

TI_GERICHTE 35.2007.13 vom 15. Oktober 2007

TI Tribunale d'appello, 2007-10-15, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2007.13

FR: TI_GERICHTE 35.2007.13 du 15 octobre 2007

IT: TI_GERICHTE 35.2007.13 del 15 ottobre 2007

Regeste

Contabile, nel frattempo deceduto, vittima di trauma d'accelerazione cervicale nel 09/1996. Respinta censura di decisione immotivata. Ammesso che assicurato aveva ritrovato piena capacità lavorativa nella sua abituale professione a far tempo da 07/1998. Negato diritto rendita di invalidità

Erwägungen

E. 30

giugno 1998, oppure no. 2.5. Giusta l'art. 10 LAINF, l'assicurato ha diritto alla cura appropriata dei postumi d'infortunio (cfr. DTF 109 V 43 consid. 2a; art. 54 LAINF) e, in applicazione dell'art. 16 LAINF, l'assicurato totalmente o parzialmente incapace di lavorare (cfr. art. 6 LPG) a seguito d'infortunio, ha diritto all'indennità giornaliera. Il diritto all'indennità giornaliera nasce il terzo giorno successivo a quello dell'infortunio. Esso si estingue con il ripristino della piena capacità lavorativa, con l'assegnazione di una rendita o con la morte dell'assicurato. Parimenti, il diritto alle cure cessa qualora dalla loro continuazione non sia da attendersi un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato: nemmeno persistenti dolori bastano a conferire il diritto alla continuazione del trattamento se da questo non si può sperare un miglioramento sensibile dello stato di salute (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), Losanna 1992, p. 41ss.). Se, al momento dell'estinzione del diritto alle cure mediche, sussiste un'incapacità lucrativa, viene corrisposta una rendita d'invalidità o un'indennità unica in capitale: l'erogazione di indennità giornaliera cessa con il diritto alle prestazioni sanitarie. D'altro canto, nella misura in cui l'assicurato è portatore di una menomazione importante e durevole all'integrità fisica o mentale, egli ha diritto ad un'indennità per menomazione all'integrità giusta gli artt. 24s. LAINF. 2.6. Dalle tavole processuali emerge che, con decisione de facto del 13 luglio 1998, la CO 1 ha dichiarato estinto il diritto alle prestazioni di corta durata (cura medica e indennità giornaliera) a decorrere dal 1° luglio 1998, ritenuto che da ulteriori misure terapeutiche non vi erano più da attendersi dei sensibili miglioramenti dello stato di salute dell'assicurato (doc. 112). Tale decisione - che peraltro non era stata all'epoca oggetto di contestazioni da parte dell'assicurato -, trova il proprio fondamento nel referto 15 giugno 1998 del dott. _____, spec. FMH in chirurgia della mano, relativo alla visita fiduciaria del 5 maggio 1998, in occasione della quale egli aveva dichiarato ormai stabilizzate le condizioni di salute di _____ (doc. 108: "... nella situazione attuale ritengo che qualsiasi terapia conservativa o chirurgica non possa migliorare lo stato del paziente. Ritengo quindi giusto interrompere ogni cura e valutare il danno residuale permanente, eventualmente un danno d'invalidità." - il corsivo è del redattore). Essa ha del resto trovato conferma nella perizia 16 giugno 2000 del dott. _____, spec. FMH in neurologia, per il quale lo stato di salute dell'assicurato si è

stabilizzato al più tardi trascorsi due anni dall'infortunio del 27 settembre 1996 (doc. 162, p. 12: "... l'état de santé actuel de _____, eu égard à l'accident et à ses séquelles, peut être considéré comme stabilisé et ceci au plus tard au terme de la 2ème année post-traumatique."). In esito a quanto precede, questa Corte ritiene dunque corretto che l'amministrazione, in virtù dell'art. 19 cpv. 1 LAINF, abbia posto termine alle prestazioni di corta durata, segnatamente all'indennità giornaliera, a decorrere dal 1° luglio 1998. L'esistenza di una eventuale incapacità al guadagno andrebbe pertanto indennizzata grazie al riconoscimento di una rendita di invalidità, aspetto che il TCA esaminerà nei considerandi seguenti.

2.7. Il 1° gennaio 2003 è entrata in vigore la Legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA). Con la stessa sono state modificate numerose disposizioni contenute nella LAINF. Dal profilo temporale il giudice delle assicurazioni sociali applica di principio le norme di diritto materiale in vigore al momento in cui si realizza la fattispecie che esplica degli effetti (cfr. DTF 129 V 1; DTF 128 V 315=SVR 2003 ALV Nr. 3; DTF 127 V 467 consid. 1; DTF 126 V 166 consid. 4b; STFA del 10 settembre 2003 nella causa Cassa pensioni X. c/ C., B 28/01; STFA del 20 gennaio 2003 nella causa V. e V.-A., K 133/01). Inoltre, il Tribunale delle assicurazioni, ai fini dell'esame della vertenza, si fonda di regola sui fatti che si sono realizzati fino all'emanazione della decisione amministrativa contestata (cfr. DTF 128 V 315=SVR 2003 ALV nr. 3; DTF 121 V 366 consid. 1b). Di conseguenza, nel caso in esame, nella misura in cui si chiede il riconoscimento di una rendita di invalidità dal 1° luglio 1998, questa pretesa, per il periodo sino al 31 dicembre 2002, va vagliata in base alle disposizioni di diritto materiale della vLAINF. Per il resto, trattandosi di prestazioni il cui diritto è insorto posteriormente al 31 dicembre 2002, tornano invece applicabili le disposizioni di diritto materiale della LPGA, in vigore a decorrere dal 1° gennaio 2003. Tale questione ha invero uno scarso significato pratico, nella misura in cui, nella RAMI 2004 U 529, p. 572ss., consid. 1.4., il TFA ha precisato che la definizione di incapacità al lavoro, così come quelle di incapacità al guadagno e di invalidità contenute nella LPGA, corrispondono alle definizioni e ai principi dell'assicurazione contro gli infortuni elaborati finora dalla giurisprudenza.

