

TI_GERICHTE 35.2008.30 vom 23. Oktober 2008

TI Tribunale d'appello, 2008-10-23, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2008.30

FR: TI_GERICHTE 35.2008.30 du 23 octobre 2008

IT: TI_GERICHTE 35.2008.30 del 23 ottobre 2008

Regeste

7/06tampon.:distors.cerv.Da 2/08non più assunto caso.Affez.organ.(braccia,mani,rachide cerv.,ernia lomb.,osteoporosi)derivanti da fattori extrainf.Subito,però,colpo di frusta:può restare aperto se realizzato quadro clinico tipico e caus.nat.,non data adeguatezza.Fibromialgia di natura non traumatica

Erwägungen

E. 5

b/bb, 118 V 286 e 117 V 365 in fine; cfr., pure, U. Meyer-Blaser, Kausalitätsfragen aus dem Gebiet des Sozialversicherungsrechts, in SZS 2/1994, p. 104s. e M. Frésard, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], n. 39). 2.6. Per accertare l'esistenza di un nesso di causalità adeguata tra disturbi psichici e infortunio, la giurisprudenza ha sviluppato dei criteri oggettivi (DTF 123 V 104 consid. 3e, 115 V 138ss. consid. 6-7, 405ss. consid. 4-6). Il TFA ha in particolare classificato gli infortuni, a seconda della dinamica, nella categoria degli eventi insignificanti o leggeri, in quella degli eventi gravi e in quella di grado medio. 2.6.1. Nei casi di infortunio insignificante (l'assicurato per esempio ha leggermente battuto la testa o si è slogato il piede) o leggero (egli ha fatto una caduta o scivolata banale) l'esistenza di un nesso di causalità adeguata può di regola essere negata a priori. Secondo l'esperienza della vita e ritenute le cognizioni acquisite in materia di medicina degli infortuni, può in effetti essere ammesso, senza dover procedere ad accertamenti psichici particolari, che un infortunio insignificante o leggero non sia di natura tale da provocare un'incapacità lavorativa e di guadagno di origine psichica. 2.6.2. Se l'assicurato è rimasto vittima di un infortunio grave, l'esistenza del nesso di causalità adeguata fra l'evento e successiva incapacità lavorativa dovuta a disturbi psichici deve di regola essere riconosciuta. Secondo il corso ordinario delle cose e l'esperienza della vita, gli infortuni gravi sono in effetti idonei a provocare danni invalidanti alla salute psichica. 2.6.3. Sono considerati infortuni di grado medio tutti gli eventi che non possono essere classificati nelle due predette categorie. La questione a sapere se tra simile infortunio e incapacità lavorativa e di guadagno di origine psichica esista un rapporto di causalità adeguata non può essere risolta con solo riferimento all'evento stesso. Occorre piuttosto tener conto, da un profilo oggettivo, di tutte le circostanze che sono strettamente connesse con l'infortunio o che risultano essere un effetto diretto o indiretto dell'evento assicurato. Esse possono servire da criterio di apprezzamento nella misura in cui secondo il corso ordinario delle cose e l'esperienza della vita sono tali da provocare o aggravare, assieme all'infortunio, un'incapacità lavorativa e di guadagno di origine psichica. I criteri di maggior rilievo sono: - le circostanze concomitanti particolarmente drammatiche o la particolare spettacolarità dell'infortunio; - la gravità o particolare caratteristica delle lesioni lamentate, segnatamente la loro idoneità, secondo

l'esperienza, a determinare disturbi psichici; - la durata eccezionalmente lunga della cura medica; - i disturbi somatici persistenti; - la cura medica errata che aggrava notevolmente gli esiti dell'infortunio; - il decorso sfavorevole della cura e le complicazioni rilevanti intervenute; - il grado e la durata dell'incapacità lavorativa dovuta alle lesioni fisiche. In questo contesto è utile segnalare che, in una sentenza U 394/06 del 19 febbraio 2008, il Tribunale federale ha precisato la propria giurisprudenza in materia di traumi del tipo "colpo di frusta" al rachide cervicale e, in questo ambito, ha parzialmente modificato i criteri di rilievo che, a dipendenza della gravità dell'infortunio, devono eventualmente essere considerati nella valutazione dell'adeguatezza. L'Alta Corte non ha per contro modificato i principi applicabili in caso di sviluppo psichico abnorme post-infortunistico (cfr. DTF 134 V 109, consid. 6.1 e STF 8C_209/2007 del 7 marzo 2008, consid. 1.2).

2.6.4. Non in ogni caso è necessario che tutti i criteri appena menzionati siano presenti. La presenza di un unico criterio può bastare per ammettere l'adeguatezza del nesso di causalità quando l'infortunio va classificato fra quelli al limite della categoria degli eventi gravi. Inoltre un solo criterio può, in tutta la categoria degli infortuni di grado medio, essere sufficiente se riveste un'importanza particolare o decisiva. Nel caso in cui nessuno dei criteri di rilievo riveste un'importanza particolare o decisiva, occorrerà invece riferirsi a più criteri. Ciò vale tanto più quanto meno grave sia l'infortunio in questione (cfr. DTF 115 V 140s., consid. 6c/aa e bb e 409s., consid. 5c/aa e bb, 117 V 384, consid. 4c; RAMI 2002 U 449, p. 53ss. consid. 4a).

