerati i reperti oggettivi scarsi e la professione svolta dalla paziente, ...", il medico fiduciario ha dichiarato l'assicurata abile al lavoro in misura del 50% dal 1° agosto 1998 e del 75% a contare dal 22 febbraio 1999 (doc. _). Dalla perizia 10 gennaio 2002 della _____ Klinik di _____ - di cui si dirà meglio in seguito - risulta in particolare che, dal 3 al 27 marzo 1999, _____ è rimasta degente presso la Clinica psichiatrica "_____". Secondo il relativo rapporto di uscita, a quel momento essa soffriva di una sindrome post-traumatica da stress con alterazioni della condotta in personalità a tratti fobico-ossessiva, di una sindrome da dolore cronico su lesioni traumatiche della colonna lombo-sacrale e, infine, di una sindrome da deconditioning. Soggettivamente, l'assicurata accusava una sintomatologia neurovegetativa caratterizzata da sudorazioni, vertigini, palpitazioni, stanchezza generalizzata, cefalea, colite spastica, stipsi, con associati disturbi dell'alimentazione e conseguente calo ponderale, disturbi del sonno, nausea, ansia ed agitazione. La terapia è consistita in infusioni di un antidepressivo ed in una intensa psicoterapia di sostegno, ciò che ha consentito un miglioramento della sintomatologia ansioso-depressiva ed un alleviamento dei disturbi neuro-vegetativi (cfr. doc. _, p. 7). _____ è stata indagata dal profilo neuropsicologico il 18 ottobre 1999 presso la _____. Dal relativo referto risulta che gli specialisti hanno oggettivato delle difficoltà di carattere neuropsicologico di grado medio-lieve, sottolineando la circostanza che l'assicurata, in occasione del noto incidente della circolazione, ha riportato, non solo un trauma d'accelerazione cervicale e lombare, ma pure una lieve lesione cerebrale. Dal profilo terapeutico, essi hanno proposto la

continuazione della terapia farmacologica antidepressiva, una fisioterapia adeguata e, infine, un accompagnamento neuropsicologico/psicoterapico ambulatoriale: " (...)

BEURTEILUNG In der neuropsychologischen Untersuchung der kognitiven Basisfunktionen stellt sich im Bereich der Aufmerksamkeits - und Konzentrationsfunktionen eine leicht verlangsamte Reizverarbeitung dar. Bei visuell anstrengenden Aufgaben ist die Fehlerquote erhöht. Die Leistungen im Bereich der geteilten Aufmerksamkeit (Reizverarbeitungskapazität) sind langsam aber qualitativ unauffällig. Die Lern- und Gedächtnisfunktionen sind in der verbalen und in der figuralen Modalität auf solidem Niveau. Dysfunktionen der frontalen Systeme zeigen sich v.a. in einer eingeschränkten verbal-kognitiven Flexibilität, in der Handlungsplanung und in der Prämotorik. Diese Befunde sind vereinbar mit einer links-frontalen Dysfunktion. Im Rahmen der Untersuchung drängen sich keine psychopathologisch relevanten Befunde auf. Zusammenfassend lassen sich leicht- bis mittelgradige neuropsychologische Minderfunktionen objektivieren (Impairment). Die daraus resultierende Alltagsrelevanz (Disability) ist umso grösser, je komplexer und anspruchsvoller sich die jeweilige berufliche und private Umwelt darstellt. Im hier vorliegenden Fall müssen die konkreten Limitierungen der kognitiven Funktionen in Interaktion mit der intensiven Ermüdbarkeit als wesentlich eingeschätzt werden. Aufgrund der Unfallanamnese hat Frau _____ bei diesem zweiphasigen Unfall nicht nur ein zervikales und lumbales 'Schleudertrauma', sondern zusätzlich auch eine leichte traumatische Hirnverletzung erlitten." (doc. _) A contare dal mese di maggio 2000, _____ è entrata in cura presso la dott.ssa _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, per il trattamento di una sindrome post-traumatica da stress accompagnata da umore depresso (doc. _). Dal 6 settembre al 18 ottobre 2000, l'assicurata ha soggiornato presso la Clinica di riabilitazione di _____, dove è stata sottoposta a misure fisioterapiche attive e passive, a dei colloqui di psicoterapia, nonché a degli accertamenti diagnostici a livello gastroenterologico e otoneurologico. Questo, in particolare, il contenuto del relativo rapporto di uscita del 23 ottobre 2000: " (...) Beurteilung und Verlauf : Frau _____ erlitt am 14.41.1996 einen zweiphasigen Autounfall mit einer HWS-Distorsion und thorakalen Kontusionen. Unfallanamnestisch besteht eine kurze Gedächtnislücke, aufgrund derer differentialdiagnostisch an eine zusätzlich erlittene leichte traumatische Hirnverletzung (Commotio cerebri) versus amnestische Lücke im Rahmen einer traumatischen Stressreaktion, dies im Hinblick auf die aktuell zutage getretenen Symptome einer anhaltenden posttraumatischen Belastungsstörung, gedacht werden muss. In der Folge persistiert ein komplexes Beschwerdebild mit Kopf- und Augenschmerzen, Thorax- und Hüftschmerzen rechts mit Ausstrahlungen ins rechte Bein, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Alpträumen, Photophobie und rezidivierenden Magenschmerzen. Die bisherigen Therapien haben bis auf eine wiederholte intravenöse Anafranilgabe keinen Erfolg gezeigt. Die beschriebenen Beschwerden führten zu psychosozialen Problemen. Frau _____ musste ihre Praxistätigkeit als Naturheilerin zuerst reduzieren und schliesslich gänzlich sistieren. Ihr Partner löste nach dem Unfall die Beziehung auf. Klinisch bestanden eine linkskonvexe Skoliose der BWS mit Schulterhochstand rechts, schmerzhaften occipitalen Sehnenansätzen bds. rechtsbetont und zahlreichen Myogelosen in der rechten Nackenmuskulatur mit Triggerpunktwirkung (Nausea und Schwindel auslösbar). Da Frau _____ während der Hospitalisation über starke brennende Magenschmerzen klagte, liessen wir eine Ösophago-Gastro-Duodenoskopie durchführen, die unauffällige Verhältnisse zeigte. Bei Verdacht auf ein Colon irritabile wurde ein

Therapieversuch mit Pinaverlumbromid (Dicetel) empfohlen. Falls die Beschwerden persistieren sollten, müssten eine Colonoskopie und ev. eine Computertomographie des Oberbauches durchgeführt werden. Frau _____ berichtete über gelegentliches Bemerkten von Flüssigkeitsverlust aus dem Ohr rechts und der Nase. Um eine posttraumatische Rhinoliquorrhoe auszuschliessen, liessen wir die Patientin HNO ärztlich untersuchen. Weder in der klinischen noch in der laborchernischen Untersuchung ergaben sich Hinweise für einen Status nach laterobasaler Fraktur rechts oder für eine Rhinoliquorrhoe. Physiotherapeutisch lagen die Therapieschwerpunkte in der ISG-Deblockierung, der Hüftzentrierung, der BWS-Mobilisation und der Schultergürtelentspannung sowie Detonisierung mit kraniosakraler Therapie. Der Verlauf war wechselhaft, eine eindeutige Verbesserung der zum Teil schwierig myofaszial korrelierbaren Symptomangaben konnte nicht erreicht werden. Ergotherapeutisch lagen die Schwerpunkte in der Ergonomie, der Arbeitsplatzgestaltung und dem Alltagsmanagement. Es wurden Übungen am PC durchgeführt, die Patientin arbeitete sehr interessiert mit, zeigte aber eine schwankende Tagesform. Weiter wurden Tages- und Wochenpläne und Strukturierungsvorschläge erarbeitet. Die Patientin konnte während 45 Minuten in der Ergotherapie ohne Pause und Leistungsabfall mitarbeiten, gelegentlich bestanden . jedoch danach Kopfschmerzen. In Konzentration und Aufmerksamkeit zeigten sich reduzierte Leistungen. In den psychologischen Gesprächen zeigte sich eine verzögerte Reaktion auf das Unfallereignis mit den Unfall betreffenden Alpträumen, vegetativer Überreiztheit, übermässiger Schreckhaftigkeit, Schlaflosigkeit und einer depressiv-ängstlichen Symptomatik. Es besteht der dringende Verdacht auf eine lange inapparent verlaufene posttraumatische Belastungsstörung mit erheblichen psychopathologischen Folgesymptomen. Eine einschleichende Behandlung mit Deroxat wurde begonnen, die die Patientin initial schlecht, beim zweiten Versuch jedoch gut tolerierte, Im weiteren fokussierte sich die Behandlung vorwiegend auf die Therapie der Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung, was sich auf den weiteren Hospitalisationsverlauf günstig auswirkte. Frau _____ wurde entspannter, ruhiger und zeigte mehr Struktur in den Gesprächen. Die psychotherapeutische Weiterbehandlung ist dringend und wichtig. Procedere : - Entlassung nach Hause. - Ambulante Physiotherapie. - Die Fortsetzung der bereits begonnenen psychotherapeutischen Gespräche bei Frau Dr. _____ ist dringend indiziert. - AUF 100% bis auf weiteres, nach Besserung der psychischen Symptome stufenweise Wiedereinstieg in den vorherigen Beruf der Naturärztin. Eine Anmeldung an die IV mit Fragestellung nach Prüfung einer Übergangsrente und Wiedereinstiegshilfen ist erfolgt." (doc. _) In data 18 giugno 2001, l'insorgente è stata periziata, per conto della _____, presso la _____ Klinik di _____, dai Professori _____, spec. FMH in neurologia, e _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia. I sanitari hanno posto la diagnosi seguente: " Somit kommen wir zur Diagnose einer neurotischen Persönlichkeit (ICD10 F60.8), allenfalls mit Zügen einer ängstlich vermeidenden und abhängigen Persönlichkeit sowie eine Störung aus dem Kreis der somatoformen (d.h. psychosomatischen) Störungen (ICD10 F45.8) mit Anteilen einer somatoformen Schmerzstörung (ICD10 F45.4) sowie einer somatoformen autonomen Störung (ICD10 F45.3). Eine Depression lässt sich ausgehend von den Akten nicht eindeutig belegen. Die depressive Stimmungslage, wie diese teilweise in den Akten beschrieben wurde, kann durchaus als ein Aspekt der neurotischen Störung intermittierend auftreten. " (doc. _, p. 29) In sintesi, i periti sono pervenuti alla conclusione che l'assicurata presenta una struttura della personalità neurotica, ciò che spiega la

sintomatologia somatica e psicologica durante gli anni, in particolare anche quella esistente dopo l'infortunio del gennaio 1996. Per quanto concerne le sequele organiche di quest'ultimo evento traumatico, secondo i dottori _____ e _____, _____ ha tutt'al più riportato un trauma distorsivo al rachide cervicale estremamente lieve, rispettivamente, dal profilo delle conseguenze a lungo termine, poco rilevante (i periti - condividendo il parere del dott. _____ - parlano di una distorsione di grado 0 o, tutt'al più, di grado 1 secondo la classificazione elaborata dalla Quebec Task Force), un trauma i cui postumi generalmente si risolvono nel giro di pochi giorni o, al massimo, di settimane. Trattandosi dei disturbi presenti a livello lombare, a mente degli specialisti interpellati dall'assicuratore LAINF convenuto, è possibile che l'incidente della circolazione in questione abbia provocato un aggravamento transitorio di uno stato patologico preesistente, con lo status quo ante raggiunto a distanza di 1-2 anni dall'infortunio. Infine, a mente dei medici zurighesi, la diagnosi di commotio cerebri - diagnosi che appare in alcune precedenti certificazioni, segnatamente in quelle del dott. _____ (cfr. doc. _) e della _____ (cfr. doc. _) - può essere difficilmente sostenuta: "(...) Die in diesem Fall vorliegenden Fakten betreffend den Unfall vom Januar 1996 wollen wir folgendermassen hervorheben; Es findet sich in den Akten keine Unfallanalyse. Zwar wurde in den Akten von einem zweiphasigen Verlauf der craniozervikalen Beschleunigung gesprochen, aber erst gemäss einer viel später erfolgten Exploration. Die mutmassliche Belastung der HWS-Strukturen und demzufolge das Verletzungsrisiko kann ausgehend von den dokumentierten Fakten entsprechend nur schwer bestimmt werden. Es bleibt nichts anderes übrig, als sich dabei auf die empirisch erhärteten Faktoren abzustützen (siehe Literaturangabe 1 und 2), wonach (siehe auch unten) viele aktenkundigen Angaben dafür sprechen, dass die Patientin höchstens ein sehr leichtes bzw. hinsichtlich Langzeitfolgen wenig relevantes HWS-Distorsionstrauma erlitten hat. Das Fehlen einer Unfallanalyse ist um so mehr gewichtig, als initial und zwar während eines mehrmonatigen Zeitraums nur sehr spärliche bzw. wenig detailliert Angaben über somatische, kognitive oder psychologische Symptome deponiert wurden, wie sie im Zusammenhang mit einer HWS-Distorsion gelegentlich beobachtet werden. Es ist auch bemerkenswert, dass die unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit Ende Februar 1996 beendet wurde. Das interpretieren wir als Ausdruck einer raschen Regredienz der Symptome bzw. einer Benignität des Traumas und entsprechend stufen wir die mutmassliche Verletzung als ein wenig relevantes Distorsionstrauma ein. Eine Unfallanalyse hätte auch gewissen Aufschluss über die mutmasslichen Belastungen der LWS geben können, was von Bedeutung gewesen wäre, weil die Symptome seitens der LWS während des ganzen posttraumatischen Verlaufs doch im Vorderrund standen. Auch wäre die Unfallanalyse diesbezüglich wichtig, weil bereits vorbestehende LWS-Beschwerden vorhanden waren (siehe beispielsweise Eintragung von Prof. _____ von 1992 bzw. den radiologischen Befund, wonach eine lumbosakrale Übergangsanomalie besteht, welche auch in den Akten nach dem Unfall von Januar 1996 als unfallfremder Faktor gewichtet wird) und sich die Frage stellt, welche Anteile des Leidens, betreffend lumbale Beschwerden, traumatischer Genese sind. Aus dem Kontext der Akten lassen sich keine sicheren Hinweise auf eine Bewusstseinsstörung finden. Eine solche Störung wurde initial, weder von der Patientin selber im eigens verfassten Protokoll, noch gegenüber der Polizei noch ärztlicherseits dokumentiert. Auch wenn sich Ausführungen zu einer veränderten Bewusstseinslage später in den Akten finden, spricht gegen eine relevante Bewusstseinsbeeinträchtigung die sehr genaue Erinnerung an den Unfallablauf, wie diese vielfach, insbesondere in einem Bericht (_____ Klinik _____