2.8. L'art. 4 vLAI definisce l'invalidità come la diminuzione della capacità di guadagno, presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Lo stesso concetto vale negli altri settori delle assicurazioni sociali e nello stesso senso va letto l'art. 18 cpv. 2 vLAINF secondo cui "è considerato invalido chi è presumibilmente alterato nella sua capacità di guadagno in modo permanente o per un periodo rilevante.". Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. Due sono, dunque, di norma gli elementi costitutivi dell'invalidità: 1. il danno alla salute fisica o psichica (fattore medico); 2. la diminuzione della capacità di guadagno (fattore economico). Tra il danno alla salute e l'incapacità di guadagno deve inoltre intercorrere un nesso causale (fattore causale). Nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni deve esserci per giunta un nesso causale, naturale e adeguato, tra il danno alla salute e l'infortunio. L'invalidità, concetto essenzialmente economico, si misura in base alla riduzione della capacità di guadagno e non secondo il grado di menomazione dello stato di salute. D'altro canto, poiché l'incapacità di guadagno importa unicamente nella misura in cui dipende da un danno alla salute, la determinazione dell'invalidità presuppone preliminarmente adeguati accertamenti medici che rilevino il danno in questione. Spetta al medico fornire una precisa descrizione dello stato di salute dell'assicurato e di tracciare un esatto quadro degli impedimenti che egli incontra

nell'esplicare determinate funzioni. Il medico indicherà per prima cosa se l'assicurato può ancora svolgere la sua professione, precisando quali sono le controindicazioni in quell'attività e in altre analoghe. Egli valuterà finalmente il grado dell'incapacità lavorativa che gli impedimenti provocano sia nella professione attuale sia nelle altre relativamente confacenti (cfr., su questi aspetti, la STFA I 871/02 del 20 aprile 2004, e la STFA I 162/01 del 18 marzo 2002). L'invalidità, proprio perché concetto essenzialmente economico, si misura raffrontando il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello ch'egli può tuttora o potrebbe realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili, in un mercato del lavoro equilibrato, dopo l'adozione di eventuali provvedimenti integrativi (cfr. art. 16 LPGa). Il grado di invalidità corrisponde alla differenza, espressa in percentuale, tra il reddito ipotetico conseguibile senza invalidità e quello, non meno ipotetico, conseguibile da invalido. La giurisprudenza federale ha, più volte, confermato il principio che, nella determinazione dell'invalidità, non c'è la possibilità di fondarsi su una valutazione medico-teorica del danno alla salute dovuto all'infortunio e che occorre, sempre, basarsi sulle conseguenze economiche di tale danno. Ciò nondimeno, se il danno alla salute non è tale da imporre un cambiamento di professione, di regola, il giudizio sull'incapacità lavorativa non esprimerà valori superiori all'incapacità lavorativa indicata dal medico. Questo perché si suppone che esplicando tutto l'impegno professionale che la restante capacità lavorativa medico-teorica ancora permette di sviluppare, l'assicurato esprima una capacità di guadagno della medesima proporzione (cfr. RAMI 1993 U 168, p. 100; DTF 114 V 313, consid. 3b; STCA del 21 marzo 1995 nella causa S. F., 31 maggio 1995 nella causa E. D., 7 giugno 1995 nella causa M. Z., 26 febbraio 1996 nella causa G. P.). 2.9.

Presupposto essenziale per l'erogazione di prestazioni da parte dell'assicurazione contro gli infortuni è però l'esistenza di un nesso di causalità naturale fra l'evento e le sue conseguenze (danno alla salute, invalidità, morte). Questo presupposto è da considerarsi adempiuto qualora si possa ammettere che, senza l'evento infortunistico, il danno alla salute non si sarebbe potuto verificare o non si sarebbe verificato nello stesso modo. Non occorre, invece, che l'infortunio sia stato la sola o immediata causa del danno alla salute; è sufficiente che l'evento, se del caso unitamente ad altri fattori, abbia comunque provocato un danno all'integrità corporale o psichica dell'assicurato, vale a dire che l'evento appaia come una condizione sine qua non del danno. È questione di fatto lo stabilire se tra evento infortunistico e danno alla salute esista un nesso di causalità naturale; su detta questione amministrazione e giudice si determinano secondo il principio della probabilità preponderante - insufficiente essendo l'esistenza di pura possibilità - applicabile generalmente nell'ambito dell'apprezzamento delle prove in materia di assicurazioni sociali (cfr. R DAT II-2001 N. 91 p. 378; SVR 2001 KV Nr. 50 p. 145; DTF 126 V 360 consid. 5b; DTF 125 V 195; STFA del 4 luglio 2003 nella causa M., U 133/02; STFA del 29 gennaio 2001 nella causa P., U 162/02; DTF 121 V 6; STFA del 28 novembre 2000 nella causa P. S., H 407/99; STFA del 22 agosto 2000 nella causa K. B., C 116/00; STFA del 23 dicembre 1999 in re A. F., C 341/98, consid. 3, p., 6; STFA 6 aprile 1994 nella causa E. P.; SZS 1993 p. 106 consid. 3a; RCC 1986 p. 202 consid. 2c, RCC 1984 p. 468 consid. 3b, RCC 1983 p. 250 consid. 2b; DTF 115 V 142 consid. 8b, DTF 113 V 323 consid. 2a, DTF 112 V 32 consid. 1c, DTF 111 V 188 consid. 2b; Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in Basler Juristische Mitteilungen (BJM) 1989, p. 31-32; G. Scartazzini, Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale, Basilea 1991, p. 63). Al riguardo essi si attendono, di regola, alle attestazioni mediche, quando non ricorrano elementi idonei a