2.7. Anche in materia d' infortunio del tipo "colpo di frusta" alla colonna cervicale, vige una particolare giurisprudenza relativa alla questione della causalità. Nella giurisprudenza applicabile sino all'emanazione della sentenza di principio 4 febbraio 1991 in re S., pubblicata in DTF 117 V 359ss. e RAMI 1991 U 121, p. 95ss., il TFA (pur ammettendo la causalità naturale, ad esempio per la presenza di disturbi psichici cfr. SZS 1986 pag. 84 seg.) considerava che in assenza di deficit neurologici e d'alterazioni visibili attraverso radiografie, delle lesioni neuropsichiche non erano, in generale, atte a provocare dei disturbi evolutivi di natura patologica, di modo che - trattandosi d'infortuni del tipo "colpo di frusta" alla colonna cervicale - senza prova di deficit funzionale organico e senza alterazioni radiologicamente oggettivabili, l'esistenza di una relazione di causalità adeguata veniva negata, facendo difetto dei postumi durevoli derivanti da un infortunio di quel tipo (DTF 117 V 359 consid. 5c). Con la DTF 117 V 359, il TFA ha definito il quadro clinico tipico di una lesione del tipo "colpo di frusta". In presenza di un tale quadro, si può, di regola, ammettere l'esistenza di una relazione di causalità naturale fra l'infortunio e la susseguente incapacità lavorativa, rispettivamente lucrativa. Questo quadro clinico è caratterizzato da disturbi multipli, quali diffusi mal di testa, vomito, vertigini, disturbi della concentrazione e della memoria, facile stanchevolezza, disturbi visivi, irritabilità, labilità affettiva, depressione, cambiamento della personalità, ecc.. Tale giurisprudenza è stata ulteriormente confermata (DTF 119 V 334; DTF 122 V 415 = SVR 1997 UV 85, p. 309ss.; DTF 123 V 98 = SVR 1997 UV 96, p. 349ss.; cfr., inoltre, gli estratti pubblicati in RAMI 1995 U 221, p. 109ss.). Nella sentenza citata l'Alta Corte ha ricordato che, secondo le ultime pubblicazioni scientifiche, in caso di "colpo di frusta" alla colonna cervicale, dei deficit funzionali molto diversi possono apparire a distanza di anni, anche senza uno stato patologico oggettivabile. Il fatto che in molti casi i disturbi tipici del "colpo di frusta" non siano oggettivabili con gli attuali mezzi tecnici (RX, TAC, EEG) non deve indurre a qualificarli di puri disturbi soggettivi e, pertanto, a negare ogni rilevanza nell'ambito dell'assicurazione contro gli infortuni. Il TFA ha considerato - modificando così la sua giurisprudenza anteriore - che un infortunio del tipo "colpo di frusta" alla colonna cervicale

é, secondo il corso ordinario delle cose e l'esperienza della vita, suscettibile di provocare un'incapacità lavorativa o di guadagno, anche se la natura organica dei deficit funzionali non é stata dimostrata. Ne ha pure dedotto che, per decidere circa l'adeguatezza della relazione di causalità, non é determinante sapere se, da un profilo medico, i disturbi consecutivi al "colpo di frusta" devono essere qualificati piuttosto di natura fisica che psichica, nella misura in cui una tale distinzione, in certi casi, potrebbe essere la causa di notevoli difficoltà d'apprezzamento, vista la complessità e la varietà del quadro clinico. L'Alta Corte ha, peraltro, stabilito che la sua vecchia prassi non avrebbe più potuto essere mantenuta, in quanto, per valutare il carattere adeguato del nesso causale, essa si basava esclusivamente sulle lesioni riportate a seguito dell'infortunio, quando, in ossequio alla giurisprudenza elaborata in materia di turbe psichiche, la medesima questione dev'essere apprezzata riferendosi all'evento infortunistico ed alle circostanze concomitanti ad esso. La particolare natura delle lesioni subite costituisce, in questo ambito, soltanto uno dei criteri che devono essere presi in considerazione. Se ne deduce che, trattandosi di un infortunio del tipo "colpo di frusta" alla colonna cervicale, senza prova di un deficit funzionale oggettivo, la questione della causalità adeguata deve essere valutata basandosi sull'evento infortunistico nonché sull'insieme delle circostanze che, da un punto di vista oggettivo, sono strettamente connesse con lo stesso o che risultano essere un effetto diretto o indiretto dell'evento assicurato, di modo che, secondo il corso ordinario delle cose e l'esperienza della vita, sono atte a provocare o aggravare, assieme all'infortunio, un'incapacità lavorativa o di guadagno. Posto che, tanto in caso di turbe psichiche consecutive ad infortunio quanto in caso di disturbi provocati da un "colpo di frusta" alla colonna cervicale, ci si trova confrontati a deficit che non é possibile oggettivare da un profilo organico, il TFA ha precisato che, per valutare l'adeguatezza del nesso di causalità fra un infortunio ed un'incapacità al lavoro o lucrativa consecutiva ad un "colpo di frusta" alla colonna cervicale, conviene applicare, per analogia, il metodo elaborato per le turbe psichiche. La Corte federale ha, in effetti, statuito che, dal momento in cui la causalità adeguata é stata ammessa in caso d'incapacità al lavoro o di guadagno d'origine psichica anche in assenza di lesione organica oggettivabile, sarebbe contrario al principio dell'uguaglianza di trattamento fra gli assicurati esigere la prova di una tale lesione in caso d'infortunio del tipo "colpo di frusta" alla colonna cervicale (DTF 117 V 359, consid. 5d/bb). Un discorso analogo, è stato sviluppato in relazione ai traumi cranio-cerebrali, allorché le lesioni non possono essere sufficientemente dimostrate da un profilo organico (cfr. DTF 117 V 382s. consid. 4b; cfr., pure, S. Leuzinger, *Versicherungsrechtliche Kriterien bei psychischen Unfallfolgen - zur Leistungspflicht im Rahmen der obligatorischen Unfallversicherung*, in P. Zangger/ D. Erb Egli (Hrsg.), *Die verunfallte Psyche*, Zurigo 1999, p. 90). 2.8. Alla luce dei principi evocati al precedente considerando - qualora ci si trovi confrontati a dei sintomi sprovvisti di sostrato organico oggettivabile - è necessario, dapprima, chiedersi se, tenuto conto della dinamica dell'infortunio e dei disturbi diagnosticati, si è o meno in presenza di un infortunio del tipo "colpo di frusta" alla colonna cervicale: " Das Vorliegen eines Schleudertraumas wie seine Folgen müssen somit durch zuverlässige ärztliche Angaben gesichert sein. Trifft dies zu und ist die natürliche Kausalität - aufgrund fachärztlicher Feststellungen in einem konkreten Fall - unbestritten, so kann der natürliche Kausalzusammenhang ebenso aus rechtlicher Sicht als erstellt gelten, ohne dass ausführliche Darlegungen zur Beweiswürdigung nötig wären (BGE 119 V 340 E. 2b/aa)." (DTF 122 V 415 = SVR 1997 UV 85, p. 309ss.) L'esistenza di un infortunio del tipo "colpo di frusta" così come delle sue conseguenze, presuppone, dunque, delle attendibili