Oktober 1999) erwähnt wurde. Somit ist die Diagnose einer *Commotio cerebri lege artis* kaum zu unterstützen. Diese Ausgangslage macht es besonders schwer, die kognitiven Klagen der Patientin vor dem Hintergrund einer sogenannten hirnorganischen Störung zu erklären (siehe auch weiter unten). Initial posttraumatisch wurde kein besonders emotionales Erleben des Traumas beschrieben, insbesondere keine Angstaffekte während einer längeren Zeit in der posttraumatischen Phase erwähnt. Daraus ist eine fehlende Angstreaktion auf das Unfallereignis abzuleiten und unter diesem Aspekt muss auch das allfällige Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung (insbesondere mit einem verzögerten Beginn) diskutiert werden (siehe weiter unten). Bemerkenswert ist, dass lange im posttraumatischen Verlauf über thorakale und lumbale Beschwerden ausgeführt wurde und die Symptome einer HWS-Distorsion (abgesehen von einer Erwähnung von Dr. _____) keinen Niederschlag in den Akten gefunden haben. Da eine volle Arbeitsfähigkeit auf Ende Februar 1996 verfügt wurde (wie oben erwähnt sechs Wochen nach dem Unfall) neigt man sich, unter Berücksichtigung von anderen, oben genannten Faktoren, der Meinung von Dr. _____ anzuschliessen, wonach in Bezug auf die HWS eine Distorsion Grad 0, allenfalls Grad 1 gemäss Quebec Task Force vorhanden war. Das steht ganz im Einklang mit oben erwähnter, anzunehmender Benignität des Traumas. Solche Traumen, führen innerhalb von wenigen Tagen, höchstens Wochen zu vollständiger Symptomfreiheit. Weiter ist bemerkenswert, dass die Ärzte, die die Patientin über einen längeren Zeitraum kannten bzw. betreuten lange Zeit keine relevanten Symptome der HWS aufführten, wobei Monaten nach dem Trauma diese quasi als ein Faktum (explizit in einem Brief an die Versicherung: "Come voi sapete") aufgeführt werden und zugleich von einer *Commotio cerebri* gesprochen wird. Da eine *Commotio cerebri* auch ein bestimmtes Mass an kognitiver Beeinträchtigung nach sich ziehen kann, müssen wir noch folgendes hervorheben: Mindestens ein Teil der von der Patientin vorgebrachten kognitiven Störungen entspricht nicht dem, was man üblicherweise von Patienten zu hören bekommt, die eine *Commotio cerebri* erlitten haben. Es handelt sich bei diesen Patienten in der Regel um eine Aufmerksamkeitsstörung, die verschieden ausgeprägt sein kann und zum subjektiven Gefühl der Vergesslichkeit in Folge der gestörten Abspeicherung und des Abrufens der Informationen resultiert. Ein "Vergessen bis zur Inexistenz" gewisser Inhalte (wie von der Patientin erwähnt) ist ausser bei einer statt gefundenen Hirnschädigung (diese kann man bei schweren Hirnläsionen erwarten, welche auch mit neuroradiologischen Methoden erhärtet werden können und bei der Patientin nicht in Frage kommt) nicht zu erwarten. Die Angabe der Patientin über das Vergessen bis zur Inexistenz werten wir als ein wichtiges Indiz für psychogene Mitbedingtheit auch der angegebenen kognitiven Beeinträchtigungen. Im Zusammenhang mit der HWS-Symptomatik soll noch weiter erwähnt werden, dass die wegen der subjektiven HWS-Beschwerden durchgeführten Untersuchungen und Hospitalisationen (beispielsweise in _____) keine objektivierbaren Befunde erhärten konnten. Im Gegensatz, es sind immer wieder vegetative Symptome als vordergründig aufgeführt worden, wie diese ganz unspezifisch bzw. ohne eine bestimmte organische Pathologie zugrunde zu haben, bei diversen affektiven oder neurotischen Störungen auftreten können. Ein Teil der dokumentierten Störungen (z. B. Koordinationsstörung beim Auto fahren) ist beispielsweise durch keine organische Grundlage erklärbar. Wir erachten auch die von der Patientin beschriebenen Sehstörungen als Ausdruck einer psychogenen Problematik (mit grösster Wahrscheinlichkeit affektiv ausgelöst - bezüglich möglicher Zusammenhänge siehe auch unten) und wollen in diesem Zusammenhang noch folgendes betonen; Insbesondere die beschriebene Distanzstörung, zu

mal in der Art, wie die Patientin sie dargelegt hat, ist sehr suspekt auf eine psychogene Störung im visuellen Bereich. In einer vertrauten Umgebung etabliert sich auch bei schwer sehbehinderten Personen ein „motorisches Gedächtnis“, welches verhindert, dass diese Personen mit Gegenständen zusammenstossen oder Fehlhandlungen bei Tätigkeiten zeigen, welche wiederholt ausgeführt werden. Wir finden es zudem besonders bemerkenswert, dass kaum anlässlich eines Klinikaufenthaltes der Versuch unternommen wurde, die vorherige Anamnese zu explorieren und zu würdigen. Das könnte durchaus damit zu tun haben, dass den Ärzten die entsprechenden Unterlagen nicht zur Verfügung gestanden haben. Es darf auch davon ausgegangen werden, dass sich die Ärzte dabei immer auf Angaben der Patientin verlassen haben, welche (siehe Vorbemerkung im einleitenden Teil des Gutachtens) ihre Symptome ausschliesslich als Folge des Traumas gesehen hat. Dabei kann die Patientin durchaus bestimmte Aussagen der Ärzte interpretiert haben und gewisse Symptome als „Faktum“ des Traumas hingestellt haben. Uns scheint weiter die Würdigung der Vorakten, so der gewichtigen Probleme nach der Radiuskopffraktur 1989 besonders wichtig. Es handelt sich dabei um eine Verletzung, welche durchaus gewisse Symptome hinterlassen kann. Allerdings scheinen diese bei der Patientin zu sehr hindernd gewesen zu sein und offensichtlich gemäss Beurteilung der Chirurgen, von welchen einige unumstritten über höchste fachliche Qualifikationen verfügen, nicht adäquat zur Befundlage gestanden zu haben. Auch wurden explizit (Prof. _____, Prof. _____) im Zusammenhang mit Ellbogenverletzung psychogene Faktoren erwähnt. Viele Aspekte aus diesen früheren Akten deuten somit auf eine Schmerzverarbeitungsstörung hin, also psychogen mitgedingte Beschwerdengestaltung. Die Aspekte, die dabei beteiligt gewesen sein könnten, wurden damals (Prof. _____) teilweise thematisiert. Eine eingehende fachkundige Exploration fand seinerzeit, aber auch nach dem Unfall vom Januar 1996 nicht statt. So ist insbesondere aus den Eintragungen der Klinik _____ (wo eine intensive Psychotherapie statt gefunden haben soll) kein Hinweis auf diese Aspekte zu finden. Die scheinbare Vernachlässigung solcher Faktoren erstaunt um so mehr, als beispielsweise bei der Hospitalisation in Casa _____ Symptome eines Colon irribabile (bzw. spastischer Kolon) und in der _____ -Klinik _____ vor dem Hintergrund der durchgeführten gastroenterologischen Untersuchung, der Verdacht eines Colon irritabile geäussert wurde. Trotzdem sind keine Ausführungen zu möglichen psychosozialen Faktoren zu finden. Dabei ist Colon irritabile bzw. der spastische Kolon ein Symptomenkomplex, welcher paradigmatisch zu sogenannten psychosomatischen Leiden gehört. Nimmt man die deutlichen anamnestischen Hinweise, die für eine psychogen bedingte Schmerzverarbeitungsstörung sprechen und den Verdacht auf das Colon irritabile, so wie die Aspekte, wie sie in der aktuellen Untersuchung nachweisbar sind (vor allem die Affektlage anlässlich der Symptomschilderung) kommt man nicht darum herum, um eine massive Neigung zu psychogen ausgelöster bzw. mitgestalteter Symptomatik zu postulieren. Zu dieser passt auch die als sehr wage beschriebene Beschwerdeschilderung (insbesondere anlässlich der früheren Hospitalisationen) sowie die sehr ausgeprägten vegetativen Symptome (Schwindel, Augenmüdigkeit, chronische Müdigkeit, Konzentrationsstörungen etc.). Zweifelsohne haben diese Symptome einen Krankheitswert. Sie sind aber nicht als Ausdruck des Traumas vom 14.01.1996 zu werten, sondern vor dem Hintergrund der vorbestehenden Faktoren erklärbar. Wenn wir von vorbestehenden Faktoren sprechen, so schliesst das die vorbestehenden lumbalen Beschwerden ein, welche auch vor dem Hintergrund einer Übergangsanomalie im lumbosacralen Bereich zu sehen sind. Als Ausdruck dieser Atiómalie sind wahrscheinlich auch die Beschwerden im

lumbalen Bereich zu sehen, welche auf das Jahr 1992 zurückgehen (nochmals der Hinweis auf den Bericht von Prof. _____), welche seinerzeit bereits als sehr relevant hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit von der Patientin eingestuft wurden. Alle genannten Faktoren sprechen nach unserer Interpretation dafür dass bei der Patientin eine neurotische Konstellation (am ehesten im Sinne einer neurotischen Persönlichkeitsstruktur) vorliegt, welche die somatischen und psychologischen Symptome über Jahre so insbesondere im Wesentlichen auch nach dem Trauma vom Januar 1996 erklärt. Für die neurotische Konstellation spricht insbesondere die Beziehungsanamnese, welche in unserer Interpretation auf eine sehr hohe Ambivalenz hinweist. Da bislang kein Versuch einer längerfristigen psychotherapeutischen Behandlung unternommen wurde (wir gehen hier davon aus, dass im Anschluss an den Aufenthalt in Casa _____ keine psychotherapeutische Betreuung stattgefunden hat, zumal ist das nicht aus den Akten ersichtlich), muss bereits von einer Fixierung der Beschwerden ausgegangen werden und eine Behandelbarkeit deutlich in Frage gestellt werden. Insbesondere wäre eine erste Voraussetzung für eine Behandlung der subjektive Leidensdruck und der Wunsch der Patientin, daran etwas zu ändern. Der Leidensdruck der Patientin dürfte voll an die somatischen Symptome gebunden sein. Ein mögliches erstes Ziel einer (von der Patientin gewünschten!) Behandlung könnte zumindest die Besserung der Lebensqualität sein. Unter allen bisherigen Vorzeichen gehen wir allerdings davon aus, dass die Prognose ungünstig ist. Wir wollen noch einmal darauf eingehen, dass sich gemäss Aktenlage und der aktuellen Untersuchung keine Anhaltsunkte für eine posttraumatische Belastungsstörung finden lässt. Wiederholen wollen wir, dass die initiale emotionale Reaktion nicht auf einen Angstaffekt hindeutet und demzufolge auch nicht darauf, dass die Patientin das Trauma als potentiell gefährlich, allenfalls lebensbedrohlich erlebt hat. So fehlen seinerzeit auch (zumal gemäss Akten) Zeichen eines Meideverhaltens eines "Stress" bei der Exposition gegenüber Situationen, die an das Unfallgeschehen erinnern. Ohne eine solche initiale Reaktion ist auch ein verzögerter Beginn einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht zu rechtfertigen. Es ist ebenfalls darauf hinzuweisen, dass auch anlässlich des Aufenthaltes in der _____ -Klinik _____ die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht erhärtet wurde, sondern lediglich der Verdacht darauf geäußert wurde. Es ist ferner ebenfalls darauf hinzuweisen, dass im Zusammenhang mit einer rund ein Jahr vor der genannten Hospitalisation in _____ stattgefundenen ambulanten Untersuchung, die Patientin in der selben Klinik anamnestisch keine Angaben, die für eine posttraumatische Belastungsstörung hinweisend sind, deponiert hat. Die aktuell angegebenen, früher vorhandenen Angststörungen der Patientin, welche nun als völlig abgeklungen gelten, müssen somit in einem anderen Zusammenhang gesehen werden. Als plausibelste Erklärung kommt deren neurotische Grundlage in Frage. Bei der somatisch-neurologischen Untersuchung lässt sich eine diskrete Hyposensibilität im Trigemini-Ast I mit einer fraglichen Abschwächung des Kornealreflexes rechts feststellen, welcher als einziger Befund nicht eindeutig zu interpretieren ist. Sicherlich ist dieser Befund kontrollbedürftig, denn dieser wurde in früheren Untersuchungen nicht beschrieben. Ansonsten lassen sich keine pathologischen Befunde erheben. Die Untersuchung der Wirbelsäule ergibt eine Druckdolenz über dem rechten Iliosacralgelenk. Diese wäre mit einem funktionellen, möglicherweise auch im Rahmen der Uebergangsstörung am lumbosacralen Uebergang entstandenen ISG Syndrom, zu vereinbaren. Die Einschränkung der HWS-Rotation ist radiologisch nicht ohne weiteres zu erklären und wäre eher im Rahmen einer funktionellen Störung zu interpretieren. Radiologisch lassen sich im Bereiche

der HWS, einschliesslich der letzten Aufnahmen im Jahre 2000 keine Auffälligkeiten finden, wohingegen die wiederholten Untersuchungen der LWS auf eine Uebergangsstörung am lumbosacralen Uebergang deuten, als mögliche Ursache der rezidivierenden und zum Teil chronifizierenden Rückenschmerzen, die nicht einzig und alleine auf das traumatische Ereignis zurückgeführt werden können. Die wiederholt durchgeführten neuroradiologischen Untersuchungen der HWS und LWS ergeben hingegen keine nennenswerten pathologischen Befunde, welche die Beschwerden der Patientin hinreichend erklären würden. (...)" (doc. __, pag. 23-29) In data 8 marzo 2002, i Prof. _____ e _____ hanno replicato - ritenendole infondate - alle critiche rivolte loro dal patrocinatore di _____ (cfr. doc. __): " Vielen Dank für Ihr Schreiben vom 14. Februar 2002, welchem Sie den Brief des Rechtsvertreters von Frau _____, Herrn _____ vom B. Februar 2002 und die Kopie eines Artikels aus dem "Corriere del Ticino" vom 7. Februar 2002, beigelegt haben. Sie bitten uns, die Punkte 2. und 6. des Briefes von Rechtsanwalt _____ kurz zu beantworten. Lassen Sie uns folgendermassen zusammenfassen: Eine oberflächliche Untersuchung von Frau _____, wie von Herrn _____ beanstandet, würde nicht erlauben, eine detaillierte Zusammenfassung der Beschwerden (immerhin dreieinhalb Seiten, d.h. Seiten 14-17 unseres Gutachtens vom 10. Januar 2002) zu dokumentieren. Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund ist die Beanstandung, wonach eine oberflächliche Untersuchung bei Frau _____ durchgeführt wurde, völlig deplaziert. Die unnötige Belehrung über die Verfassung eines Gutachtens mittels einer Kopie aus dem "Corriere del Ticino" müssen wir als unsachlich zurückweisen. Dennoch wollen wir diesen Artikel verwenden, um auf den Widerspruch in der Betrachtung von Herrn _____ hinzuweisen. Herr _____ beanstandet einerseits eine angeblich oberflächliche Analyse unsererseits bzw., dass unsere Schlussfolgerungen ausschliesslich auf Vorakten basieren (siehe oben und unten) und andererseits hebt er aus der beigelegten Kopie des Zeitungsartikels hervor, wie wichtig eine Analyse der vorhandenen Akten ist. Auf Seiten 20 und 21 unseres Gutachtens vom 10. Januar 2002 wurden die Ergebnisse der klinischen bzw. neurologischen, d.h. der körperlichen Untersuchung der Patientin dokumentiert. Entsprechend ist der Einwand von Frau _____, wonach sie nicht einmal körperlich untersucht wurde falsch. Dieser Einwand widerspiegelt eine gänzlich verzerrte Wahrnehmung der durchgeführten Untersuchungen und insbesondere unserer Bemühungen, ihre subjektiv geäusserten Beschwerden objektiv zu erfassen. Es ist auch bemerkenswert, dass Herr _____ in diesem Punkt die dokumentierten Befunde nicht zur Kenntnis nimmt, sondern sich ausschliesslich auf die Angaben der Patientin beruft. Am 28. Februar 1996 wurde Frau _____ vom seinerzeitigen Hausarzt eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert (Unfall am 14. Januar 1996). Gemäss Aktenlage gehen wir davon aus, dass für diese Entscheidung das damalige Fehlen von limitierenden Beschwerden entscheidend war. Die weitere Durchsicht der Akten (erwähnt auf Seite 3 unseres Gutachtens mit Zitat aus dem Bericht von Dr. _____ vom 31. 10. 1996) lässt keine aktenkundigen Angaben über die Symptome der HWS-Distorsion entnehmen. Das trifft auch für die weiteren Aktenstücke zu, in welchen ausschliesslich über lumbale Beschwerden ausgeführt wird. Bis zum Eintrag von Dr. _____ vom Juli 1997 findet sich in den Akten keine Erwähnung von Symptome seitens der HWS. Von Dr. _____ wurde sogar explizit erwähnt, dass er die Patientin erstmals im Februar 1997 gesehen hat, wobei sie damals über keine schweren Schmerzen in der zervikalen Region oder schwere Kopfschmerzen klagte. Ferner dokumentierte Dr. _____ am 12. August 1997 eine Stabilisierung und erwähnte, dass Frau _____ sogar