giustificarne la disattenzione (cfr. DTF 119 V 31; DTF 118 V 110; DTF 118 V 53; DTF 115 V 134; DTF 114 V 156; DTF 114 V 164; DTF 113 V 46). Ne discende che ove l'esistenza di un nesso causalità tra infortunio e danno sia possibile ma non possa essere reputata probabile, il diritto a prestazioni derivato dall'infortunio assicurato dev'essere negato (DTF 129 V 181 consid. 3.1 e 406 consid. 4.3.1, DTF 117 V 360 consid. 4a e sentenze ivi citate). L'assicuratore contro gli infortuni è tenuto a corrispondere le proprie prestazioni fino a che le sequele dell'infortunio giocano un ruolo causale. Pertanto, la cessazione delle prestazioni entra in considerazione soltanto in due casi: - quando lo stato di salute dell'interessato è simile a quello che esisteva immediatamente prima dell'infortunio (status quo ante); - quando lo stato di salute dell'interessato è quello che, secondo l'evoluzione ordinaria, sarebbe prima o poi subentrato anche senza l'infortunio (status quo sine) (cfr. RAMI 1992 U 142, p. 75 s. consid. 4b; A. Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, p. 469; U. Meyer-Blaser, Die Zusammenarbeit von Richter und Arzt in der Sozialversicherung, in Bollettino dei medici svizzeri 71/1990, p. 1093). Secondo la giurisprudenza, qualora il nesso di causalità con l'infortunio sia dimostrato con un sufficiente grado di verosimiglianza, l'assicuratore è liberato dal proprio obbligo prestativo soltanto se l'infortunio non costituisce più la causa naturale ed adeguata del danno alla salute. Analogamente alla determinazione del nesso di causalità naturale che fonda il diritto alle prestazioni, l'estinzione del carattere causale dell'infortunio deve essere provata secondo l'abituale grado della verosimiglianza preponderante. La semplice possibilità che l'infortunio non giochi più un effetto causale non è sufficiente. Trattandosi della soppressione del diritto alle prestazioni, l'onere della prova incombe, non già all'assicurato, ma all'assicuratore (cfr. RAMI 2000 U 363, p. 46 consid. 2 e riferimenti ivi citati). 2.10. Occorre inoltre rilevare che il diritto a prestazioni assicurative presuppone pure l'esistenza di un nesso di causalità adeguata tra gli elementi summenzionati. Un evento è da ritenere causa adeguata di un determinato effetto quando secondo il corso ordinario delle cose e l'esperienza della vita il fatto assicurato è idoneo a provocare un effetto come quello che si è prodotto, sicché il suo verificarsi appaia in linea generale propiziato dall'evento in questione (DTF 129 V 181 consid. 3.2 e 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a, DTF 117 V 361 consid. 5a e 382 consid. 4a e sentenze ivi citate). Comunque, qualora sia carente il nesso di causalità naturale, l'assicuratore può rifiutare di erogare le prestazioni senza dover esaminare il requisito della causalità adeguata (cfr. DTF 117 V 361 consid. 5a e 382 consid. 4a; su queste questioni vedi pure: Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 51-53). La giurisprudenza ha inoltre stabilito che la causalità adeguata, quale fattore restrittivo della responsabilità dell'assicurazione contro gli infortuni allorché esiste un rapporto di causalità naturale, non gioca un ruolo in presenza di disturbi fisici consecutivi ad un infortunio, dal momento che l'assicurazione risponde anche per le complicazioni più singolari e gravi che solitamente non si presentano secondo l'esperienza medica (cfr. DTF 127 V 102 consid. 5 b/bb, 118 V 286 e 117 V 365 in fine; cfr., pure, U. Meyer-Blaser, Kausalitätsfragen aus dem Gebiet des Sozialversicherungsrechts, in SZS 2/1994, p. 104s. e M. Frésard, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], n. 39). 2.11. In data 6 maggio 2000, _____ è stato periziato, per conto dell'assicuratore infortuni, dal dott. _____, spec. FMH in neurologia. Dopo avere ricostruito l'anamnesi dell'assicurato (doc. 162, p. 2-5) e averne descritto lo status neurologico (doc. 162, p. 5-6), il dott. _____ ha posto le diagnosi di sindrome cervicale caratterizzata da una riduzione della rotazione verso la destra e della deflessione posteriore, nonché di tendinosi locale con dolori a livello dell'inserzione occipitale della muscolatura cervicale