certificazioni medico-specialistiche (cfr. RAMI 2000 U 395, p. 316ss. consid. 3 = SVR 2001 UV 1, p. 1ss.; DTF 122 V 415 = SVR 1997 UV 85, p. 309ss.; DTF 119 V 340 consid. 2b/aa; STFA del 12 maggio 2000 nella causa B., consid. 4b/bb, U 404/99 ; cfr., pure, U. Meyer-Blaser, art. cit., p. 104). Per costante giurisprudenza, decisivo dev'essere ritenuto l'apprezzamento diagnostico espresso da uno specialista in neurologia, oltre, beninteso, la presenza del quadro tipico dei disturbi, contraddistinto da un'accumulazione di disturbi (P. Gomm, Kausalität in der Unfallversicherung, Plädoyer 3/97, p. 29; J. Senn, Das "Schleudertrauma" der Halswirbelsäule - Bemerkungen zum Stand der Diskussion, SZS 4/1996, p. 322; cfr., pure, sentenza 10.8.1998 del TA del Canton Lucerna, pubblicata in Plädoyer 5/98, p. 80ss.). Se l'esistenza del nesso di causalità naturale è stata ammessa, è ancora necessario pronunciarsi sulla questione riguardante il rapporto di causalità adeguata, questione che dev'essere valutata secondo il metodo elaborato per le turbe psichiche (DTF 115 V 138 consid. 6): " Entgegen der Auffassung des kantonalen Gerichts besteht kein Anlass, bei medizinisch zwar angenommenem, jedoch nicht (hinreichend) organisch nachweisbarem natürlichem Kausalzusammenhang zwischen einem Unfall mit Schleudertrauma der HWS und andauernden Beschwerden, welche die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit einschränken, von einer Prüfung der Adequanz abzusehen, welche grundsätzlich bei sämtlichen Gesundheitsschädigungen, die aus ärztlicher Sicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als natürliche Unfallfolgen gelten können, Platz zu greifen hat (BGE 121 V 49 E. 3a mit Hinweisen; MAURER, a.a.O., S. 460; MEYER-BLASER, a.a.O., S. 82)" (DTF 122 V 417 = SVR 1997 UV 85, p. 310). 2.9. Volendo sintetizzare quanto esposto ai precedenti considerandi - si tratta, in primo luogo, di valutare se l'interessato è rimasto vittima di un trauma d'accelerazione alla colonna cervicale, di un trauma equivalente (cfr. SVR 1995 UV 23, p. 67 consid. 2) oppure di un trauma cranio-cerebrale (cfr. DTF 117 V 382 consid. 4). Se ciò dovesse essere il caso, per gli infortuni di grado medio, è necessario applicare i criteri elencati dalla giurisprudenza di cui alla DTF 117 V 366 consid. 6a e 382 consid. 4b. In caso contrario, la valutazione dell'adeguatezza del nesso causale va operata, trattandosi sempre degli infortuni di grado medio, secondo i fattori elaborati dal TFA nella DTF 115 V 140 consid. c/aa (cfr. RAMI 2000 U 395, p. 316ss. consid. 3 = SVR 2001 UV 1, p. 1ss.). A differenza degli infortuni che hanno comportato un trauma d'accelerazione al rachide cervicale, per l'apprezzamento della causalità adeguata, in caso di disturbi psicogeni, bisogna differenziare le componenti psichiche da quelle somatiche, giacché solo queste ultime vanno considerate. Deve ancora essere aggiunto che l'applicabilità della giurisprudenza federale in materia di causalità adeguata in caso di trauma d'accelerazione alla colonna cervicale, giusta la quale è irrilevante determinare se i disturbi accusati dall'assicurato siano di natura organica e/o psichica (cfr. DTF 117 V 363 consid. 5d/aa), presuppone che questi disturbi siano a tal punto intrecciati fra loro che "eine Differenzierung angesichts des komplexen und vierschichtigen Beschwerdebildes in heiklen Fällen gelegentlich grosse Schwierigkeiten bereitet" (DTF 117 V 363 consid. 5d/aa). Per applicare questa prassi è dunque necessario che i disturbi psichici siano stati provocati dall'infortunio e che unitamente ai disturbi somatici, anch'essi di natura traumatica, formino un complesso di disturbi psicosomatici difficilmente differenziabili (cfr. SVR 2001 UV 13, p. 47ss. = RAMI 2000 U 397, p. 327ss.). Per contro, il tema dell'esistenza del nesso di causalità adeguata va affrontato alla luce dei principi applicabili nel caso di evoluzione psichica abnorme conseguente ad infortunio (DTF 115 V 133) - e, quindi, non alla luce dei criteri che sono stati sviluppati in materia di colpo di frusta alla colonna cervicale (cfr. DTF 117 V 359) - quando le menomazioni