gewisse sportliche Aktivitäten übernahm und ab 27.07.1997 voll arbeitete. Diese Aktenlage lässt wohl den Schluss zu, dass die Beschwerden seitens der HWS intermittierend aufgetreten waren. Somit ist auch die Behauptung von Herrn _____, wonach es sich um absolut unwahre Angaben handelt, in keiner Weise haltbar" (doc. _) L'avv. _____ ha reiterato le proprie obiezioni il 14 marzo 2002. In particolare, con riferimento alla questione a sapere quando l'assicurata ha iniziato a lamentare dei disturbi al rachide cervicale, egli ha segnatamente prodotto copia della cartella clinica del dott. _____, chiropratico a cui _____ si era rivolta nel corso del mese di febbraio 1996: "(...) È vero che inizialmente la signora _____ ha avuto difficoltà a farsi credere dai medici che l'avevano in cura. Nondimeno, ella ha continuamente richiesto l'intervento dapprima del dr. _____, suo medico di famiglia, al quale faceva sempre presente l'esistenza di questi dolori. Se il dr. _____, ciò nonostante, non ha fatto alcun esame, come non l'ha fatto, la responsabilità non può essere della mia cliente. La quale, però può documentare, con le fatture ricevute dallo stesso dr. _____ e di altri medici, di essersi continuamente rivolta a loro lamentando i dolori ricordati. L'esistenza comunque di dolori alla zona cervicale sono documentabili sin dai momenti immediatamente successivi il noto incidente della circolazione. Già infatti 15 giorni dopo il sinistro, ella fu visitata dal dr. _____, specialista in chiropratica, al quale si era rivolta proprio per rimediare a tale sintomatologia dolorosa. Sta di fatto che nella cartella clinica del dr. _____, di cui allego copia, si può vedere che lo stesso menzionava la presenza di questi disturbi (quando scrive che vi è una "estensione cervicale"). Le cure del dr. _____ furono però recepite dalla signora _____ così dolorosamente che dopo poche sedute ella più non poté continuare e le sospese. Stava troppo male." (doc. _) Queste le considerazioni espresse al riguardo dagli esperti della _____ Klinik: " Vielen Dank für Ihr Schreiben vom 2. April, welchem Sie den Brief vom Herrn _____ vom 14. März beigelegt haben, der seinerseits Kopien der Krankengeschichte des Chiropraktors, Dr. _____ sowie Rechnungskopien der _____ und Dr. _____ beigelegt hat. Sie bitten uns, anhand dieser Unterlagen allfällige Ergänzungen zu unserem Gutachten vom 10. Januar 2002 zu machen. Wir wollen vorausschicken, dass uns die Rechnungskopien der _____ und Dr. _____ nicht weiter bringen, weil sie wenige verwertbare Details enthalten. Wir stellen fest, dass wir die Einwände von Herrn _____ in seinem ersten Brief an die _____ g vom B. Februar 2002 in unserer Antwort vom B. März 2002 entkräften konnten. Nun werden von Herrn _____ andere Elemente geliefert und wir müssen betonen, dass es grundsätzlich sehr schwierig ist auf die wechselnden Beanstandungen einzugehen. Insbesondere fragen wir uns, weshalb die uns nun gelieferten Unterlagen von Herrn Dr. _____ nicht im Aktendossier, auf welches wir uns in unserem Gutachten abgestützt haben, vorhanden waren. Somit taucht für uns die Frage auf, ob Dr. _____ seine Behandlungen nicht im Zusammenhang mit dem Unfall vom Januar 1996 durchführte, sondern wegen Beschwerden, die aus seiner Sicht vorbestehend waren. Auf diese Gedanken kommen wir aus folgenden Gründen: Herr _____ selber erwähnt in seinem Brief vom

E. 14

März 2002, dass die Patientin von vielen Ärzten, bezüglich ihrer Beschwerden nach dem Unfall vom Januar 1996, nicht ernst genommen wurde und auch ihr Hausarzt, Dr. _____ keine eingehenden Untersuchungen vorgenommen habe. Mangelnde Erinnerung in diesem Punkt vorbehalten, haben wir in den Akten keine Angaben gefunden, dass Dr. _____ die Patientin an Dr. _____ überwiesen hat. Ferner ist es sehr

schwierig die handschriftlichen Notizen von Dr. _____ zu interpretieren. Es ist auch nicht ersichtlich an welchem Datum Dr. _____ den langen Eintrag (auf der ersten gelieferten Seite seiner Notizen) gemacht hat. Wir gehen davon aus, dass es sich um die erste Visite nach dem Unfall vom Januar 1996 handelt. Bei der Analyse aller Notizen von Dr. _____ fallen uns u.a. folgende Eintragungen auf, die diverse Fragen aufwerfen: Links oben: ".. tra le spalle..", sowie darunter: "2 anni gradualmente". Dieser Eintrag dürfte darauf hin deuten, dass seit rund zwei Jahren Beschwerden zwischen den Schulterblättern vorhanden sind. Weiter unter: "Cefalea di tensione @ stress da 1A 1/2 anno". Das interpretieren wir als einen Hinweis auf einen Spannungskopfschmerz, der sich seit rund anderthalb Jahren unter Stress manifestiert (gemäss diesen Ausführungen bereits vor dem Unfall im Januar 1996). Ebenfalls in dieser Sparte des Eintrags von Dr. _____ findet sich folgender Eintrag: "stress, facilmente depressa, spesso agitata". Sollte dieser Eintrag einen Bezug auf die Anamnese der Patientin nehmen, so unterstreichen diese Angaben unsere Feststellungen im Gutachten, wonach die psychologischen Aspekte seit längerer Zeit, insbesondere vor dem Unfall vom Januar 1996, die Beschwerden der Patientin prägten. Im Bereich, welcher sich offensichtlich mit der Anamnese auseinandersetzt (auf der 1. Seite unter dem Querstrich) wollen wir noch folgendes hervorheben: Dort finden wir folgenden Eintrag: "Dopo ultima anestesia @ 2 anni fa @ problemi di memoria". Dieser Eintrag ist in mehrfacher Hinsicht bedeutsam, weil er eine vorbestehende kognitive Störung erwähnt. Darüber hinaus unterstreicht dieser Eintrag auch unsere Interpretation im Gutachten, wonach keine organisch bedingte, kognitive Störung (d.h. eine Hirnschädigung, als Comotio cerebri erwähnt, die quasi aus dem Nichts heraus irgend einmal in den Akten nach dem Unfall auftaucht) anzunehmen ist. Weiter deutet dieser Eintrag darauf hin, dass die kognitiven Klagen der Patientin nicht im Zusammenhang mit dem Unfall vom Januar 1996 zu interpretieren sind, sondern vorbestehend waren. Ferner findet sich auf der gleichen Seite folgender Eintrag: "Parto difficile @ per ore @ sua madre data morte ..." (?). Es ist dies ein anamnestischer Aspekt, der sich häufig in ähnlicher Weise bei Patienten mit Neigung zu psychogenen Beschwerden nachweisen lässt. Weiter unten auf der gleichen Seite (betreffend die Anamnese!): "Difficoltà concentrazione". Das wurde sogar unterstrichen und dürfte darauf hindeuten, dass wegen einer langen Geburt der Kollege Dr. _____ womöglich eine Asphyxie vermutete, welche wohl zu einer kognitiven Störung (bereits vor dem Unfall im Januar 1996) führte, einschliesslich Konzentrationsstörung. In den zugestellten Unterlagen finden sich seit 15. Februar 1993 diverse Eintragungen, welche vermutlich chiropraktische diagnostische Feststellungen und Befunde, sowie Interventionen dokumentieren. In der Spalte ganz rechts steht jeweils "M" mit einer Zahl daneben, was vermutlich die Anzahl an dem jeweiligen Datum durchgeführter Manipulationen indiziert. In der mittleren Spalte finden sich Eintragungen mit "C", "D" und "L" (mit diversen Zahlen daneben), welche wir am ehesten dahin gehend interpretieren, dass es sich um zervikale ("C", d.h. "cervicale"), thorakale ("D", d.h. "dorsale") und lumbale ("L", d.h. "lombare") Niveaus handelt, an welchen Befunde erhoben wurden und weshalb Manipulationen vorgenommen wurden. Sollten wir das richtig interpretieren, so müsste man annehmen, dass insbesondere an der zervikalen Wirbelsäule in den Jahren 1993 und 1994 diverse chiropraktischen Interventionen vorgenommen wurden. Bei der Korrektheit dieser unserer Annahme müsste auch ein vorbestehender krankhafter Zustand bzw. eine relevante Funktionsstörung an der Halswirbelsäule angenommen werden. Dieser vor dem genannten Hintergrund angenommene Vorzustand könnte einerseits überhaupt dazu beigetragen haben, dass bei der Patientin zervikale Beschwerden auftraten und die verspätet nach dem

Unfall vom Januar 1996 auftretenden Beschwerden der Patientin im zervikalen Bereich erklären. Zusammenfassend sehen wir nach der Durchsicht der oben genannten Unterlagen und mit der Einschränkung, dass wir, aus erwähnten Gründen, diese teilweise nicht ganz richtig interpretieren konnten, folgende Elemente: Erhärteter Verdacht auf vorbestehende, psychologische und kognitive Störungen, vorbestehende Kopfschmerzen und v.a. die Notwendigkeit, genaue Informationen über den Vorzustand an der ganzen, insbesondere der zervikalen Wirbelsäule einzuholen." (doc. _) Chiamato dalla _____ a prendere posizione riguardo a quanto sostenuto dai dott. _____ e _____ in merito alle sue annotazioni sulla cartella clinica dell'assicurata, il dott. _____ ha precisato quanto segue: " (...) Innanzitutto tengo a farvi sapere che non ho più visto in persona né visitato la signora _____ dalla sua ultima consultazione il 5.8.96. I miei commenti in relazione alla relazione tradotta liberamente della _____ Klinik: · Primo paragrafo: o Ho curato la paziente sopraccitata dal 15.2.93 e le annotazioni presenti sul primo foglio della mia cartella si collegano all'anamnesi di allora o Ho curato la paziente anche in relazione all'incidente del '96 anche se per poche visite (4) visto la sua impossibilità a venire in studio perché da quello che mi aveva detto, le era troppo doloroso e impossibile fisicamente da fare. · Secondo paragrafo o Nessun commento · Terzo paragrafo o La paziente dalla mia anamnesi di allora soffriva di tensioni tra le spalle e cefalee di tensione (non emicranie) che sono incominciate gradualmente dopo l'incidente del '89 nel quale si procurò una grande lesione al gomito e che ancora 4 anni dopo, quando si presentò nel mio studio, le impediva un movimento funzionale di tutto il braccio e le causava spasmi anche al collo e dischinezie intersegmentari al collo. o Confermo che nel '93 la paziente soffriva di stress e che si dichiarasse facilmente giù di morale e spesso agitata e che avesse difficoltà a concentrarsi. Problemi di memoria erano insorti dopo l'ultima anestesia due anni prima. · Quarto paragrafo o Mi sorprende del commento fatto dai dottori della _____ Klinik, quando in base a una preesistente condizione (pleintes cognitives) si esclude che un altro trauma possa creare di nuovo. È come affermare che siccome una macchina aveva già avuto un incidente, allora il nuovo incidente non ha potuto fare i danni che ha fatto, senza prima accertarsi che i danni del primo incidente fossero magari già stati riparati. Nel caso della signora _____ infatti, la totalità della sua sintomatologia psicologica e di disturbi cognitivi era dovuta ad una disfunzione funzionale chiamata "omolateralità" che è stata diagnosticata la prima visita e scritta sulla sua cartella in data 15.2.'93. In chiropratica e chinesiologia applicata questa disfunzione è conosciuta per causare questa sintomatologia, che nella signora _____ era presente in modo classico. A questo proposito le allego un articolo che ho scritto tanti anni fa sul soggetto e dove potrete trovare descritto quanto ho appena affermato. Infatti la signora _____ ha risposto molto favorevolmente alla terapia eseguita tanto da scrivermi una lettera di ringraziamento datata 7.4.93 nella quale mi si ringrazia per averle "ridato la vita" e dove affermava di avere timore di ricadere nel buio dove si trovava prima a dimostrazione che ora (in aprile del '93) ne era uscita. Allegato fotocopia della lettera. · Quinto paragrafo o La domanda legata al parto difficile e che viene riscontrata giustamente in casi di disfunzione di ordini psicologiche è stata fatta appunto perché spesso la disorganizzazione neurologica (DN) che crea lo stato di omolateralità, spesso è causata da parti difficili ed è per quello che era importante chiederlo alla paziente e menzionarlo. Le difficoltà di concentrazione come descritte nell'anamnesi sono sottolineate e fanno parte di un punto a sé stante e non sono state scritte in relazione al parto. Erano causate dalla DN e difatti sono sparite dopo il trattamento. · Sesto paragrafo o Ancora in questo paragrafo le conclusioni sono clinicamente molto tirate per i capelli.

Infatti se è vero che di fatto una DN genera tensione nella colonna e quindi lei o altri traumi o stress di diversa natura possono causare blocchi vertebrali e disfunzioni alla colonna, è altrettanto vero che queste sono state curate dal '93 al '94 e con successo tanto è vero che la sintomatologia vertebrale nonché i sintomi emotivo psicologiche cognitivi erano stati risolti e la paziente andava bene. In mese di maggio infatti erano rimasti solo alcuni residui di dolori cervicali e a dicembre del '94 la paziente stava bene e non aveva dolori. o Quindi dire che la presenza 3 anni prima dell'incidente di disfunzioni cerebrali che sono state curate efficacemente e che non presentavano più sintomatologie nè disfunzioni, abbiano potuto favorire i dolori tardivi dopo l'incidente è come dire che la carrozzeria riparata correttamente della macchina dopo un incidente abbia favorito l'ammaccarsi della macchina durante il prossimo incidente. Io posso da parte mia confermarvi che la paziente stava bene quando ha lasciato il mio studio nel '94 dopo 2 anni di cure che le avevano "ridato la vita". Non era più disorganizzata neurologicamente e che la sintomatologia che è apparsa dopo l'incidente del '96 è classica dei casi gravi di wiplash anche in pazienti che non hanno mai lamentato problemi di natura cervicale prima del fatto. (...)" (doc. _) Il dott. _____, anch'egli interpellato dall'assicuratore, ha affermato che, a suo avviso, l'incidente della circolazione del gennaio 1996 è stato di poca entità, avendo potuto l'assicurata recarsi di persona, dapprima, presso il PS dell'_____ e, in serata, al posto di polizia per l'interrogatorio. Egli ha inoltre confermato che _____ è stata in grado di riprendere il proprio lavoro al 50% dal 16 febbraio 1996 ed in misura completa dal 28 febbraio 1996. L'ex curante ha pure aggiunto che il 28 marzo 1996 l'assicurata si era recata a sciare ed aveva riportato una distorsione al ginocchio destro (doc. _). Un nuovo ricovero presso la Clinica di riabilitazione di _____ ha avuto luogo nel corso del periodo 12 giugno-10 luglio 2002. In questo ambito, la ricorrente è stata valutata dal profilo neurologico, reumatologico/ortopedico e psichiatrico. Il rapporto di uscita del 10 dicembre 2002 illustra il decorso dei disturbi durante la degenza, a fronte di uno stato di salute iniziale analogo a quello constatato circa due anni prima: " (...) Seit der letzten Hospitalisation in unserer Klinik im September 2000 hat sich in Bezug auf den Gesundheitszustand der Patientin nicht viel geändert. Dominierend waren anhaltende Schlafstörungen, Alpträume, Angstzustände, Übelkeit, Schwindel, Vergesslichkeit und Konzentrationsstörungen, Gefühllosigkeit in Armen und Beinen, Müdigkeit und rasche Ermüdbarkeit sowie Kopf- und Nackenschmerzen rechtsbetont. Zwischenzeitlich wurde die Patientin am 10.01.2002 zur Begutachtung durch Herrn Prof. Dr. med. _____ in der _____ Klinik, _____, vorstellig, wo die Diagnose einer neurotischen Persönlichkeitsstörung sowie einer somatoformen Schmerzstörung gestellt wurde. Anlässlich der letzten Hospitalisation vom September 2001 beurteilten wir die oben beschriebene Symptomatik im Rahmen einer posttraumatischen Belastungsstörung. Aufgrund dieser divergenten Diagnosen bzw. zwischenzeitlichen Entwicklung beauftragten wir Herrn Dr. med. _____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, _____, mit einem psychiatrischen Konsilium. Er stellte die Diagnose einer Neurasthesie und anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, welche aufgrund der beim Verkehrsunfall wahrscheinlich erlittenen leichten traumatischen Hirnverletzung mit entsprechend kognitiven Einbussen zu einer erschwerten Schmerzverarbeitung führte. Aus diesen Diagnosen ist aus seiner Sicht dem Unfall eine zumindest Teilkausalität beizumessen. Zusätzlich befand auch er einen Verdacht auf eine neurotische Persönlichkeitsstruktur mit Ängstlichkeit und Abhängigkeit. Die Patientin nahm motiviert an einem interdisziplinären Therapieprogramm teil. In der Physiotherapie lagen die Therapieschwerpunkte einerseits in der Mobilisation der BWS,