posteriore e leggera contrattura del muscolo trapezio (doc. 162, p. 6), patologie ritenute trovarsi ancora in relazione di causalità con l'incidente stradale del 27 settembre 1996, tenuto conto che, in base alla perizia _____, l'amministrazione aveva già riconosciuto all'assicurato un'IMI (doc. 162, risposta la quesito n. 6: "... on peut admettre la persistance de douleurs résiduelles; elle sont d'ailleurs reconnues dans la mesure où une atteinte à l'intégrité a été reconnue, au terme de l'expertise du Dr. _____."). L'esperto incaricato dall'amministrazione ha inoltre precisato che, al momento del consulto, l'assicurato non aveva affatto preteso di soffrire di difficoltà di ordine neuropsicologico, difficoltà che egli aveva denunciato, per la prima volta, nel mese di gennaio 1997 (cfr. doc. 32), ma che non avevano trovato conferma (fatta eccezione per un lieve deficit della memoria in relazione all'acquisizione di nuove informazioni, addebitabile a una cronicizzazione del dolore) in occasione della valutazione neuropsicologica del 26 marzo 1997 presso il Reparto di neuropsicologia della Clinica di neurologia dell'Ospedale _____ di _____. Per quanto qui di interesse, il neurologo dott. _____ ha quindi dichiarato _____ completamente abile nella sua abituale professione di esperto contabile, definita ottimale, e ciò già a far tempo dalla fine del secondo anno post-infortunistico: " Le travail d'expert-comptable ou de fiduciaire qu'assume _____ ne paraît guère devoir être entravé, de quelque manière que ce soit, par des douleurs cervicales résiduelles, d'autant plus, que totalement indépendant, il aménage sa journée de travail à sa convenance. A ce propos, on peut se référer aux observations recueillies durant la période où _____ a fait l'objet d'une filature. _____ a probablement réduit ses heures de tennis hebdomadaires; il pratique néanmoins son sport favori, ce dont on ne peut que le féliciter; mais à supposer des douleurs cervicales au-delà d'un certain degré d'intensité, la pratique du tennis serait impossible, même au plus courageux, et surtout au rythme très régulier, en général le même jour dans la semaine et à la même heure fixe. (...). Les séquelles accidentelles ne conduisent à aucune réduction ultérieure de la capacité de travail, au maximum au-delà de la 2ème année post-traumatique. L'activité professionnelle exercée par _____ peut être, dans l'optique de l'accident subi, considérée comme optimale, propre à maintenir une capacité de travail totale. Tel ne serait peut-être pas le cas d'il s'était agi d'un sujet occupé à des travaux de force. Il n'y a donc aucune raison d'envisager l'exercice d'une autre activité professionnelle, qui n'offrirait certainement pas les conditions optimales qui prévalent actuellement chez cet expert-comptable indépendant." (doc. 162, p. 10 e 13) Così come già emerge dalla perizia del neurologo dott. _____, l'assicurato, nel decorso post-infortunistico, si è sottoposto ad alcuni approfondimenti specialistici. In data 18 novembre 1996, trascorsi poco meno di due mesi dal sinistro, egli è stato visitato presso la _____ Klinik di _____. Dal relativo referto della dott.ssa I. Zangger, Capo-clinica di neurologia, e del Prof. dott. _____, Primario, risulta, per quanto riguarda il rachide cervicale, che _____ accusava una rotazione lievemente limitata verso destra, nonché una inclinazione e declinazione dolente nella fase terminale. Quest'ultimo, appositamente interrogato al riguardo, aveva peraltro negato di presentare difficoltà di sonno, traspirazione, tinnito, disturbi visivi, problemi mnemonici, così come un comportamento aggressivo. Da un profilo terapeutico, gli specialisti zurighesi avevano suggerito di intraprendere una stabilizzazione e rinforzo della muscolatura cervicale, nonché di rinunciare completamente al gioco del tennis. La prognosi era stata giudicata favorevole. Con certificato del 16 dicembre 1996, il dott. _____, spec. FMH in medicina interna, ha dichiarato chiuso il caso, con ripresa totale dell'attività lavorativa a