rientranti nel quadro tipico dei postumi di un "colpo di frusta" alla colonna cervicale, ancorché, in parte accertate, sono relegate in secondo piano rispetto a marcate turbe psichiche, in relazione con l'evento assicurato (cfr. RAMI 2000 U 397, p. 327ss., DTF 123 V 98ss. = SVR 1997 UV 96, p. 349ss.; STFA del 17 marzo 1995 nella causa Z., STFA del 6 gennaio 1995 pubblicata parz. in RAMI 1995 U 221, p. 117; STFA 9 settembre 1994 pubblicata parz. in RAMI 1995 U 221, p. 115; G. Scartazzini, *Considérations sur dix ans de développement en matière de causalité dans les assurances sociales*, in *Mélanges en l'honneur de J.L. Duc*, Ed. IRAL Losanna 2001, p. 239seg. (270 nota 75)). In una sentenza U 164/01 del 18 giugno 2002 consid. 3a e b, parzialmente pubblicata in RAMI 2002 U 465, p. 437ss., la Corte federale ha ulteriormente precisato la propria prassi. Essa ha, in effetti, stabilito che l'esame della causalità adeguata può essere effettuato sulla base dei principi applicabili nel caso di evoluzione psichica abnorme conseguente ad infortunio, conformemente a quanto sancito dalla DTF 123 V 99 consid. 2a, soltanto se la problematica psichica predomina in maniera chiara già immediatamente dopo l'incidente, ritenuto che, in caso contrario, un'ulteriore applicazione di tale giurisprudenza in un momento successivo si giustifica solo se, nel corso dell'intera evoluzione - dall'infortunio fino al momento determinante per il giudizio -, i disturbi fisici, complessivamente, hanno giocato un ruolo assai secondario e sono stati completamente relegati in secondo piano. Il TFA ha così motivato la suesposta sua precisazione giurisprudenziale: " De r Rechtsprechung gemäss BGE 123 V 99 Erw. 2a liegt der Sachverhalt zu Grunde, dass sehr bald nach einem Unfall mit Schleudertrauma der HWS oder äquivalenten Verletzungen, gleichsam an diesen anschliessend, die psychische Problematik derart überwiegt, dass die mit dem Schleudertrauma einhergehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen (buntes Beschwerdebild) völlig in den Hintergrund treten. Die Formulierung in BGE 123 V 99 Erw. 2b, «das in den ersten Monaten nach dem Unfall durch die Schleuderverletzung geprägte Beschwerdebild (habe) in der Folge in eine psychische Überlagerung umgeschlagen, welche schliesslich eindeutige Dominanz aufwies», ist insofern nicht unmissverständlich, als die Wendung «in der Folge» unter Umständen auf eine gewisse zeitliche Distanz zum Unfall schliessen lassen könnte. Die in BGE 123 V 99 Erw. 2a zitierten Urteile (Urteil C. vom 28. November 1994, U 107/94, auszugsweise publiziert in RKUV 1995 S. 116 Nr. 8 und F. vom 6. Januar 1995, U 185/94, auszugsweise publiziert in RKUV 1995 S. 117 Nr. 9) zeigen aber ganz klar, dass die psychische Problematik unmittelbar nach dem Unfall eindeutige Dominanz aufweisen muss, damit anstelle von BGE 117 V 351 die zur Adäquanz bei Unfällen mit anschliessend einsetzender psychischer Fehlentwicklung geltende Rechtsprechung Anwendung findet. Würde auf das Erfordernis eines nahen zeitlichen Zusammenhangs zwischen Unfall und überwiegender psychischer Problematik verzichtet, hätte dies zur Folge, dass der adäquate Kausalzusammenhang bei den meisten Versicherten, die ein Schleudertrauma der HWS oder eine äquivalente Verletzung erlitten haben und im Zusammenhang mit diesem Unfall auch an psychogenen Beschwerden leiden, nach BGE 115 V 133 zu beurteilen wäre. Denn bei Opfern eines Schleudertraumas der HWS, bei welchem keine organischen Befunde vorliegen, steht mit zunehmender zeitlicher Distanz zum Unfall immer häufiger die psychische Problematik im Vordergrund. Damit würde jedoch die Rechtsprechung zum adäquaten Kausalzusammenhang bei Schleudertraumen der HWS ohne organisch nachweisbare Befunde (BGE 117 V 359) unterlaufen, für deren Anwendung eben gerade nicht entscheidend ist, ob Beschwerden medizinisch eher als organischer und/oder psychischer Natur bezeichnet werden. " (RAMI succitata, consid. 3a) D'altro canto, in RAMI 2001 U 412, p. 79ss., l'Alta Corte ha pure