Bindegewebsmassage und Gleichgewichtstraining sowie Stabilisation und Reharmonisierung im Bereich der rechten Hüfte und einer reflektorischen Atemtherapie. Der Verlauf war sehr wechselhaft, d. h. die Patientin sprach anfänglich sehr gut auf die Hüftbehandlung und BWS-Mobilisation an, entwickelte aber bei grösserer Belastung zunehmend Schmerzen und vegetative Symptome. Bis zum Austritt konnten lediglich die Hüftschmerzen deutlich verbessert werden; die Schmerzproblematik im Bereich des Nackens und Kopfes hat sich wenig verändert. In der Ergotherapie lagen die Schwerpunkte im Alltagsmanagement, Hirnleistungstraining und Ergonomie. Frau _____ zeigte sich sehr interessiert an diesen Therapieinhalten und arbeitete engagiert mit. Sie hat jedoch nach wie vor grosse Schwierigkeiten, ihre krankheitsbedingte reduzierte körperliche und kognitive Leistungsfähigkeit zu akzeptieren und entsprechend Kompensationsstrategien umzusetzen und neigt jeweils dazu, sich zu überfordern. Sie hat teilweise noch Schwierigkeiten, ihre Leistungsgrenzen zu erkennen und alternative Lösungswege zu finden. Ein äusserst schwankender Verlauf zeigte sich im Hirnleistungstraining, wo eine reduzierte Aufmerksamkeitsspanne, Konzepterkennung und Umstellfähigkeit sowie Schwierigkeiten in der Handlungsplanung bei komplexeren Aufgabestellungen auffiel. Im Autogenen Training und der Akupunktur hat sich die Patientin im Verlauf zunehmend verkrampft, was mit Auftreten von mehr Schmerzen verbunden war, so dass die Therapien gestoppt werden mussten. Durch Solepackungen und klassische Massagen konnte die Muskulatur phasenweise entspannt werden. Die Patientin äusserte bei Eintritt den Wunsch, keine Psychotherapie durchzuführen, was wir respektierten. Aufgrund der Persönlichkeitsstruktur und der fortschreitenden Chronifizierung empfehlen wir jedoch dringendst zur Stabilisierung der Situation die Wiederaufnahme einer ambulanten Psychotherapie.

Medikation bei Austritt : - Dolprone 500 mg Tbl. bei Bedarf
Procedere : - Weiterführen der ambulanten Physiotherapie mit kontrollierter Medizinischer Trainingstherapie. - Psychotherapie (die Patientin möchte selber einen Psychologen/Psychiater suchen). - Arbeitsfähigkeit: Aktuell 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Aus psychiatrischer Sicht ist laut Dr. _____ einer 50%ige Arbeitsfähigkeit mit leichter Bürotätigkeit zumutbar. - Aktuell keine zwingende Indikation für den Einsatz von Psychopharmaka." (doc. _) Il dott. _____, che il 22 giugno 2002 ha investigato _____ da un profilo psichiatrico, ha indicato che le diagnosi da lui poste corrispondono perlopiù a quelle già formulate dal Prof. _____: " (...) Aus psychiatrischer Sicht müssen zum heutigen Zeitpunkt die folgenden Diagnosen gestellt werden: 1. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10:F45.4) 2. Neurasthenie (ICD-10:F48.0) 3. V.a. neurotische Persönlichkeitsstruktur mit Zügen der ängstlich vermeidenden und abhängigen Persönlichkeitsstörung. 4. St. n. Posttraumatischer Belastungsstörung Ad 1.: Wie aus der obigen Diagnostik hervorgeht, decken sich die Diagnosen mehrheitlich mit denen von Herrn Prof. _____. Die vorherrschenden Beschwerden der Expl. sind andauernde, schwere und quälende Schmerzen, die allein durch einen physiologischen Prozess nicht erklärt werden können. Die Schmerzen treten in Verbindung mit erheblichen emotionalen Konflikten und psychosozialen Problemen auf. Bei der Expl. ist bekannt, dass sie immer wieder unter depressiven Phasen und Angstsymptomen litt. Es fanden keine therapeutischen Erfolge statt, die Expl. führt heute eine Vita minima, ist ganz auf sich und ihren Körper konzentriert und kann sich nicht vorstellen, in irgendeiner Weise berufstätig werden zu können, auch wenn sie, gemäss ihren eigenen Angaben, dies gerne möchte. Es kam zu einem Auseinanderklaffen dessen was die Expl. möchte und was realistisch ist. Die Schmerzen stehen im Vordergrund ihres Erlebens und dominieren ihre Lebensgestaltung.

Es fällt auf, dass die Schmerzen der Expl. rechtsbetont sind und brennender Art und Weise sind, wie dies oft bei Patienten mit anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen beschrieben wird. Die Nähe zur Konversionsstörung liegt darin begründet, dass sie sich nicht immer an die anatomischen Begebenheiten anpassen und mit Zittergefühlen, Schwindel etc. verbunden sind, wie sie auch bei den dissoziativen Bewegungsstörungen vorkommen. Zu erwähnen ist dabei die Anamnese die angegebenen Hypästhesien in beiden Beinen, verbunden mit einem Nachgeben, einer Kraftlosigkeit und Stürzen. Es kann bei der Expl. aber, weil die Beschwerden auch somatisch begründet werden können, nicht mit Sicherheit eine dissoziative Störung für die Beschwerden verantwortlich gemacht werden. Ich beschränke mich deshalb auf die Schmerzsymptomatik und stelle die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Diese Schmerzstörung wird mit somatischen und psychischen Faktoren begründet. Diesem Umstand wird im DSM-IV Rechnung getragen, indem dort unter 307.89 die somatoforme Schmerzstörung als somatisch wie auch psychisch mitbedingt klassifiziert wird. Ad 2.: Bei der Expl. bestehen neben den Schmerzen auch eine körperliche Schwächung, eine schnelle Erschöpfbarkeit nicht nur bei physischen, sondern auch bei psychischen Anstrengungen, wie z.B. Lesen, sich konzentrieren etc.. Die Expl. hat also neben der somatoformen Störung und der Beschäftigung mit der eigenen körperlichen Krankheit auch eine erhöhte Ermüdbarkeit und Schwäche, wie dies für die Diagnose der Neurasthenie beschrieben wird. Die neurasthenische Symptomatik entwickelte sich mehrheitlich nach dem Unfall von 1996, während sie vor 1996 kompensiert war; dies auch nach dem Unfall von 1989, als es zu einer Ellbogenverletzung kam. Ad 3.: Grundlage für die oben angeführte anhaltende somatoforme Schmerzstörung und die Neurasthenie muss eine neurotische Persönlichkeitsstruktur angenommen werden, die aber vor 1989 resp. vor 1996 derart kompensiert war, dass die Expl. sich selbständig zur Naturärztin ausbilden konnte und noch vorher in ihrem Beruf zu 100% tätig war. Wie bereits Herr Prof. _____ beschrieb, wird die neurotische Persönlichkeitsstruktur mit einer hohen Ambivalenz gegenüber nahen Beziehungen, begründet. Auch fällt eine grosse Nähe zum Elternhaus, eine Parentifizierung auf. Die Expl. zeigt eine starke Konzentration auf ihre eigene Person, kann Beziehungen wenig angehen, lebt zurückgezogen. Der Stimmungsschwankungen der Expl. würde ich im Rahmen der Neurasthenie verstehen und nicht im Rahmen einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung. Hingegen finden sich bei der Expl. Zeichen einer abhängigen Persönlichkeitsstruktur (eingeschränkte Fähigkeit Alltagsentscheidungen zu treffen, Unterordnung eigener Bedürfnisse unter die anderer, Mangelbereitschaft zur Äusserung angemessener Ansprüche) sowie Anteile einer vermeidenden Persönlichkeit im Sinne der Abneigung nahe persönliche Kontakte aufzunehmen, einen eingeschränkten Lebensstil zu führen. Es besteht eine Diskrepanz zwischen der Vorstellung, was man sein könnte und was man ist. Dies ist ein allgemeines Symptom, das zu neurotischen Störungen gehört. Ad4.: Zum heutigen Zeitpunkt finden sich keinerlei Anhaltspunkte, die auf eine Posttraumatische Belastungsstörung hinweisen. Es muss angenommen werden, dass diese Symptomatik, die noch bei der letzten Hospitalisation in der _____ -Klinik _____ zur Verdachtsdiagnose einer PTBS führte, abgeheilt ist. Die nach den Unfall eingeleiteten Anafranil-Infusionen weisen deutlich darauf hin, dass nach dem Unfall eine nicht unwesentliche psychische Symptomatik vorlag. Die Diagnose einer PTBS wurde allerdings nicht gestellt, aber auf Grund der Beurteilung in der _____ Klinik _____ muss vermutet werden, dass die Expl. nach dem Unfall an den Symptomen einer PTBS litt. Der Unfall fand auf einer steilen Bergstrasse im Kt. Tessin statt und kann, da die Expl. zweimal, - einmal am Heck und einmal frontal kollidierte,

durchaus subjektiv lebensbedrohlich erlebt worden sein. (...)" (doc. __, p. 8-11) Per quanto riguarda l'eziologia della problematica psichica, lo specialista in psichiatria ha sostenuto che l'evento del gennaio 1996 deve essere considerato come la causa parziale della persistente sindrome dolorifica somatoforme e della neurastenia. Egli ha sottolineato, d'altra parte, che le condizioni di salute psichica dell'assicurata erano già labili prima dell'infortunio in questione, e ciò in ragione, da un canto, dell'infortunio del 1989 e delle sue sequele nonché, d'altro canto, della diagnosticata struttura di personalità neurotica: " (...) Zur Kausalität: Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise, bzw. nicht zur gleichen Zeit als eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel. Die Vulnerabilität der Expl. war erhöht, einerseits durch die kompensierte, die Arbeitsfähigkeit nicht tangierende Persönlichkeitsstruktur, wie aber auch durch den ersten Unfall von 1989, den die Expl. bewältigen musste und der zumindest eine Aufgabe ihrer meisten beruflichen Tätigkeit mit sich brachte. Die Expl. war aber realitätsorientiert genug, selbständig eine zweite Ausbildung an die Hand zu nehmen. Diese wurde durch den zweiten Unfall vom 1996 in Frage gestellt. Die Expl. erlitt, wie in den Akten ersichtlich ist, durch den mehrphasigen Autounfall wahrscheinlich eine leichte traumatische Hirnverletzung mit entsprechend kognitiven Einbußen und eine PTBS. Dies erschwerte die Verarbeitung ihrer Schmerzen. Gleichzeitig kam es zu einer depressiven und ängstlichen Symptomatik, wie es in der Anamnese und in den Akten konsistent dargestellt wird, was wiederum die Bewältigung der Schmerzen erschwerte. Die Schmerzen ihrerseits unterstützten diese affektive Reaktion. Zum heutigen Zeitpunkt muss, wie oben bereits erwähnt, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und eine Neurasthenie festgestellt werden. Für beide Diagnosen und Symptomenkreise ist dem Unfall eine Teilkausalität beizumessen. Allerdings war das Gleichgewicht der Expl. betr. der Verarbeitungsressourcen für Unfallfolgen bereits vor dem Unfall labilisiert. Einerseits durch den bereits 1989 erfolgten Unfall und dessen Folgen sowie durch ihre neurotische Persönlichkeitsstruktur. (...)" (doc. __, p. 11-12) Con decisione formale del 17 ottobre 2002, la _____ ha dichiarato estinto il nesso di causalità naturale con l'evento infortunistico del 14 gennaio 1996, e ciò a contare dal 14 ottobre 1996, ovvero dalla data in cui _____ venne nuovamente dichiarata parzialmente inabile al lavoro (50%) dal dott. _____ (cfr. doc. _ e doc. _). Unitamente al ricorso, l'assicurata ha prodotto due rapporti - l'uno datato 19 gennaio 2003, l'altro 15 maggio 2003 - del dott. _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, suo curante a far tempo dal mese di luglio 2002. Nel primo dei due referti, il dott. _____ ha sostenuto che la ricorrente è portatrice di una Whiplash syndrom, ormai cronicizzata, da ricondurre all'incidente della circolazione del gennaio 1996 e ad un'insufficiente sua presa a carico. Dal profilo diagnostico, a suo avviso, _____ ha sofferto di una sindrome post-traumatica da stress, nel frattempo scomparsa, e lamenta, attualmente, una persistente sindrome dolorifica somatoforme ed una neurastenia. Per contro, il curante si è detto contrario alla diagnosi di struttura di personalità neurotica: " (...) Discussione e conclusioni A mio giudizio, la paziente ha sofferto di un whiplash syndrom, sul piano somatico, che ha determinato una

Sindrome post-traumatica da Stress (PTSS). Due sono stati gli elementi in gioco, che hanno contribuito alla sua manifestazione, e poi al suo mantenimento di un disturbo somato-psichico grave. Da un canto, i dolori e i disturbi cognitivi (attenzione e concentrazione) che sono improvvisamente sopravvenuti in una persona peraltro normale. E l'angoscia vitale, dovuta all'impressione di essere abbandonata e impotente di fronte al radicale cambiamento di qualità di vita indicato sopra. Corrispondeva alle diagnosi della _____: · Zervikozephal- und Thorakolumbalsyndrom · Neuropsychologische Funktionsstörungen · Vegetative Dysfunktion · Psychiatrische Begleitdiagnose Il dolore e l'angoscia sono fattori di aggravamento importanti e frequenti, non solo nei whiplash syndrom. Le diagnosi psichiatriche corrispondono ampiamente a quelle del Dr. _____.

La paziente ha sofferto di una sindrome post-traumatica da stress (PTSS), oggi conclusa. Questa sindrome è dovuta sostanzialmente ai disturbi somato-psichici provocati dalla whiplash sindrom. Ne derivano le sindromi psichiatriche seguenti, ancora presenti. Esse hanno carattere di malattia vera e propria. · Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) · Neurasthenie (F48.0) · Status nach Post-traumatischer Belastungsstörung Non credo invece in una Neurotische Persönlichkeitsstruktur mit Zügen der ängstlich vermeidenden und abhängigen Persönlichkeitsstruktur, ma "compensata", ossia un disturbo del carattere presente già in precedenza, ma invisibile. È impossibile. Una malattia che non si vede, non si sente, e non si tocca, non esiste. Non è neppure venuta alla luce al momento della necessità di cambiare lavoro in seguito all'incidente al gomito. La vita della peritanda dimostra che non c'è nulla che ci assomigli neppure da lontano. Le malattie "latenti" dovrebbero scomparire dal nostro vocabolario 1 . Oggi la Whiplash syndrom si è cronicizzata: non è vero che non ce ne siano di croniche. La letteratura le annovera. È questo che determina i disturbi psichici sopra menzionati, in particolare per via della sintomatologia somato-psichica: dolori, e disturbi della concentrazione e dell'attenzione. Questi sintomi stanno declinando, ma lo fanno molto lentamente. La causa di questa sindrome sta nell'incidente subito, e in un'insufficiente presa a carico nel momento dell'incidente. La letteratura è chiara, sull'argomento. La cura deve proseguire, e avere il carattere di un lavoro di lutto, che accompagna peraltro la paziente al lento ma graduale recupero delle sue capacità precedenti. Non c'è necessità di pensare ad altre formazioni: la paziente ne ha abbastanza, di formazioni. Si tratta piuttosto di aiutarla a riprendere fiducia in strumenti psicofisici di cui in parte dispone ancora. Per terminare, la sua capacità lavorativa è tuttora molto limitata, e non credo superi il 10% della sua normale capacità lavorativa. Va aumentando, ma sarà un processo lento" (doc. _).

Nel rapporto del 15 maggio 2003, il dott. _____ ha criticamente commentato le conclusioni a cui sono pervenuti i dott. _____ e _____, in special modo per quel che concerne le diagnosi da loro poste (cfr. doc. _).