decorrere dal 25 novembre 1996 (doc. 20). Lo stesso medico curante, in data 24 febbraio 1997, ha chiesto alla PD dott.ssa _____, responsabile del Reparto di neuropsicologia della Clinica di neurologia dell'Ospedale _____ di _____, una valutazione neuropsicologica, posto che, nel frattempo, il suo paziente aveva constatato dei disturbi della memoria e nel trovare le parole, ciò che gli comportava grosse difficoltà nell'esercizio della professione (doc. 32). L'indagine neuropsicologica ha avuto luogo in data 26 marzo 1997 e ha evidenziato esclusivamente un lieve deficit della memoria in relazione all'acquisizione di nuove informazioni, che gli esperti hanno imputato a una cronicizzazione del dolore. Essi hanno peraltro sottolineato che le difficoltà denunciate sul lavoro, non potevano venire spiegate da un profilo neuropsicologico (allegato al doc. 44). Il 13 giugno 1997, _____ è stato periziato, su ordine dell'amministrazione, presso la Clinica di neurologia dell'Ospedale _____ di _____. I dottori _____ e _____, diagnosticate una sindrome cervico-cefalica e delle cefalee tensive a carattere cronico, hanno affermato che il protrarsi dei disturbi era giustificato dalle preesistenti alterazioni degenerative, in particolare alla parte bassa del rachide cervicale, le quali erano state rese manifeste dall'evento infortunistico del mese di settembre 1996. Essi ne hanno quindi ammesso l'ulteriore eziologia traumatica, constatato che, prima dell'infortunio, l'assicurato era privo di dolori a livello cervicale, attivo sportivamente e completamente abile al lavoro (argomenti che supportano un mancato raggiungimento dello status quo ante, ma che nulla dicono a proposito dello status quo sine). Per quanto concerne l'ulteriore procedere terapeutico, gli specialisti appena menzionati hanno ritenuto indicato un soggiorno stazionario presso una clinica reumatologica, l'esecuzione di misure fisioterapiche di stabilizzazione e rinforzo della muscolatura, nonché una terapia farmacologica, ciò che avrebbe dovuto comportare un sensibile miglioramento dello stato di salute dell'assicurato. Essi hanno quindi escluso, da un punto di vista neurologico, l'esistenza di una qualsiasi inabilità lavorativa. Da un profilo reumatologico, la capacità lavorativa è invece stata ritenuta limitata in misura del 50%, incrementabile però mediante i provvedimenti terapeutici proposti (doc. 67). Nel corso dell'autunno 1997, _____ è stato degente per tre settimane presso la Clinica di riabilitazione di _____. Sentito da un funzionario della CO 1 il 4 novembre 1997, egli ha riferito di avere tratto buon profitto dalle cure prestategli (cfr. doc. 81). Il suo medico curante, diagnosticata una sindrome cervico-spondilogenica su disturbi statici degenerativi e disequilibrio muscolare, ha certificato una capacità lavorativa del 75% a contare dal 16 novembre 1997 (doc. 86). A fronte di un nuovo peggioramento della capacità lavorativa (50% a far tempo dal 1° gennaio 1998; cfr. doc. 92), l'assicuratore LAINF ha ordinato una visita di controllo a cura del dott. _____. In occasione della consultazione del 5 maggio 1998, il citato sanitario ha refertato, a livello della colonna cervicale, un deficit di rotazione a destra (45° rispetto ai 70° a sinistra), una flessione possibile sino a 3 cm di distanza del mento rispetto allo sterno, nonché un'inclinazione normale sia a destra che a sinistra. Dal relativo referto nulla si evince a proposito della capacità lavorativa dell'assicurato (cfr. doc. 108). Con certificato del 18 agosto 1999, il dott. _____ ha dichiarato il caso chiuso a decorrere dal 17 maggio 1999 (doc. 133). La CO 1 ha in seguito ordinato il pedinamento di _____ da parte di un'agenzia privata di investigazioni, «_____» di _____. I pedinamenti sono state eseguiti durante il periodo 24 gennaio – 20 febbraio 2000. All'inserto figurano i resoconti scritti di questi pedinamenti (doc. 149). 2.12. Chiamato a pronunciarsi, il TCA ritiene, tutto ben considerato, che la perizia 16 giugno 2000 del dott. _____, il quale ha segnatamente dichiarato l'assicurato completamente abile nella sua abituale attività

professionale, possa servire validamente da fondamento al presente giudizio. In proposito, occorre considerare che, per costante giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale mentre invece nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (cfr. RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STFA U 259/02 dell'8 luglio 2003, consid. 2.1.1; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in BJM 1989, p. 30ss.). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV 10, p. 33ss. e RAMI 1999 U 356, p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento (cfr. anche Pratique VSI 2001 p. 108 segg.). Per quel che riguarda le perizie allestite da specialisti esterni all'amministrazione, il TFA ha pure loro riconosciuto pieno valore probante, fintantoché non vi sono degli indizi concreti che facciano dubitare della loro attendibilità (cfr. STFA U 168/02 del 10 luglio 2003; DTF 125 V 353, consid. 3b/bb). Secondo questa Corte, il referto peritale dell'esperto interpellato dall'amministrazione, specialista nella materia che qui interessa, non contiene contraddizioni e presenta tutti i requisiti posti dalla giurisprudenza affinché possa essere riconosciuto, a un apprezzamento medico, piena forza probante: in particolare, egli ha espresso la sua valutazione in modo chiaro, motivato e convincente, dopo avere proceduto a una disamina approfondita del caso, e meglio fondandosi su un accurato esame personale dell'assicurato e dei suoi trascorsi valetudinari. Il TCA non condivide l'opinione secondo cui la valutazione del dott. Perrig mancherebbe d'oggettività, per il motivo che egli sarebbe stato influenzato dagli esiti della sorveglianza disposta dall'assicuratore LAINF. In proposito, occorre sottolineare che il dott. _____ ha fatto capo al rapporto allestito dall'agenzia di investigazioni « _____ » in maniera assai marginale; egli ha in effetti tenuto conto unicamente del fatto che _____, in giorni e orari prestabiliti (ogni mercoledì dalle 8.15 alle 9.15), era stato in grado di praticare il gioco del tennis. Tale circostanza - peraltro non contestata dalla ricorrente -, è stata considerata dal perito, unitamente a altri elementi, quale indice per valutare la reale entità dei disturbi denunciati dall'assicurato a livello della cervicale (cfr. doc. 162, p. 10). In sede di ricorso, si fa in sostanza valere che la pratica di uno sport non è necessariamente incompatibile con la condizione di invalido (doc. I, p. 6). Ciò è senz'altro vero, ma tutto dipende dal tipo di sport e dalla natura dell'andicap. Nel caso di specie, ci si limita a ricordare che, in occasione della consultazione del 18 novembre 1996, i sanitari della _____ avevano raccomandato all'assicurato proprio di astenersi dal praticare il tennis, evidentemente poiché si presumeva fosse inconciliabile con le sue condizioni di salute. RI 1 evidenzia inoltre il fatto che l'UAI aveva posto il suo defunto marito al beneficio di un quarto di rendita, riconoscendolo inabile al 40% nella sua abituale professione di contabile a decorrere dal 1° settembre 1997, e ciò tenuto conto esclusivamente delle sequele dell'evento traumatico del 27 settembre 1996. Il peggioramento dello stato di salute, imputabile a patologie di natura extra-infortunistica (pancolite e coronaropatia), che ha giustificato il riconoscimento di una rendita intera (fondata su una inabilità lavorativa del 100%), è intervenuto solo a far tempo dal 1° giugno