puntualizzato che l'adeguatezza del nesso causale deve essere valutata secondo i criteri applicabili in caso di trauma cervicale d'accelerazione o di lesione equivalente, solo se i disturbi psichici comparsi dopo l'infortunio rientrano nel quadro clinico tipico di un tale trauma. Pertanto, in caso di necessità, preliminarmente alla valutazione dell'adeguatezza, occorre esaminare se i disturbi psichici apparsi in coincidenza con l'infortunio rappresentano un sintomo del trauma subito oppure un danno alla salute autonomo (secondario): " b) Aufgrund dieser medizinischen Angaben, auf welche abzustellen ist, steht mit der vorausgesetzten überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest, dass die Beschwerdeführerin ein HWS-Trauma erlitten hat und der Unfall vom 7. Juni 1995 zumindest eine Teilursache der bestehenden Beschwerden und der darauf zurückzuführenden Einschränkung in der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit bildet, was für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs praxisgemäss genügt (BGE 121 V 329 Erw. 2a mit Hinweisen). Fraglich ist, wie es sich hinsichtlich der Unfallkausalität der bestehenden psychischen Beeinträchtigungen in Form einer Symptomausweitung mit sekundärem Fibromyalgie-Syndrom und wahrscheinlicher Schmerzverarbeitungsstörung verhält. Die Vorinstanz geht diesbezüglich davon aus, dass die Beschwerdeführerin beim Unfall vom 7. Mai 1995 ein Schleudertrauma der HWS erlitten hat, weshalb es für die Adäquanzbeurteilung praxisgemäss nicht entscheidend sei, ob die bestehenden Beschwerden medizinisch eher organischer oder psychischer Natur seien. Weil das in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfall stehende Beschwerdebild, zu dem auch das diagnostizierte Fibromyalgie-Syndrom gehöre, als Ganzes zu betrachten sei und die psychischen Beeinträchtigungen nicht eindeutig im Vordergrund stünden, habe die Adäquanzbeurteilung nach den für ein Schleudertrauma oder eine schleudertraumaähnliche Verletzung (BGE 117 V 359 ff.) und nicht nach den für psychische Unfallfolgen (BGE 115 V 133 ff.) geltenden Kriterien zu erfolgen (BGE 123 V 99 Erw. 2a). Dies gilt indessen nur dann, wenn die im Anschluss an den Unfall auftretenden psychischen Störungen zum typischen Beschwerdebild eines HWS-Traumas gehören. Denn es muss auch bei Vorliegen eines Schleudertraumas der Nachweis möglich sein, dass es sich im konkreten Fall nicht um eine unfallkausale psychische Beeinträchtigung handelt. Erforderlichenfalls ist vorgängig der Adäquanzbeurteilung daher zu prüfen, ob es sich bei den im Anschluss an den Unfall geklagten psychischen Beeinträchtigungen um blossе Symptome des erlittenen Traumas oder aber um eine selbstständige (sekundäre) Gesundheitsschädigung handelt, wobei für die Abgrenzung insbesondere Art und Pathogenese der Störung, das Vorliegen konkreter unfallfremder Faktoren und der Zeitablauf von Bedeutung sind." (RAMI succitata) Il TFA ha confermato la sua giurisprudenza in una sentenza U 462/04 del 13 febbraio 2006: " Schliesslich gelangt die Rechtsprechung zu psychogenen Unfallfolgen trotz erlittener HWS-Distorsion auch dann zur Anwendung, wenn die (erst) im Anschluss an den Unfall aufgetretenen psychischen Störungen nicht zum typischen, auch depressive Entwicklungen einschliessenden (BGE 117 V 360 Erw. 4b; Urteil A. vom 21. März 2003 [U 335/02] Erw. 3.2) Beschwerdebild eines HWS-Traumas gehören, sondern vielmehr als eine selbstständige, sekundäre - mithin von blossen (Langzeit-) Symptomen der anlässlich des Unfalls erlittenen HWS-Distorsion zu unterscheidende - Gesundheitsschädigung zu qualifizieren sind, wobei für die Abgrenzung insbesondere Art und Pathogenese der Störung, das Vorliegen konkreter unfallfremder Faktoren oder der Zeitablauf von Bedeutung sind (RKUV 2001 Nr. U 412 S. 80 Erw. 2b [= Urteil B. vom 12. Oktober 2000, U 96/00]). Würden psychische Beschwerden, die im Anschluss an einen Unfall mit Distorsionsverletzung der HWS auftreten, ungeachtet ihrer Pathogenese stets nach den