2.11. Chiamato ora a pronunciarsi questo Tribunale constata innanzitutto che un'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 _____, è riuscito ad oggettivare delle lesioni strutturali di carattere post-traumatico, suscettibili di spiegare la sintomatologia accusata dall'assicurata. Nulla di patologico è stato evidenziato a livello della colonna cervicale. L'esame di risonanza magnetica cervicale, effettuato il 20 febbraio 1997 presso la Clinica _____, ha fornito un esito nei limiti della norma, escludendo la presenza di lesioni traumatiche osteoarticolari (cfr. referto accluso al doc. _). Ciò è stato esplicitamente ricordato dal dott. _____, neurochirurgo privatamente consultato dall'insorgente, il quale, nel suo rapporto afferente alla nota degenza presso la Clinica _____, ha

indicato che il succitato esame strumentale, citiamo: "... non evidenzia processi degenerativi o lesioni di tipo traumatico" (cfr. doc. _). Anche i periti incaricati dalla _____, i Prof. _____ e _____, hanno più volte sottolineato l'assenza di correlazione fra i disturbi cervicali soggettivi e lo status oggettivabile a questo livello (cfr., ad esempio, doc. _, p. 25: "Im Zusammenhang mit der HWS-Symptomatik soll noch weiter erwähnt werden, dass wegen der subjektiven HWS-Beschwerden durchgeführten Untersuchungen und Hospitalisationen (beispielsweise in _____) keine objektivierbaren Befunde erhärten konnten" - la sottolineatura è del redattore; p. 29: "Die wiederholt durchgeführten neuroradiologischen Untersuchungen der HWS und LWS ergeben hingegen keine nennenswerte pathologischen Befunde, welche die Beschwerden der Patientin hinreichend erklären würden" - la sottolineatura è del redattore). Va inoltre segnalato che, secondo i dott. _____ e _____, traumi cervicali quale quello subito dall'assicurata guariscono normalmente entro pochi giorni, al massimo entro settimane (cfr. doc. _, p. 24s.). Per quanto riguarda la colonna lombare, la TAC del 22 ottobre 1996 ha posto in luce una "malformazione transizionale lombo-sacrale con articolazioni lombo-sacrali accessorie L5-S1 e segni di marcata artropatia in tali articolazioni accessorie" (doc. _). Tale reperto è stato confermato dalla risonanza magnetica del 12 marzo 1997, ordinata dal dott. _____: "malformazione transizionale lombo-sacrale con articolazioni lombo-sacrali accessorie L5-S1 nei segni di marcata artropatia in questa sede. Non ernie discali" (rapporto accluso al doc. _). Gli specialisti della _____ Klinik di _____, al proposito, hanno sostenuto che le alterazioni ivi oggettivate spiegano soltanto in parte la sintomatologia risentita dalla ricorrente a questo medesimo livello (cfr. doc. _, p. 29: "Radiologisch lassen sich im Bereiche der HWS, einschliesslich der letzten Aufnahmen im Jahre 2000 keine Auffälligkeiten finden, wohingegen die wiederholten Untersuchungen der LWS auf eine Uebergangsstörung am lumbosacralen Uebergang deuten, als mögliche Ursache der rezidivierenden und zum Teil chronifizierenden Rückenschmerzen, die nicht einzig und alleine auf das traumatische Ereignis zurückgeführt werden können. Die wiederholt durchgeführten neuroradiologischen Untersuchungen der HWS und LWS ergeben hingegen keine nennenswerte pathologischen Befunde, welche die Beschwerden der Patientin hinreichend erklären würden", p. 31, risposta al quesito n. 7: "In Bezug auf die Beschwerden im Bereich der lumbalen Wirbelsäule spielt sicherlich die lumbosacrale Übergangsanomalie eine wichtige Rolle. Abgesehen von der Uebergangsstörung am lumbosacralen Uebergang deuten die neuroradiologischen Untersuchungen mit unregelmässig dargestellten Wirbelbogengelenken L4/L5 und L5/S1 auf leichte degenerative Veränderungen hin, im Sinne einer Spondylarthrose. Die möglicherweise vorhandene progredienz würde dann auch die Beschwerden der Patientin erklären, allerdings nicht in einem Ausmass, dass sich daraus eine nennenswerte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit entwickeln können"). La questione relativa all'esistenza o meno di una sufficiente correlazione fra i reperti oggettivati al rachide lombare ed i disturbi accusati dall'assicurata, non deve tuttavia essere ulteriormente approfondita nella misura in cui è certamente plausibile che, al momento della chiusura del caso da parte dell'assicuratore LAINF (ottobre 1996), il nesso di causalità naturale con l'infortunio assicurato fosse ormai estinto. In effetti, secondo la dottrina medica dominante, dopo traumi quali contusioni o distorsioni al dorso, lo stato anteriore del rachide può, di regola, considerarsi ristabilito al più tardi 6 mesi (status quo ante), rispettivamente, un anno (in presenza di patologie degenerative), a contare dall'evento traumatico, come se l'infortunio non fosse mai sopraggiunto (status quo sine) (cfr. Bär/Kiener, Traumatismes

vertébraux, in Informations médicales N. 67/décembre 1994, p. 45ss., contributo in cui viene illustrata, con dovizia di riferimenti, la posizione della dottrina medica dominante in materia appunto di traumi vertebrali). La tesi dottrinale appena esposta è stata fatta propria dalla giurisprudenza federale (cfr. RAMI 2000 U 363, p. 45ss.; STFA dell'8 luglio 2003 nella causa B., U 259/02, consid. 2.2, del 31 dicembre 1997 nella causa L. consid. 4c, U 125/97, del 4 settembre 1995 nella causa M. consid. 4a; cfr., inoltre, STFA del 6 giugno 1997 nella causa C., U 131/96, in cui il TFA, riferendosi alla sentenza non pubblicata del 3 aprile 1995 nella causa O., U 194/94, ha esplicitamente ribadito che il genere di trauma riportato dall'assicurato - si trattava di una contusione/distorsione del rachide lombare causata da una caduta, in presenza di lesioni degenerative al passaggio lombo-sacrale - cessa di produrre i propri effetti trascorsi alcuni mesi dal giorno dell'infortunio; cfr., pure, E. Morscher, Schäden des Stütz- und Bewegungsapparates nach Unfällen: Wirbelsäule, in Versicherungsmedizin, Hrsg. E. Baur, U. Nigst, Berna 1973; 3. Auflage 1985). Un aggravamento significativo e, pertanto, durevole di un'afezione degenerativa preesistente al rachide vertebrale (peggioramento direzionale) causato da un infortunio, é da ritenere dimostrato unicamente qualora gli accertamenti radiologici abbiano permesso di mettere in evidenza una compressione improvvisa delle vertebre, così come l'apparizione oppure l'ingrandimento di lesioni dopo trauma (cfr. RAMI 2000 succitata, consid. 3a; conferma della giurisprudenza). In casu, risulta sufficientemente dimostrato che quelle poste in luce, segnatamente, dall'esame di risonanza magnetica del rachide lombare del 12 marzo 1997, sono delle anomalie preesistenti all'evento infortunistico del gennaio 1996, così come ha riconosciuto lo stesso neurochirurgo interpellato dalla ricorrente, il quale ha costantemente sottolineato come il suddetto trauma abbia soltanto scatenato la sintomatologia dolorosa (cfr., ad esempio, rapporto 6.7.1998 accluso al doc. _: "Dagli esami neuroradiologici eseguiti di seguito, non vengono riscontrate lesioni di tipo traumatico. Si evidenzia, tuttavia, un'anomalia di transizione lombosacrale con articolazioni lombosacrali accessorie in L5/S1 con artrosi delle stesse. In seguito a quest'anomalia di transizione, uno scompenso statico muscolare è senz'altro da prendere in considerazione. Molto probabilmente, l'infortunio subito ha scatenato la sintomatologia algica lombare. (...). A mio modo di vedere, c'è senz'altro un nesso causale con l'infortunio, ma probabilmente solo come fattore scatenante, poiché, ripeto, non vi sono segni radiologici attribuibili direttamente ad un trauma" sottolineatura del redattore; cfr., pure, il doc. _). A proposito del ruolo causale giocato dall'incidente della circolazione occorso a _____, va rilevato che i Prof. _____ e _____ hanno dichiarato come semplicemente possibile il fatto che esso abbia provocato un peggioramento temporaneo della situazione preesistente in sede lombare (cfr. doc. _, p. 32, risposta al quesito n. 8: "In Bezug auf die Beschwerden seitens der LWS führte möglicherweise der Unfall zu einer vorübergehenden Verschlimmerung der vorbestehenden, intermittierend auftretenden Kreuzschmerzen. In diesem Sinne ist der Status quo ante erreicht, schätzungsweise 1-2 Jahre nach dem Unfall" - sottolineatura del redattore). Per quanto concerne infine la pretesa lesione cerebrale, il TCA osserva quanto segue. In occasione del consulto del 18 ottobre 1999, gli specialisti della _____ - oggettivate delle difficoltà a carattere neuropsicologico di grado medio-lieve e, d'altra parte, negata l'esistenza di reperti psicopatologici - hanno sostenuto che nel sinistro _____ avrebbe riportato, non soltanto un trauma d'accelerazione cervicale e lombare, ma pure una lieve lesione cerebrale (cfr. doc. _, p. 3: "Zusammenfassend lassen sich leicht- bis mittelgradige neuropsychologische Minderfunktionenobjektivieren (Impairment). Die daraus resultierende Alltagsrelevanz (Disability) ist umso grösser, je komplexer und

anspruchsvoller sich die jeweilige berufliche und private Umwelt darstellt. Im hier vorliegenden Fall müssen die konkreten Limitierungen der kognitiven Funktionen in Interaktion mit der intensiven Ermüdbarkeit als wesentlich eingeschätzt werden. Aufgrund der Unfallanamnese hat Frau _____ bei diesem zweiphasigen Unfall nicht nur ein zervikales und lumbales "Schleudertrauma", sondern zusätzlich auch eine leichte traumatische Hirnverletzung erlitten" - la sottolineatura è del redattore). Per formulare questa conclusione essi si sono fondati sui dati anamnestici forniti loro dall'assicurata stessa e, specificatamente, sull'affermazione che essa avrebbe accusato una breve amnesia pericircostanziale per l'evento (cfr. doc. __, p. 1: "Beim Blick aus dem Fenster habe sie plötzlich zwei Scheinwerfer von der Gegenfahrbahn auf sie zukommen sehen. Das sei das Letzte, woran sie sich noch autonom erinnern könne. Dass es dann zu einer links-frontalen Kollision mit einem entgegenkommenden Fahrzeug gekommen sei, könne sie nicht selber erinnern. Erst später, als der ganze Unfall vorbei gewesen war, habe ihr Erinnerungsvermögen wieder eingesetzt" - la sottolineatura è del redattore). Questa Corte è invece dell'avviso che non possa essere ammesso, perlomeno con il grado di verosimiglianza richiesto dalla giurisprudenza federale, che l'incidente stradale del 14 gennaio 1996 abbia comportato per la ricorrente pure una lesione del sistema nervoso centrale, alla quale fare risalire le difficoltà neuropsicologiche da essa denunciate. In primo luogo, dalla documentazione "iniziale" - in particolare, dal rapporto di polizia del 28 gennaio 1996 (doc. __), dallo scritto 18 gennaio 1996 inviato dall'assicurata stessa alla _____ (doc. __: "Vi notifico inoltre che, nell'incidente ho riportato la distorsione cervicale, contusione del emitorace dx (cintura di sicurezza) ecc. (contusioni varie dovute al così detto colpo di frusta")), dal certificato 23 gennaio 1996 del Servizio di PS dell' _____ (doc. __), dai referti stilati dal dott. _____ (cfr. doc. __) nonché dalla cartella clinica del chiropratico _____ (cfr. doc. __) - non risulta affatto che _____ avrebbe pure riportato una commozione cerebrale. Significativo è il fatto che l'assicurata non sia stata trattenuta in ospedale, in osservazione neurologica. In questo contesto, occorre inoltre segnalare che, secondo la giurisprudenza federale, va attribuita una particolare importanza alle certificazioni mediche allestite nella fase che segue immediatamente l'infortunio. Descrizioni retrospettive della sintomatologia iniziale (disturbi apparsi nei primi tre giorni) possono essere inaffidabili (cfr. STFA del 22 dicembre 2003 nella causa M., U 57/03, consid. 3.2.2, in cui il TFA ha dichiarato privi di valore probante, per quanto concerne la questione della causalità, dei referti medici basati in prevalenza su una descrizione retrospettiva del decorso dei disturbi fornita dalla paziente stessa). In secondo luogo, in occasione della degenza 6 settembre-18 ottobre 2000 presso la Clinica di riabilitazione di _____, il dott. _____ ed il Primario Prof. dott. _____ - dando peraltro per scontato che l'assicurata avrebbe presentato una breve amnesia pericircostanziale, e ciò fondandosi esclusivamente sulle sue dichiarazioni (cfr. rapporto del 23.10.2000 accluso al doc. __, p. 1: "Angaben der Patientin (es liegen uns keine Unfallprotokoll und keine medizinischen Akten vor)") - hanno relativizzato la valutazione espressa in precedenza dai neuropsicologi, nel senso che quella di "lieve lesione cerebrale" è stata formulata come semplice diagnosi differenziale, in alternativa a quella di "traumatische Stressreaktion" (cfr. rapporto del 23.10.2000 accluso al doc. __, p. 4: "Unfallanamnestisch besteht eine kurze Gedächtnislücke, aufgrund derer differentialdiagnostisch an eine zusätzlich erlittene leichte traumatische Hirnverletzung (Commotio cerebri) versus amnestische Lücke im Rahmen einer traumatischen Stressreaktion, dies im Hinblick auf die aktuell zutage getretenen Symptome einer

anhaltenden posttraumatischen Belastungsstörung, gedacht werden muss"). In terzo luogo, gli specialisti interpellati dall'assicuratore infortuni convenuto - vagliato l'insieme della documentazione messa loro a disposizione - hanno giudicato come difficilmente sostenibile la diagnosi di commotio cerebri : " Aus dem Kontext der Akten lassen sich keine sicheren Hinweise auf eine Bewusstseinsstörung finden. Eine solche Störung wurde initial, weder von der Patientin selber im eigens verfassten Protokoll, noch gegenüber der Polizei noch ärztlicherseits dokumentiert. Auch wenn sich Ausführungen zu einer veränderten Bewusstseinslage später in den Akten finden, spricht gegen eine relevante Bewusstseinsbeeinträchtigung die sehr genaue Erinnerungen an den Unfallablauf, wie diese vielfach, insbesondere in einem Bericht (_____Klinik _____ Oktober 1999) erwähnt wurde. Somit ist die Diagnose einer Commotio cerebri lege artis kaum zu unterstützen. Diese Ausgangslage macht es besonders schwer, die kognitiven Klagen der Patientin vor dem Hintergrund einer sogenannten hirnorganischen Störung zu erklären (siehe auch weiter unten). (...) Weiter ist bemerkenswert, dass die Ärzte, die die Patientin über einen längeren Zeitraum kannten bzw. betreuten lange Zeit keine relevanten Symptome der HWS aufführten, wobei Monaten nach dem Trauma diese quasi als ein Faktum (explizit in einem Brief an die Versicherung: "Come voi sapete") aufgeführt werden und zugleich von einer Commotio cerebri gesprochen wird. Da eine Commotio cerebri auch ein bestimmtes Mass an kognitiver Beeinträchtigung nach sich ziehen kann, müssen wir noch folgendes hervorheben: Mindestens ein Teil der von der patientin vorgebrachten kognitiven Störungen entspricht nicht dem, was man üblicherweise von Patienten zu hören bekommt, die eine Commotio cerebri erlitten haben. Es handelt sich bei diesen Patienten in der Regel um eine Aufmerksamkeitsstörung, die verschieden ausgeprägt sein kann und zum subjektiven Gefühl der Vergesslichkeit in Folge der gestörten Abspeicherung und des Abrufens der Informationen resultiert. Ein "Vergessen bis zur Inexistenz" gewisser Inhalte (wie von der Patientin erwähnt) ist ausser bei einer statt gefundenen Hirnschädigung (diese kann man bei schweren Hirnläsionen erwarten, welche auch mit neuroradiologischen Methoden erhärtet werden können und bei der Patientin nicht in Frage kommt) nicht zu erwarten. Die Angabe der patientin über das Vergessen bis zur Inexistenz werten wir als ein wichtiges Indiz für psychogene Mitbedingtheit auch der angegebenen kognitiven Beeinträchtigungen. " (doc. __, p. 24 e 25; cfr., pure, p. 30 risposta al quesito n. 3.1). Il TCA si trova, pertanto, confrontato ad un caso in cui i disturbi avvertiti dalla ricorrente non hanno potuto trovare una sufficiente correlazione sul piano oggettivo. In casi del genere, la decisione non può che essere sfavorevole all'interessata, 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 riconoscere l'esistenza di una relazione di causalità naturale con l'evento traumatico assicurato (cfr., in questo senso, la STCA del 22 settembre 2003 nella causa B., inc. n. 35.2002.4, la STCA del 28 luglio 2003 nella causa T.-K., inc. n. 35.2003.26, la STCA del 13 settembre 2001 nella causa C., inc. n. 35.1999.90, confermata dal TFA con sentenza del 9 gennaio 2003, U 347/01, del 21 settembre 2000 nella causa P., inc. n. 35.1998.57, confermata dal TFA con giudizio del 13 marzo 2001, U 429/00, del 22 febbraio 1999 nella causa D., inc. n. 35.1998.61 e del

E. 19

febbraio 1999 nella causa A., inc. n. 35.1998.10; cfr., inoltre, U. Meyer-Blaser, Kausalitätsfragen aus dem Gebiet des Sozialversicherungsrechts, in 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, questo 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 2003, p. 343), che _____, in coincidenza con la chiusura del caso da parte della _____, non presentava più alcuna sequela organica oggettivabile dell'infortunio del 14 gennaio 1996. Riguardo al richiesto allestimento di una perizia medica giudiziaria, questa Corte ritiene che tale atto istruttorio non apporterebbe dei nuovi (e rilevanti) elementi di valutazione. Al riguardo, 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). È peraltro importante segnalare - considerato come la ricorrente abbia più volte sollevato tale argomento - che il semplice fatto di essere apparso 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).