2001 (doc. I, p. 6). A prescindere dal fatto che, con sentenza del 13 gennaio 2004 pubblicata in Pratique VSI 4/2004, p. 182ss., il TFA ha stabilito che il principio secondo cui l'assicuratore sociale deve rispettare, di regola, la decisione di un altro assicuratore qualora non abbia fatto uso della possibilità di impugnarla (DTF 126 V 288, consid. 2d), non è applicabile all'assicuratore LAINF qualora la decisione sia stata emanata dall'assicuratore per l'invalidità (l'Alta Corte ha peraltro confermato tale giurisprudenza anche dopo l'entrata in vigore della LPGGA, cfr. DTF 131 V 362), non può essere ignorato che le basi su cui l'Ufficio AI ha all'epoca deciso in merito all'invalidità di _____, non appaiono suscettibili, secondo il TCA, di sminuire il valore probatorio della perizia allestita dal dott. _____. Infatti, dall'incarto richiamato dall'UAI, risulta che il tasso del 40% è stato determinato, in applicazione del metodo straordinario, tenuto conto degli esiti dell'inchiesta economica esperita a domicilio il 21 ottobre 1998 (dalla quale è segnatamente emerso che l'assicurato, dopo l'insorgenza del danno alla salute, si sarebbe visto costretto a ridurre dal 75 al 35% i lavori d'ufficio), nonché della documentazione medica raccolta dall'assicuratore infortuni, tra cui figurano segnatamente le certificazioni del medico curante, dott. _____, la medesima che è stata successivamente esaminata e discussa dal perito dott. _____. In queste condizioni, il TCA non può che fare proprie le considerazioni che l'amministrazione ha formulato al riguardo con la risposta di causa, ossia, citiamo: "... la decisione di riconoscere un'invalidità del 40% dal 01.09.1997 è fondata unicamente sull'esito di un'inchiesta economica del 26.10.1998, nel corso della quale è stato constatato che il sig. _____ aveva un'attività ridotta del 40% rispetto a quella che effettuava prima dell'infortunio. Non è stata svolta un'inchiesta più precisa atta a determinare in cifre una perdita di guadagno di tale rilievo. Inoltre, i documenti medici dell'incarto AI consistono nei rapporti del medico curante e negli atti medici tratti dall'incarto della CO 1. Nessun medico dell'AI o perito medico si è pronunciato in merito all'esigibilità di una capacità lavorativa. Pertanto, non vediamo in quale modo possano risultare delle contraddizioni tra la valutazione dell'AI e la relazione peritale del Dr. _____." (doc. X). La ricorrente considera poi contraddittorio l'agire dell'amministrazione, nella misura in cui, da una parte, ha riconosciuto all'assicurato il diritto a un'indennità per menomazione dell'integrità e, dall'altra, ha dichiarato estinto il nesso di causalità naturale tra l'infortunio e il danno alla salute successivamente al 30 giugno 1998 (doc. I, p. 10s.; cfr., pure, il doc. XVIII). L'argomento sollevato dall'insorgente è infondato. Con la decisione formale del 14 settembre 2005, confermata in sede di opposizione, la CO 1 ha negato il diritto a una rendita di invalidità poiché l'assicurato è stato ritenuto in grado di esercitare in misura completa la sua abituale attività lavorativa e, quindi, non perché sarebbe stato dichiarato estinto il nesso di causalità naturale tra il danno alla salute e l'evento traumatico del settembre 1996 (cfr. doc. 183). Quest'ultimo aspetto è d'altronde stato esplicitamente confermato dall'assicuratore stesso in sede di risposta di causa (doc. X, p. 2: "Non è, infatti, contestato che l'infortunio del 27.09.1996 abbia lasciato dei postumi di cui è ammessa la causalità naturale ed adeguata con l'evento e che hanno portato all'attribuzione di un'indennità per menomazione dell'integrità." – il corsivo è del redattore). Non è dunque ravvisabile alcuna contraddizione tra la decisione di rifiuto della rendita di invalidità e quella di assegnare un'indennità per menomazione all'integrità (la cui entità non è peraltro stata oggetto di contestazione, cfr. il petit del ricorso 2 febbraio 2007). Sempre in relazione all'aspetto eziologico si rileva comunque, a titolo informativo, che in una sentenza U 357/06 del 28 febbraio 2007, consid. 4.6, il TF ha precisato che per coloro che, portatori di alterazioni degenerative al rachide