Kriterien gemäss BGE 117 V 366 Erw. 6a auf ihre Adäquanz hin überprüft, bestünde die Gefahr, identische natürlich kausale psychische Unfallfolgen adäquanzrechtlich allein deshalb unterschiedlich zu beurteilen, je nachdem, ob beim Unfall zusätzlich eine Distorsionsverletzung der HWS (oder ein äquivalenter Verletzungsmechanismus) auftrat oder nicht, was nicht angeht (Urteil P. vom 30. September 2005 [U 277/04] Erw. 2.2 und Erw. 4.2.2, insbesondere mit Hinweis auf RKUV 2001 Nr. U 412 S. 79 ff. Erw. 2b [= Urteil B. vom 12. Oktober 2000, U 96/00]); siehe auch Urteil R. vom 25. Januar 2005 [U 106/03] Erw. 5.3).“ (STFA succitata, consid. 1.2) 2.10. Nella DTF 134 V 109, già citata in precedenza, il Tribunale federale ha precisato, da più punti di vista, la propria giurisprudenza riguardante la valutazione della causalità in caso di disturbi organici non oggettivabili e, specificatamente, quella elaborata in materia di traumi d'accelerazione al rachide cervicale, di traumi equivalenti oppure di traumi cranio-cerebrali. In quel giudizio, l'Alta Corte ha innanzitutto confermato la necessità di procedere a un esame particolare dell'adeguatezza in presenza di infortuni che hanno comportato tali lesioni (consid. 7-9). Il Tribunale federale ha inoltre stabilito che, non vi è ragione di modificare i principi relativi alla classificazione degli infortuni a seconda del loro grado di gravità e all'eventuale presa in considerazione di ulteriori criteri nell'esame dell'adeguatezza a dipendenza della gravità dell'infortunio (consid. 10.1). La Corte federale ha invece accresciuto le esigenze relativamente alla prova dell'esistenza di una lesione in relazione di causalità naturale con l'infortunio (consid. 9) e ha modificato in parte i criteri di rilievo per l'adeguatezza (consid. 10). Per quanto riguarda il nesso di causalità naturale, il TF ha segnatamente ricordato che, accanto ai casi in cui un chiaro miglioramento dello stato di salute subentra già dopo breve tempo e che perciò pongono raramente dei problemi nell'applicazione del diritto, vi sono i casi in cui i disturbi perdurano più a lungo, sino alla loro cronicizzazione. Per questi ultimi, è indicato disporre rapidamente - di regola dopo circa sei mesi di persistenza dei disturbi -, una perizia pluri-/interdisciplinare (di tipo neurologico/ortopedico, psichiatrico e, eventualmente, neuropsicologico; in caso di questioni specifiche e per escludere diagnosi differenziali sono pure indicati accertamenti otoneurologici, oftalmologici, ecc.), allestita da medici specialisti che godono di un'esperienza specifica con questo genere di lesioni. Relativamente alla causalità adeguata, l'Alta Corte ha rielaborato i criteri di rilievo, principalmente quelli che contengono una componente temporale e, in secondo luogo, quelli che nella pratica si sono dimostrati troppo poco chiari. Il relativo nuovo elenco si presenta quindi nel modo seguente: - le circostanze concomitanti particolarmente drammatiche o la particolare spettacolarità dell'infortunio; - la gravità o particolare caratteristica delle lesioni lamentate; - la specifica cura medica protratta e gravosa; - i notevoli disturbi; - la cura medica errata che aggrava notevolmente gli esiti dell'infortunio; - il decorso sfavorevole della cura e le complicazioni rilevanti intervenute; - la rilevante incapacità lavorativa malgrado la dimostrazione degli sforzi compiuti. 2.11. In virtù dell'art. 11 OAINF, l'assicuratore LAINF è tenuto a riprendere l'erogazione delle prestazioni assicurative in caso di ricadute o conseguenze tardive (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 71 e A. Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Berna 1985, p. 277). Né la LAINF né l'OAINF prevedono, al riguardo, un limite temporale. Pertanto, la pretesa potrà essere fatta valere anche qualora la ricaduta o le conseguenze tardive appaiono, per la prima volta, dieci o vent'anni dopo l'infortunio assicurato, e ciò indipendentemente dal fatto che, a quel momento, l'interessato sia o meno ancora assicurato. Rilevante è soltanto l'esistenza di un nesso di causalità (cfr. STFA U 122/00 del 31 luglio 2001). Nella sentenza pubblicata in RAMI 1994 U 206, p.

326ss., il TFA ha precisato che, trattandosi di una ricaduta, la responsabilità dell'assicuratore infortuni non può essere ammessa soltanto sulla base del nesso di causalità naturale riconosciuto in occasione del caso iniziale. Spetta piuttosto a colui che rivendica le prestazioni dimostrare l'esistenza di una relazione di causalità naturale fra i "nuovi disturbi" e l'infortunio assicurato. Soltanto qualora il nesso di causalità è provato secondo il criterio della verosimiglianza preponderante, può essere riconosciuto un ulteriore obbligo prestativo a carico dell'assicuratore-infortuni. In assenza di prove, la decisione sarà sfavorevole all'assicurato, il quale intendeva derivare diritti da un nesso di causalità naturale rimasto indimostrato.