2.12. Dagli atti all'inserito si evince che l'incidente stradale occorso alla ricorrente ha interessato, fra l'altro, il rachide cervicale. In particolare, dal certificato medico 3 febbraio 1996 del dott. _____, risulta che _____ ha riportato una "distorsione della colonna cervicale da "colpo di frusta" (doc. _; cfr., pure, doc. _). Lo stesso medico di fiducia della _____, dott. _____, nel rapporto relativo alla visita di controllo del 10 gennaio 1997, parla di trauma di accelerazione della colonna cervicale lamentato in occasione dell'incidente della circolazione del 14 gennaio 1996 (cfr. doc. _, p. 5). Anche gli specialisti della Clinica di riabilitazione di _____ indicano una distorsione del rachide cervicale come conseguenza dell'infortunio assicurato (cfr. rapporto del 23.10.2000 accluso al doc. _ e del 10.12.2002 accluso al doc. _). Infine, a mente dei dott. _____ e _____, può essere accettato che l'insorgente abbia riportato un trauma distorsivo alla colonna cervicale, anche se molto lieve e, dal profilo delle conseguenze a lungo termine, poco rilevante (cfr. doc. _, p. 23). Al proposito, è utile ricordare che con la giurisprudenza inaugurata con la

nota sentenza S. (cfr. consid. 2.8.), il TFA si è scostato dal principio appena evocato relativo ai disturbi senza correlazione sul piano oggettivo (cfr. consid. 2.12.), quando si è 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. Sulla base degli atti medici, si può ammettere che _____ sia rimasta vittima di un trauma del tipo "colpo di frusta" alla colonna cervicale. Del resto, l'assicurata ha subito un trauma che corrisponde allo svolgimento classico di un infortunio del tipo "colpo di frusta", ossia un tamponamento da tergo (cfr., ad esempio, STFA del 14 ottobre 2002 nella causa M., U 83/02, consid. 3.1, nonché E. Murer, Distorsionstrauma-HWS ohne sichtbare Folgen: konstruktive Ansätze statt Schleuderkurs, in SVG-Tagung 2002, Friburgo 2002, p. 2). 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, il TFA ha negato l'applicabilità della specifica giurisprudenza al caso di un assicurato che, vittima di un incidente della circolazione stradale con conseguente 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). Ora, nella concreta evenienza, dalla documentazione presente agli atti risulta che l'assicurata, immediatamente dopo l'incidente della circolazione del 14 gennaio 1996, ha sì accusato dei disturbi alla regione cervicale (oltre a quelli a livello lombare, che comunque non sono specifici per un trauma d'accelerazione cervicale), tuttavia essa non ha presentato altri sintomi che fanno parte del quadro tipico di un trauma d'accelerazione alla colonna cervicale oppure di un trauma equivalente. In effetti, dal certificato 23 gennaio 1996 del PS dell'_____ emerge che la ricorrente accusava, citiamo: "dolori soprascapolare a dx, dolori sotto mamellonare a dx., colonna, bacino i.o., nessun segno neurologico" (cfr. doc. _). In data 2 giugno 1996, il dott. _____ ha fatto stato della persistenza di disturbi alla regione della colonna cervicale (con irradiazioni verso le spalle e le braccia). Dal profilo terapeutico, il curante ha indicato di avere prescritto un ciclo di fisioterapia (cfr. doc. _). _____ ha ripreso a svolgere la propria attività lavorativa a tempo pieno già a contare dal 28 febbraio 1996 (doc. _). Nel mese di marzo 1996, essa è stata in grado di fare dello sci (cfr. doc. _). Da parte sua, il dott. _____ - che ha seguito l'assicurata durante i mesi da febbraio ad agosto 1996 - ha riferito che in quel periodo essa lamentava "... dei forti dolori cervicali irradianti nel membro superiore sinistro e lombari, irradianti nel membro inferiore destro fino al piede. La diagnosi era di lombo-sciatalgia destra e di sindrome radicolare di origine cervicale C5-C6 sinistra post-traumatica: una riacutizzazione del dolore nella regione dove lei aveva già precedentemente avuto i suoi problemi" (doc. _). Dai referti del dott. _____ - reumatologo consultato dall'assicurata nel corso del mese di ottobre 1996 - si evince che l'assicurata lamentava una sintomatologia algica in sede lombare, responsabile di una inabilità lavorativa del 50% a far tempo dal 14 ottobre 1996, senza

alcun accenno ad altro genere di disturbo (cfr. doc. _). Il dott. _____, autore della visita fiduciaria di controllo del 10 gennaio 1997, nel riportare i disturbi soggettivi così come descrittigli dalla ricorrente, ha indicato che essa si lamentava di una saltuaria sensazione di freddo al cuoio capelluto, di una saltuaria sensazione di assopimento dell'occhio destro, di un brevissimo obnubilamento del sensorio nel compiere movimenti frettolosi, saltuarie sensazioni di intorpidimento delle mani durante la guida, nonché dolori in sede paralombare destra, sede ileosacrale destra con sensazione di freddo irradiante verso gli inguini e verso l'interno delle cosce bilateralmente (cfr. doc. _, p. 2). È soltanto nel referto del dott. _____, relativo alla degenza 7-19 luglio 1997 presso la Clinica _____, che si fa accenno - con riferimento alla situazione constatata nel mese di febbraio 1997 - alla presenza di cefalee, di una sensazione di stanchezza e di difficoltà a carattere neuropsicologico (cfr. rapporto accluso al doc. _). Tale circostanza non è sfuggita neppure ai periti incaricati dall'assicuratore LAINF convenuto, i quale, a pagina 24 del loro rapporto del 10 gennaio 2002, affermano, citiamo: "(...) Bemerkenswert ist, dass lange in posttraumatischen Verlauf über thorakale und lumbale Beschwerden ausgeführt wurde und die Symptome einer HWS-Distorsion (abgesehen von einer Erwähnung von Dr. _____) keinen Niederschlag in den Akten gefunden haben. Da eine volle Arbeitsfähigkeit auf Ende Februar 1996 verfügt wurde (wie oben erwähnt sechs Wochen nach dem Unfall) neigt man sich, unter Berücksichtigung von anderen, oben genannten Faktoren, der Meinung von Dr. _____ anzuschliessen, wonach in Bezug auf die HWS eine Distorsion Grad 0, allenfalls Grad 1 Quebec Task Force vorhanden war." (doc. _, p. 24 - la sottolineatura è del redattore). Questa opinione è stata ribadita dai periti in data 8 marzo 2002, quando hanno risposto alle obiezioni sollevate dal patrocinatore di _____: "(...) Am 28. Februar 1996 wurde Frau _____ vom seinerzeitigen Hausarzt eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert (Unfall am 14. Januar 1996). Gemäss Aktenlage gehen wir davon aus, dass für diese Entscheidung das damalige Fehlen von limitierenden Beschwerden entscheidend war. Die weitere Durchsicht der Akten (erwähnt auf Seite 3 unseres Gutachtens mit Zitat aus dem Bericht von Dr. _____ vom 31.10.1996) lässt keine aktenkundigen Angaben über die Symptome der HWS-Distorsion entnehmen. Das trifft auch für die weiteren Aktenstücke zu, in welchen ausschliesslich über lumbale Beschwerden ausgeführt wird. Bis zum Eintrag von Dr. _____ vom Juli 1997 findet sich in den Akten keine Erwähnung von Symptome seitens der HWS. Von Dr. _____ wurde sogar explizit erwähnt, dass er die Patientin erstmals im Februar 1997 gesehen hat, wobei sie damals über keine schweren Schmerzen in der zervikalen region oder schwere Kopfschmerzen klagte. Ferner dokumentierte Dr. _____ am 12. August 1997 eine Stabilisierung und erwähnte, dass Frau _____ sogar gewisse sportliche Aktivitäten übernahm und ab 27.07.1997 voll arbeitete. Diese Aktenlage lässt wohl den schluss zu, dass die Beschwerden seitens der HWS intermittierend aufgetreten waren." (doc. _) Quindi, contrariamente a quanto sembra sostenere la ricorrente (cfr. I, p. 19: "..., fin dal sinistro del 14 gennaio 1996, la ricorrente ha manifestato i tipici sintomi di una simile sindrome, ..."), dei sintomi tipicamente dipendenti da un trauma del tipo "colpo di frusta" alla colonna cervicale (oppure da un trauma equivalente) sono stati fatti valere dall'insorgente soltanto a contare dal mese di febbraio 1997, a distanza di più di un anno dall'evento traumatico assicurato. A proposito della pretesa sottovalutazione del caso da parte del dott. _____ (cfr., ad esempio, I, p. 17s.), il TCA si limita ad osservare che comunque quanto da lui a suo tempo attestato riguardo alla sintomatologia presentata dall'assicurata, trova pieno riscontro nella restante documentazione medica. In una sentenza del 17 giugno

2003 nella causa M., U 358/02, il TFA ha affermato che la propria giurisprudenza in materia di traumi d'accelerazione al rachide cervicale, non presuppone che i sintomi tipici siano tutti costantemente presenti (cfr. consid. 3.1). In un'altra sentenza del 16 aprile 2003 nella causa X., U 256/02, la Corte federale ha precisato che qualora i disturbi appaiano con un lungo tempo di latenza, non solo i medesimi devono essere qualificati come aspecifici per un trauma d'accelerazione cervicale, ma esistono pure dei seri dubbi circa l'esistenza stessa di un nesso di causalità naturale con l'infortunio. Nel caso che era chiamata a giudicare l'Alta Corte ha così negato l'esistenza della causalità naturale trattandosi di un'assicurata, vittima di un incidente della circolazione stradale nel quale aveva apparentemente riportato un trauma cervicale del tipo "colpo di frusta", e che aveva denunciato l'apparizione di sintomi normalmente legati ad una tale lesione a distanza di circa sette anni dalla data dell'infortunio. In precedenza, essa aveva presentato esclusivamente dei problemi a livello del collo: "(...) Wohl ist rechtsprechungsgemäss nicht erforderlich, dass die charakteristischen Beschwerden bereits unmittelbar nach dem Unfall aufgetreten sind. Wenn aber, wie hier, die Latenzzeit (vgl. dazu RKUV 2000 Nr. U 359 S. 29 und Nr. U 391 S. 307, 1995 Nr. U 221 S. 111 Ziff. A/2 und S. 113 Ziff. B/1; Urteil Z. vom 18. März 2003, U 205/02, Erw. 2.3.1 mit Hinweisen) mehrere Jahre beträgt, müssen die erst danach gehäuft aufgetretenen Beschwerden nicht nur als für ein Schleudertrauma untypisch bezeichnet werden (nicht veröffentlichtes Urteil H. vom 10. Dezember 1999, U 249/98), sondern es bestehen auch hinsichtlich des vorliegend von den beteiligten Ärzten teilweise bejahten natürlichen Kausalzusammenhangs ernsthafte Zweifel. (...) " (STFA succitata, consid. 5.2). La I. Camera del TFA è pervenuta ad una conclusione analoga in una sentenza di principio del 25 febbraio 2003, trattandosi della questione a sapere se a delle turbe psichiche diagnosticate con un tempo di latenza di circa 2 anni e mezzo, poteva essere riconosciuta un'eziologia traumatica: "(...) 4.3.1 Für die erstmals anfangs Oktober 1998 während der stationären Abklärung im Spital Y. _____ diagnostizierte depressive Gesundheitsstörung kann sich somit lediglich fragen, ob es sich dabei um eine natürliche Folge des Unfalls vom 29. Januar 1996 und bejahendenfalls auch um eine adäquate Folge dieses Unfalls nach Massgabe der in BGE 115 V 133 ff. entwickelten, unfallbezogenen, objektiven Kriterien handelt. Diesbezüglich ist zu beachten, dass bei psychischen Störungen die Wahrscheinlichkeit eines ursächlichen Zusammenhangs mit einem Unfall entsprechend dem zeitlichen Abstand zwischen diesem und dem Auftreten von Symptomen einer psychogenen Gesundheitsstörung abnimmt, weil das Unfallerlebnis in der Regel mit der Zeit verarbeitet und verkräftet wird. Je grösser das zeitliche Intervall zwischen einem Unfall und dem Eintritt psychischer Störungen ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen. Andernfalls bestünde die Gefahr, dass schon bei nicht auszuschliessender oder bloss möglicher Kausalkette der natürliche Kausalzusammenhang bejaht oder einfach unterstellt und so das für den Nachweis des natürlichen Kausalzusammenhangs geltende Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit unterlaufen würde (Urteil B. vom 18. Mai 2001, U 474/00; nicht veröffentlichte Urteile A. vom 14. Januar 1999, U 146/98, und B. vom 23. Dezember 1991, U 73/89). 4.3.2 Im vorliegenden Fall beträgt die Latenzzeit zwischen dem Abklingen der durch den Unfall vom 29. Januar 1996 ausgelösten körperlichen Beschwerden und dem Auftreten einer spezialärztlich und damit verlässlich diagnostizierten psychischen Gesundheitsstörung rund 2½ Jahre. Hinzu kommt, dass der Unfall vom 29. Januar 1996 keine schweren körperlichen Verletzungen zur Folge hatte, keine stationäre Behandlung nötig machte und bloss eine