cervicale, subiscono un trauma d'accelerazione (oppure una lesione equivalente) e soffrono dopo l'infortunio di persistenti disturbi, lo status quo sine non può essere a priori reputato raggiunto trascorsi alcuni mesi. Sebbene in presenza di alterazioni degenerative, il nesso di causalità naturale deve essere ammesso, anche quando lesioni morfologiche non sono oggettivate o lo sono soltanto con difficoltà, grazie ai mezzi tecnici a disposizione. Tuttavia, secondo l'esperienza medica, l'aggravamento traumatico di affezioni degenerative della colonna vertebrale, si estingue, di regola, entro 6/9 mesi, al più tardi però entro un anno. Qualora i disturbi perdurino più a lungo, si è sovente in presenza di un disturbo psichico d'adattamento oppure di un'evoluzione psichica abnorme. Tale principio, nella misura in cui corrisponde alla dottrina medica dominante, può essere considerato nell'ambito della prova della verosimiglianza (STFA U 60/02 del 18 settembre 2002, consid. 3.2 con riferimenti alla letteratura medica). L'Alta Corte federale ha deciso in questo stesso senso in una sentenza U 347/06 del 22 agosto 2007, riguardante un assicurato vittima di un trauma alla colonna cervicale, sede di importanti alterazioni degenerative. Dopo avere riconosciuto il ruolo scatenante dell'infortunio, il TF, tenuto conto di un, citiamo: "contexte fortement dégénératif de la colonne cervicale du recourant", ha ritenuto legittimo porsi la questione di sapere a partire da quando lo status quo sine poteva ritenersi raggiunto e, perciò, ha rinviato la causa ai giudici cantonali per ulteriori accertamenti. Unitamente alla propria impugnativa, RI 1 ha prodotto due nuove certificazioni, mediante le quali i dottori _____ e _____, entrambi medici curanti dell'assicurato, hanno risposto a una serie di domande sottoposte loro dall'avv. RA 1. Per quanto concerne il referto del dott. _____ (doc. F), appaiono irrilevanti le sue considerazioni circa l'eziologia dei disturbi cervico-cefalici, nella misura in cui tale aspetto non è mai stato contestato dall'amministrazione (si vedano, nondimeno, le pronunzie federali citate in precedenza). D'altro canto, si prende atto che, a mente del curante appena citato, dal mese di dicembre 1998, la pancolite e la coronaropatia hanno vieppiù assunto un ruolo di primo piano nel quadro clinico dell'assicurato, sino a determinare l'aumento, dal 40 al 100%, del suo grado di invalidità (doc. F, p. 3: "A partire dal dicembre 98 (la diagnosi di pancolite e coronaropatia), queste malattie sono diventate primordiali e hanno portato a un'incapacità lavorativa e a un'invalidità del 40% a partire dal 1.6.2001."). Tuttavia, a suo avviso, nel riconoscere un'invalidità del 100%, l'assicurazione per l'invalidità deve avere, citiamo: "... considerato pure la precedente invalidità del 40% dovuta all'infortunio." (doc. F, p. 3). Al riguardo, a prescindere che, in base alla perizia 11 marzo 2002 del gastroenterologo dott. _____, le affezioni gastrointestinali giustificavano, da sole, una totale incapacità lavorativa in qualsiasi attività (perizia presente in doc. XV bis), il TCA si limita a fare riferimento agli stessi argomenti che sono stati sviluppati a proposito dell'attendibilità della valutazione dell'incapacità lavorativa/lucrativa da parte dell'Ufficio AI. Sempre il dott. _____ rimprovera al perito della CO 1 di non avere preventivamente consultato né i medici dell'AI, né il Prof. dott. _____ della _____, né gli specialisti dell'Ospedale _____ di _____. Ora, il dott. _____ ha elaborato il referto peritale in questione prendendo in considerazione l'insieme della documentazione medica a sua disposizione, quindi anche i certificati del dott. _____, nonché i rapporti della Clinica _____ e della Clinica di neurologia dell'Ospedale _____ di _____ (cfr. doc. 162, p. 2-4). Egli era quindi perfettamente al corrente delle loro valutazioni. Per il resto, nessun medico dell'AI ha mai visitato _____ in relazione alle sequele dell'incidente stradale del 27 settembre 1996. Quanto al fatto che il dott. _____ non avrebbe considerato l'esame neuropsicologico eseguito il 26 marzo 1997,