2.12. Nell'evenienza concreta, il 24 luglio 2006, RI 1 è rimasta coinvolta in un incidente della circolazione stradale in territorio di _____. Più precisamente verso le ore 15:00 mentre si trovava con il suo autoveicolo nella rotonda all'uscita dell'autostrada, è stata tamponata da un'altra vettura (cfr. doc. 1, 3, B). La ricorrente si è recata comunque al lavoro (cfr. doc. I). Dopo qualche ora essa ha però dovuto interrompere la sua attività lavorativa a causa, a detta dell'assicurata, dei forti dolori in sede cervicale (cfr. doc. I). Nel Certificato medico LAINF redatto dalla Dr. med. _____ del Pronto Soccorso dell'Ospedale _____ di _____, la quale ha visitato l'insorgente il giorno del sinistro alle ore 22:30, quale diagnosi è stata indicata una distorsione della regione cervicale "colpo di frusta". Inoltre è stato precisato che la ricorrente accusava dolore alla palpazione dei muscoli, ma non deficit motorio-sensitivi. Il reperto radiografico ha messo in luce un segmento cervicale più denso, ma non fratture, né lussazioni. E' stata prescritta l'assunzione di Aulin, nonché l'uso di Flector Tissu-gel e riposo. L'assicurata è stata ritenuta inabile al lavoro al 100% per 7-10 giorni (cfr. doc. 5). Dal Certificato medico LAINF allestito dal Dr. med. _____, medicina interna FMH, che ha esaminato l'assicurata il 26 luglio 2006 emerge che quest'ultima lamentava una dolenza muscolare cervicale, al centro scapolare e lombare, ma che i referti delle RX della colonna cervicale e lombare erano risultati normali. E' stato diagnosticato un colpo di frusta e una contusione lombare. L'incapacità al lavoro è stata attestata del 100% per 1-2 settimane. Inoltre il medico ha specificato che la cura sarebbe continuata presso la Dr. med. _____ (cfr. doc. 4). La Dr. med. _____, spec. FMH in medicina interna, nel mese di agosto 2006, ha indicato che l'insorgente era ancora molto rigida al collo e a livello lombare con dolori anche alla testa (cfr. doc. 11). Il 7 dicembre 2006 ha avuto luogo un consulto presso il Dr. med. _____, spec. FMH in medicina interna, malattie reumatiche. Lo specialista ha diagnosticato: "Sindrome panvertebrale con tendenza fibromialgica su: - stato dopo incidente della circolazione il 24.7.2006 con trauma distorsivo della colonna cervicale e probabile contraccolpo a livello toracolombare - Disturbi neurovegetativi postraumatici" Il Dr. med. _____ ha poi precisato che l'assicurata lamentava importanti e persistenti dolori all'intera colonna vertebrale, dolori che avevano assunto un quadro di cronicizzazione e sviluppo di una sindrome fibromialgica. Egli ha aggiunto che i dolori erano accompagnati dai classici disturbi neurovegetativi come disturbi del sonno, frequenti cefalee, irrequietezza, disturbi gastrointestinali ecc. e che i dolori avevano solo parzialmente reagito a un trattamento fisioterapico già eseguito. Il Dr. med. _____ ha, inoltre, spiegato alla paziente che si trattava di un'evoluzione tutto sommato normale, che frequentemente si riscontra dopo simili incidenti della circolazione. Il medico ha pure sottolineato che l'assicurata dal 7 novembre 2006 stava lavorando al 50% e che non riteneva a quel momento che la capacità al lavoro potesse essere aumentata (cfr. doc. 28). Su incarico della CO 1 il 13 febbraio 2007 l'assicurata è stata esaminata dal Dr. med. _____, specialista in chirurgia ed esperto in medicina infortunistica. Per quanto riguarda i disturbi soggettivi, la ricorrente ha indicato

che i dolori al collo e alle spalle andavano nettamente meglio per non dire bene, ma che per contro aveva dei dolori alla colonna lombo-sacrale con delle situazioni di blocco che si sono manifestate il 4 febbraio 2007 allorquando, infilando uno stivale, ha accusato un forte dolore in sede lombare ed è restata bloccata. E' stato precisato che dopo 4-5 sedute di fisioterapia ha ripreso una certa motilità. Al momento del consulto l'insorgente lamentava dolori in sede lombo-sacrale che non le permettono di stare seduta più di 15 minuti consecutivamente. La diagnostica per immagini ha mostrato quanto segue: " radiografia colonna cervicale, lieve scoliosi destro convessa. 24.7.2006: Accennata discopatia C4-C5, di minore entità C5-C6, C6- C7.Spondilosi a livello C5. Lordosi Cervicale perfettamente conservata. Dente epistrofeo senza particolarità. radiografia colonna accentuazione della lordosi lombare lombosacrale, 9.2.2007: e lieve spondilosi lombare. In considerazione dello stato clinico e dei disturbi lamentati dalla paziente, di recente comparsa, è stata direttamente disposta una indagine risonanza magnetica della colonna lombare. L'esame eseguito il 22.2.2007 ha documentato: lieve artropatia interfaccettaria a livello L2-L3, L3-L4, senza segni per stenosi del canale vertebrale; artropatia interfaccettaria a livello L4-L5, protrusione discale mediana-paramediana sotto-legamentare con lieve impronta sul sacco durale senza segni per compressione radicolare diretta. Ciste di Tarlow al passaggio S1 sui livelli L5-S1." (Doc. 66) Il Dr. med. _____ ha concluso, affermando che l'assicurata il 24 luglio 2006 ha subito un trauma di accelerazione della colonna cervicale di grado 1 secondo classe Québec in presenza di minime alterazioni degenerative del rachide cervicale e in assenza di lesioni morfologico-strutturali ascrivibili al trauma così come senza contratture muscolari particolari. Nel prosieguo si sono manifestati dolori panvertebrali con tendenza fibromialgica e i dolori in sede cervicale e alle spalle sono completamente scomparsi mentre sono subentrati dolori marcati associati a pseudo-bloccaggi del tratto lombare. Il medico ha rilevato che il nesso di causalità fra l'infortunio del 2006 e i disturbi lamentati a livello della colonna cervicale era praticamente estinto. Per quanto riguardava i dolori a livello lombare e ai blocchi lombari, il Dr. med. _____ ha osservato che non si poteva riconoscere una causalità diretta e neppure probabile preponderante con il sinistro del 2006. Infine egli ha affermato che per le sole conseguenze infortunistiche, si riteneva esigibile un incremento della capacità lavorativa almeno nella misura del 75% a partire dal 14 maggio 2007 e in misura completa dal 1° giugno 2007 (cfr. doc. 66) Il Dr. med. _____ ha visitato nuovamente la ricorrente il 14 marzo 2007. Nel relativo rapporto egli ha evidenziato, da un lato, che la situazione era ancora fluttuante dipendente da innumerevoli fattori, non sempre direttamente legati alla sua colonna vertebrale. Dall'altro, che comunque a quel momento la situazione era abbastanza soddisfacente e che in considerazione del quadro tendenzialmente fibromialgico non si aspettava che i dolori scomparissero completamente. E' stata prevista la ripresa dell'occupazione al 100% a fare tempo dal 19 marzo 2007 (cfr. doc. 52). Il 14 luglio 2007 la ricorrente è stata esaminata di nuovo dal Dr. med. _____. Soggettivamente l'assicurata ha riferito dolori in sede cervicale alternati prevalentemente alla sede lombosacrale, dolori anche in sede toracale, di minore entità, con pseudo bloccaggi. Inoltre dal rapporto del 28 agosto 2007 afferente a tale consulto si evince che il 30 luglio 2007 è stata effettuata una radiografia al rachide dorsale ap e laterale, da cui sono emersi segni diffusi di spondilosi, calcificazioni del nucleo polposo a livello D6-D7, D7-D8, D8-D9, non evidenza di fratture recenti o collassi riferibili a fratture di data pregressa, nonché delle radiografie funzionali del rachide cervicale (flesso-estensione e due proiezioni oblique) che hanno posto in luce una regolare