Einschränkung der Arbeitsfähigkeit während rund eines Monats zur Folge hatte. Psychische Störungen setzen aber nach einem Unfall häufig dann ein, wenn nach mehreren erfolglosen Operationen, längeren Hospitalisationen, schwierigem Heilungsverlauf mit wiederholten Abklärungs- und Therapieaufenthalten sowie wegen andauernder Schmerzen die befürchtete Nichtwiedererlangung der früheren Gesundheit und Arbeitsfähigkeit allmählich zur Gewissheit wird. Eine solche für die Auslösung psychischer Beschwerden im Anschluss an einen Unfall geeignete Sachlage ist hier nicht gegeben. Insgesamt ist daher auf Grund des beim Unfall vom 29. Januar 1996 erlittenen, relativ geringfügigen körperlichen Gesundheitsschadens und des relativ grossen zeitlichen Intervalls bis zum Eintritt einer psychogenen Gesundheitsstörung deren natürlicher Kausalzusammenhang mit dem rund 2½ Jahre zurückliegenden Unfallereignis mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu verneinen. Demgemäss erübrigt sich die Prüfung der diesbezüglichen Adäquanzfrage. " (STFA succitata - la sottolineatura è del redattore) Questo Tribunale ha statuito nello stesso senso in una sentenza del 12 settembre 2002 nella causa L., inc. n. 35.2000.29, riguardante un'assicurata, vittima anch'essa di un trauma del tipo "colpo di frusta" alla colonna cervicale a seguito di un tamponamento stradale, che aveva presentato dei disturbi di carattere neuropsicologico (ridotta capacità di concentrazione e di memoria) nonché nausea, vomito e vertigini, con un tempo di latenza di circa due anni e mezzo. Queste le ragioni che hanno portato il TCA a negare che tale sintomatologia potesse costituire una naturale conseguenza del trauma d'accelerazione riportato dall'assicurata: " (...) In concreto, va osservato che L., dopo l'evento infortunistico del luglio 1997, ha presentato soltanto in modo (molto) parziale disturbi che rientrano nel quadro tipico di un trauma cervicale del tipo "colpo di frusta". Nel certificato del 20 settembre 1997 del dottor R., relativo alla visita del 15 agosto 1997, si fa stato unicamente di disturbi localizzati al collo ed alle spalle nonché di una limitata mobilità del segmento cervicale (cfr. doc. __, p. 1 e __). Ancora in occasione della consultazione del 3 agosto 1998 - dunque a più di un anno dal sinistro - il suddetto reumatologo ha unicamente attestato l'esistenza di una muscolatura contratta nella regione del collo e delle spalle nonché di una disfunzione segmentale a livello C1/2 e 2/3 a destra (cfr. doc. __). Durante la visita peritale del 1° febbraio 1999, il dott. B. ha potuto oggettivare soltanto una discreta limitazione della rotazione verso sinistra della colonna cervicale ed una modesta contrattura muscolare nella regione del cinto scapolare. Soggettivamente, L. lamentava dei lievi dolori al collo, evocabili alla digitopressione (cfr. doc. __, p. 4). Da parte sua, il dott. C., in data 15 aprile 1999, ha riferito soltanto di una "... disfunzione dei segmenti alti alla cervicale, con rotazione bloccata verso sx di C1 su C2 e di C2 su C3" (cfr. certificato del 23.6.1999 accluso al doc. __). Dal rapporto 1° ottobre 1999 della dott.ssa P., spec. FMH in neurologia, relativo al consulto del 28 settembre 1999, risulta che l'assicurata presentava, citiamo: "... una muscolatura paravertebrale simmetricamente sviluppata. Una modica limitazione della lateroversione a sinistra, mentre l'inclinazione e la reclinazione sono libere, nessuna riproducibilità di dolori col colpo di tosse e nemmeno con la prova di Valsalva. (...). Neurologicamente posso affermare che non vi sono segni di un'irritazione di un danno radicolare o midollare, in particolare nessun fattore patologico dall'ottica neuromuscolare. La fenomenologia della cefalea descritta evoca un' eziologia tensionale. Non vi sono segni di elementi emicranici né cervicogeni" (doc. __ 1, p. 3). Durante la degenza 20 settembre-1° ottobre 1999 presso la Clinica X., il dott. C. ha osservato "... una disfunzione alla rotazione verso sinistra con blocco dei segmenti cervicali C1/C2, C2/C3 e trigger points alla muscolatura suboccipitale e del collo anteriore" (cfr. doc. __, p. 2). Da notare ancora che sino al suo ricovero presso il suddetto istituto di cura - quindi per più di due anni - L. è sempre

stata in grado di esercitare la sua attività professionale a tempo pieno. È solo nei referti della Clinica di riabilitazione Y. che, per la prima volta (posto come la prima consultazione presso il Prof. dott. E. abbia avuto luogo il 25 febbraio 2000, cfr. doc. __, p. 1), si fa accenno - oltre alla nota sintomatologia a livello cervicale e delle spalle - all'insorgenza di disturbi di carattere neuropsicologico (ridotta capacità di concentrazione e di memoria) nonché di nausea, vomito e vertigini (cfr. doc. __). Manifestatisi con un tempo di latenza di circa due anni e mezzo, tali disturbi non possono essere considerati delle conseguenze del trauma di accelerazione al rachide cervicale lamentato dalla ricorrente. In questo senso si è pure espressa la Commissione "Whiplash-associated Disorder" della Società svizzera di neurologia, autrice di un cosiddetto "foglio di consenso", secondo la quale deve essere ritenuta inverosimile l'insorgenza di nuovi sintomi dopo un intervallo libero da disturbi o, altrimenti detto, il quadro tipico dei disturbi deve manifestarsi all'istante, rispettivamente, durante i primi giorni dopo l'infortunio (cfr. rapporto del 13.7.2001 del dottor B. _____, attivo presso la Divisione medica dell'INSAI a Lucerna, citato nella STCA dell'11 luglio 2002 nella causa T., inc. 35.2002.22, consid. 2.3. in fine: " 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"; cfr., pure, Schnider, Annoni, Dvorak, Ettlín, Gütling, Jenzer, Radanov, Regard, Sturzenegger, Walz, Beschwerdebild nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma "whiplash-associated disorder", Boll. dei medici svizzeri 2000, p. 2218ss.). Del resto, va pure ricordato che la giurisprudenza del TFA insegna che, p iù il tempo trascorso fra l'infortunio e la manifestazione dell'affezione é lungo, e piú le esigenze riguardanti la prova del nesso di causalità naturale devono essere severe (cfr. RAMI 1997 U 275, p. 188ss.; RJJ 1994, p. 46 consid. 1b). " (STCA succitata, consid. 2.5.) Limitatamente a questo aspetto, il summenzionato giudizio cantonale è stato confermato dal TFA con sentenza del 2 settembre 2003 nella causa L., U 299/02. L'Alta Corte ha al proposito rilevato: " A prescindere da tale constatazione, va comunque notato che i sintomi tipici ricollegabili a un trauma del tipo "colpo di frusta" sono essenzialmente stati rilevati, in forma multipla, per la prima volta nella primavera del 2000, in occasione della degenza, avvenuta dal 27 aprile al 25 maggio 2000, presso la Clinica riabilitativa di Y., ossia a distanza di 2 anni e 9 mesi dall'incidente (sul significato attribuito dalla giurisprudenza alla manifestazione tardiva dei sintomi, cfr. sentenza del 12 luglio 2002 in re M., U 34/02, consid. 3b/aa [tempo di latenza: 2 anni dall'ultimo infortunio], e sentenza inedita del 10 dicembre 1999 in re H., U 249/98 [tempo di latenza: 3 ½ anni]) e, ciò che piú conta, posteriormente alla decisione su opposizione in lite del 23 febbraio 2000 che delimita temporalmente il potere cognitivo del giudice (consid. 2.1). Ora, già solo per questo motivo, non avendo potuto, al momento determinante della decisione su opposizione in lite, ravvisare il quadro tipico dei sintomi ricollegabile ai traumi cervicali del tipo "colpo di frusta", a ragione la Corte cantonale non poteva nemmeno valutare - e riconoscere eo ipso - la persistenza del necessario nesso di causalità naturale tra l'incapacità lavorativa della ricorrente e l'infortunio del 19 luglio 1997 in base alle regole stabilite in quell'ambito. " (STFA succitata, consid. 3) Apparsa con un tempo di latenza di oltre un anno, la

sintomatologia accusata da _____ va giudicata come (perlomeno) atipica (cfr. STFA del 16 aprile 2003 nella causa X., U 256/02, succitata) per un trauma d'accelerazione al rachide cervicale. Per questo motivo la questione della causalità è stata risolta secondo le regole ordinarie (cfr. consid. 2.13.), anziché in applicazione della giurisprudenza specifica in materia di infortuni del tipo "colpo di frusta", e, in questo senso - apparendo i disturbi lamentati dalla ricorrente privi di sufficiente sostrato organico - va negata l'esistenza di un nesso di causalità naturale con l'infortunio assicurato. 2.13. _____ presenta certamente dei problemi a livello psichico. I sanitari della Clinica psichiatrica " _____", dove _____ ha soggiornato dal 3 al 27 marzo 1999, hanno certificato che, a quel momento, essa soffriva di una sindrome post-traumatica da stress con alterazioni della condotta in personalità a tratti fobico-ossessiva, di una sindrome da dolore cronico su lesioni traumatiche della colonna lombo-sacrale e, infine, di una sindrome da deconditioning (cfr. I, p. 7 e doc. __, p. 7). La dott.ssa _____, presso la quale la ricorrente è entrata in cura nel mese di maggio 2000, con certificato del 5 marzo 2001, ha posto la diagnosi di sindrome post-traumatica da stress con umore depresso (cfr. doc. __). Da parte sua, il Prof. dott. _____, che ha periziato l'assicurata il 18 giugno 2001, ha sostenuto che essa soffre di una, citiamo: "neurotischen Persönlichkeit (ICD10 F60.8), allenfalls mit Zügen einer ängstlich vermeidenden und abhängigen Persönlichkeit sowie eine Störung aus dem Kreis der somatoformen (d.h. psychosomatischen) Störungen (ICD10 F45.8) mit Anteilen einer somatoformen Schmerzstörung (ICD10 F45.4) sowie einer somatoformen autonomen Störung (ICD10 F45.3)" (doc. __, p. 29). Da notare che il Prof. _____ ha escluso che _____ possa avere sofferto (e soffrire) di una sindrome post-traumatica da stress (cfr. doc. __, p. 28: "Wir wollen noch einmal darauf eingehen, dass sich gemäss Aktenlage und der aktuellen Untersuchung keine Anhaltspunkte für eine posttraumatische Belastungsstörung finden lässt. Wiederholen wollen wir, dass die initiale emotionale Reaktion nicht auf einen Angststaeftekt hindeuten und demzufolge auch nicht darauf, dass die Patientin das Trauma als potentiell gefährlich, allenfalls lebensbedrohlich erlebt hat. So fehlen seinerzeit auch (zumal gemäss Akten) Zeichen eines Meideverhaltens eines "Stress" bei der Exposition gegenüber Situationen, die an das Unfallgeschehen erinnern. Ohne eine solche initiale Reaktion ist auch ein verzögerter Beginn einer posttraumatische Belastungsstörung nicht zu rechtfertigen. Es ist ebenfalls darauf hinzuweisen, dass auch anlässlich des Aufenthaltes in der _____-Klinik _____ die Diagnose einer posttraumatische Belastungsstörung nicht erhärtet wurde, sondern lediglich der Verdacht darauf geäussert wurde. Es ist ferner ebenfalls darauf hinzuweisen, dass im Zusammenhang mit einer rund ein Jahr vor der genannten Hospitalisation in _____ stattgefundenen ambulanten Untersuchung, die Patientin in der selben Klinik anamnestisch keine Angaben, die für eine posttraumatische Belastungsstörung hinweisend sind, deponiert hat. Die aktuell angegebenen, früher vorhandenen Angststörungen der Patientin, welche nun als völlig abgeklungen gelten, müssen somit in einem anderer Zusammenhang gesehen werden. Als plausibelste Erklärung kommt deren neurotische Grundlage in Frage" - la sottolineatura è del redattore). In occasione della sua seconda degenza presso la Clinica di riabilitazione di _____ (12 giugno-10 luglio 2002), lo stato psichico di _____ è stato indagato dal dott. _____. Questo specialista in psichiatria ha diagnosticato una persistente sindrome dolorifica somatoforme (ICD10 F45.4), una neurastenia (ICD10 F48.0), una "neurotische Persönlichkeitsstruktur mit Zügen der ängstlich vermeidenden und abhängigen Persönlichkeitsstörung" nonché uno stato dopo sindrome post-traumatica da stress (cfr. doc. __, p. 8s.). D'altra parte, il dott.

_____ ha riconosciuto all'infortunio del gennaio 1996 un ruolo causale parziale per quanto concerne la persistente sindrome dolorifica somatoforme e la neurastenia. Al proposito, egli ha sottolineato che le condizioni di salute psichica dell'assicurata erano già labili prima del sinistro in questione, e ciò in ragione, da un canto, dell'infortunio del 1989 e delle sue sequele nonché della diagnosticata struttura di personalità neurotica (cfr. doc. __, p. 11s.). Infine, il dott. _____ - psichiatra che segue l'insorgente dal mese di luglio 2002 - ha sostenuto che la propria paziente soffre di una persistente sindrome dolorifica somatoforme (ICD10 F45.4), di una neurastenia (ICD10 F48.0) nonché di uno stato dopo sindrome post-traumatica da stress, disturbi da ricondurre all'incidente stradale del 14 gennaio 1996 e ad un'insufficiente presa a carico al momento del sinistro. Egli ha peraltro fermamente contestato che _____ presenti una struttura neurotica della personalità (cfr. doc. __, p. 6). In un rapporto successivo, datato 15 maggio 2003, lo stesso dott.

_____ ha diffusamente criticato le diagnosi a suo tempo poste dal Prof. _____, nella perizia di parte del 10 gennaio 2002 (cfr. doc. __). Da quanto precede emerge che già l'aspetto diagnostico delle turbe psichiche lamentate da _____ è stato oggetto di valutazioni specialistiche contrastanti fra loro. Quindi, a maggiore ragione, non è possibile trarne delle conclusioni affidabili per quel che riguarda la loro eziologia. Questa Corte ritiene, nondimeno, di potersi esimere dall'esaminare più da vicino la questione riguardante la natura dei disturbi psichici di cui è portatrice la ricorrente, poiché, anche nell'ipotesi in cui si dovesse ammettere che questi ultimi costituiscono una naturale conseguenza dell'infortunio assicurato, ciò non sarebbe ancora sufficiente per poter impegnare la responsabilità dell'assicuratore LAINF convenuto, facendo difetto - così come verrà meglio dimostrato in seguito - l'adeguatezza del nesso di causalità, aspetto che deve essere valutato alla luce dei criteri sviluppati nella DTF 115 V 133ss.. In questo ordine di idee - essendo l'esame della causalità adeguata una mera questione giuridica - è inutile che il TCA ordini una perizia psichiatrica oppure proceda all'audizione testimoniale del dott. _____.