si ricorda che tale indagine, dei cui esiti l'esperto incaricato dell'amministrazione ha certamente tenuto conto (cfr. doc. 162, p. 3), non aveva posto in luce alcuna difficoltà di carattere neuropsicologico, il lieve deficit della memoria in relazione all'acquisizione di nuove informazioni essendo verosimilmente provocato dalla cronicizzazione del dolore (allegato al doc. 44). In questo contesto, è pure significativa la circostanza che i sanitari della Clinica di neurologia dell' _____, in occasione del consulto del 13 giugno 1997, avevano negato la presenza di una qualsiasi inabilità lavorativa sul piano neurologico (doc. 67). Dal rapporto 4 giugno 2006 del dott. _____ (doc. D), spec. FMH in medicina generale e medico curante di _____, si evince che, in occasione della prima consultazione del 12 marzo 2001, quest'ultimo denunciava, oltre ai "soliti" disturbi cervico-cefalici, anche vertigini, acufeni, paura esistenziale, disturbi del sonno e difficoltà di concentrazione. Il medico curante aveva quindi diagnosticato una sindrome cervico-cefalica cronica dopo trauma d'accelerazione cervicale, con cefalea e dolori al collo, difficoltà di concentrazione, deficit cognitivi e disturbo depressivo, una colite ulcerosa, una coronaropatia, nonché disturbi legati alla prostata e dell'erezione. Per quanto attiene alle turbe depressive, egli ha fatto stato di un loro progressivo peggioramento, ciò che aveva reso necessario sottoporre l'assicurato a una specifica terapia medicamentosa e a psicoterapia. A suo avviso, tali disturbi costituivano una conseguenza naturale dell'infortunio del mese di settembre 1996 (" Die Beschwerden konnten meines Erachtens mit dem Unfall vom 27.9.96 in natürlichen Kausalzusammenhang gestellt werden ."). In particolare, egli ha sottolineato che per la colite ulcerosa e la malattia da reflusso i fattori psichici giocano un ruolo importante, ritenendo in questo senso possibile l'esistenza di una relazione di causalità, indiretta e parziale, con il sinistro assicurato ("... können durch die Unfallfolgen mitausgelöst worden sein. "). Per finire, il dott. _____ ha attestato un'inabilità lavorativa del 66 2/3% almeno, da imputare all'evento infortunistico in discussione. Da parte sua, questo Tribunale non ritiene che la fondatezza delle conclusioni a cui è pervenuto il dott. _____, possa essere messa in dubbio dal contenuto del referto 4 giugno 2006 del medico curante. Innanzitutto, il fatto che _____ avrebbe sofferto, oltre che di dolori a livello cervico-cefalico, anche di altre problematiche rientranti nel quadro tipico di disturbi susseguenti a un trauma del tipo "colpo di frusta", trova una conferma limitata nella restante documentazione medica. Del resto, in considerazione del lungo tempo di latenza con il quale tali disturbi sarebbero insorti (in occasione del consulto peritale del 19 aprile 2000, l'assicurato aveva negato esplicitamente di accusare disturbi visivi, acufeni e vertigini, rispettivamente, non aveva affatto preteso di soffrire di disturbi neuropsicologici e/o psichici, ciò che è avvalorato dai diversi certificati stilati dal dott. _____, in cui si fa accenno unicamente alla problematica cervico-cefalica. All'esistenza di difficoltà mnestiche e di concentrazione, nonché a problemi del sonno, si fa riferimento, per la prima volta, nel rapporto 16 gennaio 2001 del neurologo dott. _____, presente in doc. XVbis, quindi trascorsi oltre quattro anni dal sinistro . A notare inoltre che, con rapporto del 6 ottobre 2001, anch'esso presente in doc. XVbis, il dott. _____ aveva riferito dell'esistenza di dolori cervico-cefalici, di disturbi della concentrazione, peraltro definiti moderati , e di null'altro più. Per quanto attiene alle pretese turbe psichiche, ci si limita a osservare che dal rapporto di uscita 17 dicembre 2002 del _____ si evince che i coniugi _____ avevano espresso il desiderio di sottoporsi a una terapia di coppia), andrebbe loro comunque negata un'eziologia infortunistica. A quest'ultimo riguardo, si precisa che, in una sentenza U 358/02 del 17 giugno 2003, il TFA ha dichiarato che la propria giurisprudenza in materia di traumi d'accelerazione al rachide

cervicale, non presuppone che i sintomi tipici siano tutti costantemente presenti (si veda pure la STFA U 215/05 del 30 gennaio 2007, consid. 5, in cui il TF ha chiarito che la necessità di apparizione entro le prime 72 ore concerne unicamente i disturbi a livello della nuca e/o del rachide cervicale, e non anche altri disturbi rientranti nel quadro tipico del "colpo di frusta"). In un'altra sentenza U 256/02 del 16 aprile 2003, l'Alta Corte ha precisato che qualora i disturbi appaiano con un tempo di latenza di più anni, 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 il TFA 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. (...)" La I. Camera del TFA è pervenuta a una conclusione analoga in una sentenza di principio U 78/02 del 25 febbraio 2003, trattandosi della questione di 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 verkraftet 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. " Questo Tribunale ha statuito nello stesso senso in una sentenza 35.2000.29 del 12 settembre 2002, 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. 4, p. 1 e 2). 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. 2). 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. 1, 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. 24). 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. XXXVIII 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. I, 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. D, 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. U). 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. Kieser, 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). " Limitatamente a questo aspetto, il summenzionato giudizio cantonale è stato confermato dal TFA con sentenza U 299/02 del 2 settembre 2003. 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: 3½ 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. " Posto che alla pretesa problematica psichica non potrebbe essere

riconosciuta un'eziologia infortunistica, anche l'ipotesi secondo cui la colite ulcerosa e la malattia da reflusso costituirebbero delle patologie in relazione di causalità indiretta con l'evento traumatico del 27 settembre 1996 (cfr. doc. D), viene a cadere. Pure la valutazione della capacità lavorativa espressa dal dott. _____ non può essere considerata affidabile, già per la sola ragione che egli non si è limitato a prendere in considerazione le sole conseguenze naturali del sinistro assicurato. In corso di causa, RI 1 ha postulato l'audizione testimoniale dei dottori _____ e _____, nonché l'esecuzione di una perizia psichiatrica (cfr. doc. XII e XVII). L'audizione dei medici curanti dell'assicurato si appalesa già di primo acchito come inutile, nella misura in cui è verosimile che essi non sarebbero in grado di riferire più di quanto hanno già esposto nei loro rispettivi rapporti. Per quanto riguarda la richiesta di una perizia psichiatrica, essa andrebbe per forza di cose effettuata sulla base degli atti. Ora, a parte il fatto che dagli incarti LAINF e AI emerge poco o nulla a proposito delle condizioni di salute psichica di _____ (in particolare, non vi figura alcuna valutazione specialistica), l'esecuzione di una perizia psichiatrica sulla base degli atti sarebbe in contrasto con la giurisprudenza federale. In effetti, secondo il TF, una tale perizia deve essere allestita sulla base di un consulto personale (cfr. DTF 127 I 54 consid. 2e-g e riferimenti, citata in RAMI 2001 U 438, p. 345s.). 2.13. In esito alle considerazioni che precedono, questa Corte ritiene dunque dimostrato, 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 _____, a decorrere dal 1° luglio 1998, aveva ritrovato una piena capacità lavorativa nella sua abituale professione di esperto-contabile, di modo che egli non subiva nemmeno una perdita lucrativa (dove il corretto rifiuto di una rendita di invalidità).

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