2.14. A proposito dell'adeguatezza del legame causale va rilevato quanto segue. Occorre, avantutto, procedere alla classificazione dell'infortunio occorso all'insorgente. La dinamica dell'incidente stradale del 14 gennaio 1996 risulta dal rapporto di polizia del 28 gennaio 1996 (documento che peraltro già figura nell'incarto prodotto dalla _____) e, d'altronde, non è mai stata oggetto di discussione fra le parti: " (...). La protagonista _____ circolava con la sua _____ su Via _____ e scendeva verso _____. Era sua intenzione svoltare poi a sinistra su _____ e passare da _____. Giunta all'intersezione ha dovuto fermarsi perché in senso contrario sopraggiungeva il protagonista _____ che saliva verso l'_____. Quando era ferma e la vettura _____ era quasi alla sua altezza improvvisamente veniva tamponata dalla vettura guidata dalla protagonista _____ che la seguiva sulla discesa di Via _____. A seguito di questo la vettura della _____ veniva spinta sulla corsia di contromano ed entrava in violenta collisione con la vettura dell'automobilista _____. Dopo l'urto tutte le automobili sono rimaste nella posizione finale da noi accertata. " (doc. __, p. 6) Conformemente ad un'ormai affermata giurisprudenza federale, semplici tamponamenti, avvenuti ad esempio in prossimità di un semaforo o di un passaggio pedonale, costituiscono degli infortuni di grado medio al limite della categoria degli infortuni leggeri o insignificanti (cfr. STFA del 6 novembre 2002 nella causa G., U 99/01, consid. 4.1.: "Der erlittene Verkehrsunfall ist mit der Vorinstanz im mittleren Bereich, hier aber eher an der Grenze zu den leichten Unfällen anzusiedeln. Dies entspricht auch der Praxis des Eidgenössischen Versicherungsgerichts, welches Auffahrkollisionen auf ein

haltendes Fahrzeug in der Regel als mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen qualifiziert (Urteil B. vom 22. Mai 2002, U 339/01)" - la sottolineatura è del redattore; cfr., pure, STFA del 21 giugno 1999 nella causa E., U 128/98, consid. 3 e riferimenti; U. Müller, op. cit., p. 431ss.; P. Jäger; Darstellung und Kritik der neueren Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts zum adäquaten Kausalzusammenhang beim Schleudertrauma der Halswirbelsäule, in HAVE/REAS 4/2003, p. 296). Nel caso di specie, occorre tuttavia tenere conto che, dopo essere stata tamponata, l'automobile guidata dall'assicurata è entrata in collisione frontale con una vettura che procedeva in senso contrario. Ora, alla luce della dinamica dell'evento e delle lesioni riportate, l'infortunio occorso a _____ può essere classificato, a mente del TCA, fra gli infortuni di grado medio all'interno della categoria media, così come correttamente indicato dall'assicurazione in sede di risposta di causa (cfr. VI, p. 13) Del resto, confrontati a fattispecie analoghe a quella ora sub judice, tanto questa Corte quanto il TFA hanno, nel passato, proceduto ad identiche classificazioni. Vedi ad esempio: - STFA del 31 marzo 1994 nella causa M. St., U 119/91, concernente un incidente della circolazione in cui l'automobile dell'assicurato, a seguito di un tamponamento, è uscita di strada verso sinistra, ha urtato un palo, si è girata di 180° ed ha terminato la sua corsa dopo circa 7 metri; - STFA del 7 agosto 1996 nella causa H., U191/95, riguardante un incidente in cui l'autovettura guidata dal marito dell'assicurata è uscita di strada, è salita su di una scarpata e si è rovesciata sul tetto; - STFA dell'11 novembre 1998 nella causa R., U 67/97, riguardante uno scontro frontale fra due autovetture, a seguito del quale l'interessato ha riportato una commotio cerebri, un trauma lombare ed una contusione al torace; - STCA del 23 novembre 1998 nella causa V.-R., inc. n. 35.1996.139 - confermata dal TFA con sentenza del 18 giugno 1999, U 45/99 - concernente un incidente della circolazione in cui il veicolo su cui viaggiava l'assicurata si è frontalmente scontrato con un'autovettura condotta da un individuo in stato d'ebrietà; - STFA del 19 febbraio 1999 nella causa D., U 115/98, concernente un incidente della circolazione stradale in cui l'autovettura sulla quale si trovava l'assicurato è uscita di strada, si è capovolta tre o quattro volte ed ha terminato la propria corsa ad una distanza di ben 42 metri. L'assicurato ha riportato diverse ferite lacero-contuse al volto, al naso ed alla regione della gola, nonché la frattura aperta della mascella inferiore e la frattura della testa della mascella a sinistra; - STCA del 22 aprile 1999 nella causa K., inc. n. 35.1998.5, riguardante un incidente della circolazione stradale in cui l'assicurato, al volante della propria autovettura, stava urgentemente trasportando all'ospedale il figlio in preda ad una crisi epilettica, quando, nel superare due automobili che lo precedevano, è entrato in collisione con la parte anteriore destra di una vettura proveniente in senso inverso. A seguito del violento scontro, l'assicurato ha riportato essenzialmente un trauma distorsivo al rachide cervicale; - STCA del 17 aprile 2001 nella causa G., inc. n. 35.1999.135, concernente un incidente della circolazione stradale, avvenuto sul tratto autostradale Lugano-Chiasso, in cui l'autovettura condotta dal ricorrente ha iniziato una manovra di sorpasso ad una velocità di circa 110/120 km/h, allorquando la vettura che stava per essere superata si è, anch'essa, improvvisamente spostata sulla corsia di sorpasso. Onde evitare uno scontro, l'assicurato ha sterzato bruscamente verso sinistra, entrando con le ruote nel manto erboso laterale. A questo punto, il conducente ha perso la padronanza del veicolo, il quale, sbandando, ha attraversato la carreggiata ed è andato a collidere contro il guardrail di destra. L'automobile ha terminato la propria corsa, più avanti, sulla corsia di sorpasso. L'assicurato ha riportato una commotio cerebri con amnesia pericircostranziale completa e diverse contusioni, in particolare a livello del rachide

cervicale e della spalla destra; - STCA del 2 ottobre 2001 nella causa C., inc. n. 35.1999.95, riguardante un incidente della circolazione stradale, avvenuto in autostrada nei pressi di Pesaro (I), in cui l'autovettura sulla quale si trovava l'assicurata, all'imbocco di una galleria, ha cominciato a sbandare verso sinistra. L'auto si è messa di traverso nella carreggiata, con la parte posteriore spostata più a sinistra. Ha poi cozzato con quest'ultima contro la parete della galleria, veniva ributtata verso destra e con la parte anteriore colpiva l'altra parete della galleria. Veniva poi ancora ributtata dall'altra parte della galleria e cozzava di nuovo contro la parete di sinistra della carreggiata e poi un'altra volta a destra. Il veicolo si è poi fermato praticamente fuori dall'altra parte della galleria. A causa del sinistro, l'assicurata ha riportato una frattura diafisaria distale pluriframmentaria dell'omero destro con paresi totale del nervo radiale destro con aprassia da compressione; - STCA del 23 aprile 2002 nella causa S., inc. n. 35.2000.15 - confermata dal TFA con giudizio del 12 febbraio 2003, U 170/02 - concernente un incidente della circolazione stradale in cui l'assicurato ha perso il controllo del proprio veicolo ed è andato ad urtare - all'interno di una galleria - frontalmente contro due vetture che sopraggiungevano sulla corsia di contromano. Esso ha lamentato una commotio cerebri, una contusione al fianco, una leggera contusione al rene destro, una sospetta frattura della quarta/quinta costola laterale destra nonché escoriazioni al braccio destro. A mero titolo di raffronto, si ricorda che questa Corte, in una sentenza del 7 giugno 1999 nella causa K., inc. n. 35.1997.10+25 - confermata dal TFA con giudizio del 13 gennaio 2000, U 284/99 - ha classificato fra gli infortuni di categoria grave, l'incidente della circolazione stradale in cui, a causa di un colpo di sonno, l'assicurato, al volante della propria autovettura, a bordo della quale avevano trovato posto altre 5 persone, ha invaso la corsia di contromano ed è entrato in collisione, ad una velocità di 100/110 km/h, con un camion a rimorchio che viaggiava alla velocità di 80/85 km/h, riuscendo ad arrestarsi soltanto ad una distanza di circa 19 metri dal punto d'impatto. A seguito dell'urto, l'assicurato ha riportato gravi lesioni in diverse parti del corpo. Il figlio dell'assicurato si è anch'esso procurato delle gravi lesioni fisiche. Il cognato dell'interessato, che era seduto sul sedile posteriore sinistro, è deceduto sul luogo dell'incidente. Il TCA ha qualificato allo stesso modo l'incidente della circolazione stradale in cui il conducente della vettura sulla quale si trovava l'assicurata, a seguito di un sorpasso effettuato ad alta velocità - almeno 150 km/h secondo le testimonianze - ha perso la padronanza del veicolo ed è andato a cozzare contro un muro posto sulla sua destra. In ragione della violenza dell'urto, i due occupanti sono stati sbalzati fuori dall'abitacolo e sono finiti sulla carreggiata. L'automobile, dopo l'urto, si è spezzata in due tronconi ed è rimbalzata all'indietro fermandosi sulla corsia di contromano. L'assicurata si è procurata gravi lesioni in diverse parti del corpo. Il conducente è invece deceduto sul luogo dell'incidente (cfr. STCA del 27 agosto 2001 nella causa P., inc. n. 35.1999.45, confermata dal TFA, limitatamente a questo aspetto, con pronunzia del 25 febbraio 2003, U329/01+330/01). Parimenti, nella sentenza del 15 dicembre 1994 nella causa M. I. - citata in RAMI 1995 U215, p. 91 - il TFA ha classificato nella categoria degli infortuni gravi, l'incidente della circolazione stradale in cui, a causa di una collisione frontale fra due autovetture, l'assicurato/passeggero di una di esse ha subito un grave politrauma (trauma addominale, trauma cranio-cerebrale con commotio cerebri, trauma toracico con fratture multiple di coste a sinistra, importante contusione polmonare, frattura comminuta intrarticolare aperta del piatto tibiale sinistro, sezione dell'arteria radiale a livello dello spazio inter-metacarpale dorsale alla mano destra) ed i suoi due compagni di viaggio sono deceduti. Nella sentenza del 4 settembre 2000 nella causa E., inc. n. 35.1998.95+101, questa Corte ha giudicato di grado medio al limite della categoria degli

infortuni gravi, l'incidente della circolazione stradale, avvenuto sull'autostrada Basilea-Karlsruhe, in cui l'automobile, sulla quale si trovava l'assicurato, ha iniziato una manovra di sorpasso ad una velocità di circa 130 km/h, allorquando la vettura che la precedeva si è, anch'essa, improvvisamente spostata sulla corsia di sorpasso. Onde evitare uno scontro, il conducente ha dapprima sbattuto contro il guardrail di sinistra per poi ritornare sulla carreggiata. A questo punto, egli ha completamente perso la padronanza del veicolo, il quale si è rovesciato sul tetto ed è scivolato trasversalmente sulla carreggiata per circa 200 metri, terminando la propria corsa contro un albero situato sul fondo di una scarpata. A causa del sinistro, l'assicurato ha riportato una distorsione al rachide cervicale nonché un'importante ferita lacero-contusa al cranio, nella zona fronto-parietale. Sua figlia di sei anni - in stato di coma, con uno shock emorragico ed un'instabilità al bacino - è stata intubata sul luogo dell'incidente e trasportata d'urgenza presso l'Ospedale cantonale di Basilea. Qui, i medici - constatate le gravi lesioni riportate (commotio cerebri , frattura dell'osso pubico destro con lussazione della sinfisi pubica, frattura della tibia destra, ematoma retro-peritoneale su tamponamento della vescica con distacco completo dell'uretra dal collo vescicale, lacerazione completa della parete posteriore della vagina e lacerazione della parete anteriore del retto fino alla muscolaris mucose) - l'hanno sottoposta ad una laparotomia d'urgenza con revisione e sutura dell'uretra, della vagina e del retto nonché stabilizzazione del bacino con posa di un fissatore esterno. Il giudice è, quindi, tenuto a valutare le circostanze connesse con l'infortunio, secondo i criteri elaborati dal TFA e qui evocati al consid. 2.4.. Affinché possa essere ammessa l'adeguatezza del nesso causale, sarebbe necessario che un fattore sia presente in maniera particolarmente incisiva oppure l'intervento di più criteri. In concreto, non è possibile individuare né un fattore concomitante particolarmente incisivo né l'esistenza di più fattori. L'incidente del 14 gennaio 1996 non si è svolto secondo circostanze concomitanti particolarmente drammatiche o spettacolari: si è, in fondo, trattato di un "normale incidente della circolazione stradale". A titolo di confronto, il TFA ha, ad esempio, riconosciuto l'esistenza di circostanze drammatiche, trattandosi di un infortunio in cui l'assicurato rimase imprigionato fra il contrappeso di una gru ed una cassaforma, subendo uno sventramento e la frattura del bacino (DTF 107 V 173ss.), trattandosi di un incidente della circolazione stradale che determinò un morto e diversi feriti gravi fra i suoi protagonisti, in cui l'autovettura dell'assicurato si capovoltò ripetutamente e finì fuori strada (DTF 113 V 307ss.) oppure ancora trattandosi di un'assicurata che si vide rompere in testa un pesante piatto da mensa da parte di una collega di lavoro, la quale, in un secondo tempo, la colpì ripetutamente al volto con un coccio . L'interessata riportò varie contusioni e ferite da taglio, fra cui una profonda alla fronte (STFA del 2 agosto 1994 nella causa G., U 81/94). Per contro, non ne ha ammesso la presenza, trattandosi di un incidente stradale in cui l'autovettura guidata dal marito dell'assicurata uscì di strada, salì su di una scarpata e si rovesciò. L'assicurata riportò un trauma cerebrale e delle contusioni cervicali, toraciche e lombari (STFA del 7 agosto 1996 nella causa H., inedita). Va inoltre rilevato che nella succitata pronuncia del 23 aprile 2002 nella causa S., il TCA ha negato che il criterio della spettacolarità dell'infortunio fosse realizzato in maniera particolarmente incisiva. Il TFA, nella sua sentenza del 12 febbraio 2003, ha avallato la tesi di questa Corte, osservando: " (...), pur essendo in presenza - in considerazione dell'elevata velocità alla quale è avvenuta la perdita di controllo del veicolo come pure del luogo dell'incidente - di un caso limite, la tesi dei primi giudici, secondo cui l'evento in esame non presenterebbe il grado di spettacolarità necessario richiesto dalla prassi di questo Tribunale (cfr. RAMI 1990 no. U

101 pag. 214 consid. 8c/aa: "le circostanze concomitanti particolarmente drammatiche o la particolare spettacolarità dell'infortunio"), non è contraria alla giurisprudenza sviluppata dallo stesso. Questa Corte ha in effetti già negato la stessa qualifica ad un incidente della circolazione in seguito al quale il veicolo interessato, dopo essere inspiegabilmente uscito di strada, si era capovolto 3-4 volte su se stesso prima di fermarsi a 42 metri di distanza (sentenza inedita del 19 febbraio 1999 in re D., U 115/98, citata dal giudizio impugnato), così come aveva precedentemente fatto in relazione a un passeggero di un'automobile che, in seguito alla collisione di quest'ultima con un'altra vettura, era stato sbalzato sulla strada attraverso il finestrino, finendo con la gamba schiacciata fino all'inguine dalla macchina capovoltasi (sentenza inedita del 29 ottobre 1991 in re A., U 62/90) oppure ancora, successivamente, nel caso pubblicato in RAMI 1995 no. U 215 pag. 90, relativo allo scontro tra un camion, che non aveva rispettato un obbligo di dare precedenza, e una ciclista, e che provocò a quest'ultima una frattura multipla del pube nonché una contusione alla coscia. " (STFA succitata, consid. 4.3). Quelle riportate dalla ricorrente - trauma distorsivo al rachide cervicale e lombare, contusione all'emitorace destro e lesione dentaria - non costituiscono delle lesioni organiche gravi o particolarmente idonee a provocare un'elaborazione psichica abnorme (cfr. STFA del 21 giugno 1999 nella causa E., U 128/98, in cui il TFA ha espressamente negato la realizzazione di quest'ultimo criterio di rilievo, trattandosi di un assicurato che aveva riportato un trauma di accelerazione al rachide cervicale a causa di un incidente della circolazione stradale; cfr., sempre nello stesso senso, la STFA del 31 maggio 2001 nella causa W., U 190/00 e la STCA del 28 settembre 2001 nella causa C., inc. 35.2000.20, confermata dal TFA con giudizio del 17 ottobre 2002, U 371/01). Dagli atti di causa non risulta neppure che l'assicurata sarebbe rimasta vittima di errori nella cura medica, i quali avrebbero notevolmente aggravato gli esiti dell'evento traumatico. Tenuto conto, da un canto, che nell'apprezzamento dell'adeguatezza del nesso di causalità in materia di turbe psichiche, si devono considerare esclusivamente i disturbi di natura organica che si trovano in una relazione di causalità naturale (ed adeguata) con l'infortunio assicurato (cfr. RAMI 1999 U 341 p. 409 e 1993 U 166 p. 94 consid. 2c e riferimenti) e, d'altro canto, che è stato accertato che, a contare dal mese di ottobre 1996 (quindi a distanza di circa 9 mesi dall'incidente), _____ non presentava più alcun postumo organico oggettivabile dell'evento del giugno 1996 (cfr. consid. 2.12. in fine), non possono essere ritenuti soddisfatti i criteri della durata eccezionalmente lunga della cura medica, dei dolori somatici persistenti, del decorso sfavorevole della cura e delle complicazioni rilevanti intervenute, nonché del grado e della durata dell'incapacità lavorativa. Se ne deduce che l'infortunio del 14 giugno 1996 non ha avuto, secondo il corso ordinario delle cose e l'esperienza della vita, un significato decisivo per l'instaurazione dei disturbi psichici di cui _____ attualmente soffre: l'adeguatezza del nesso di causalità non può, quindi, venire ammessa. In siffatte condizioni, non è censurabile il fatto che la _____ abbia ritenuto estinto il diritto della ricorrente di beneficiare di ulteriori prestazioni assicurative.

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