morfologia dei corpi vertebrali del tratto cervicale senza evidenza per fratture di data recente, collassi da lesioni di data pregressa o alterazioni sostitutive; un buon allineamento dei muri anteriori e posteriori così come degli archi e delle apofisi spinose, in particolare senza evidenza per sub-lussazioni o lussazione unilaterale. Inoltre non vi era evidenza per instabilità segmentaria, minimi segni di spondilosi e un leggero restringimento dei forami di coniugazione C4-C5, C5-C6 a sinistra. Il 9 agosto 2007 è stata eseguita pure una densitometria ossea Dexa da cui è emersa un'osteoporosi diffusa di analoga entità al collo del femore e in sede lombare; osteopenia dell'avambraccio distale. Il Dr. med. _____ ha indicato che anche i dolori e gli pseudo-bloccaggi del tratto lombare sono migliorati nel frattempo. Egli ha poi asserito che, alla luce della recente rivalutazione clinica, completata dagli accertamenti radiologici e di densitometria ossea, allo stato attuale si poteva ragionevolmente affermare che il nesso di causalità poteva essere chiuso con il 31 agosto 2007. Il medico fiduciario ha infine evidenziato che la ricorrente lavorava in misura completa (cfr. doc. 76). Il Dr. med. _____, il 20 novembre 2007, ha diagnosticato: " 1. Sindrome fibromialgica - Esacerbazione dei dolori a seguito di un infortunio della circolazione avuto il 24.07.2006 con conseguente trauma distorsivo della colonna cervicale. - Conseguente sviluppo di disturbi neurovegetativi. 2. Sospetta sindrome del tunnel carpale a sx soggettivamente più sintomatica che a dx. 3. Incipiente osteoporosi alla colonna vertebrale." (Doc. F) Il reumatologo ha specificato di aver riscontrato, un anno prima quando l'assicurata si era presentata da lui, un quadro clinico complesso e di averlo imputato a una sindrome fibromialgica. Egli ha ribadito che, oltre ai dolori, l'insorgente ha sviluppato i classici disturbi neurovegetativi che si osservano nel decorso di traumi distorsivi della colonna vertebrale. Il medico ha indicato che a quell'epoca la ricorrente ha iniziato a lamentare pure dolori e parestesie nelle braccia, soprattutto di notte e al mattino. Egli, in proposito, ha osservato di non avere clinicamente riscontrato segni compatibili con una sindrome del tunnel carpale, ma di ritenere opportuna una valutazione elettro-neurofisiologica per confermare un'eventuale compressione del nervo mediano (cfr. doc. F). Il 4 dicembre 2007 la Dr. med. _____ ha attestato che l'assicurata presentava ancora delle difficoltà a livello cervicale, dolori alle braccia, fino alle mani con formicolii e disestesie (cfr. doc. G). Un esame elettro-neurografico è stato eseguito il 10 dicembre 2007 dal Dr. med. _____, FMH in neurologia. Questo accertamento ha confermato un discreto ma netto rallentamento della conduzione segmentale sensitivo-motoria piuttosto per il nervo mediano sinistro carpale, incipiente anche a destra, sofferenza ancora a netta predominanza mielinica. Nessun segno di anastomosi medio-ulnare né di polineuropatia. Il medico ha sottolineato che non era presente alcuna sindrome cervico-vertebrale né segni di sofferenza radicolare cervicale clinicamente. Egli ha, altresì, rilevato che era possibile che l'insorgente avesse riportato una distorsione del polso sinistro in seguito all'incidente, fatto che avrebbe spiegato perché fosse più colpito il polso sinistro (cfr. doc. H). L'8 gennaio 2008 il Dr. med. _____, in uno scritto al Dr. med. _____, spec. FMH chirurgia della mano, ha evidenziato che il consulto presso quest'ultimo sarebbe stato volto a valutare l'indicazione di un intervento per ovviare alla descritta tenosinovite stenosante ai flessori del pollice a sinistra più che a destra. Egli ha precisato di non credere che si rendesse necessario un intervento per decomprimere il tunnel carpale. Inoltre il Dr. med. _____ ha sottolineato la presenza di diffusi dolori di carattere fibromialgico, accompagnati da uno sviluppo depressivo, apparentemente scatenati dal citato infortunio (cfr. doc. I). Il Dr. med. _____ ha ulteriormente visitato l'assicurata l'8 gennaio 2008. L'assicurata ha dichiarato di avere dolori in sede paracervicale bilaterale, dolori alle mani

con intorpidimento, disestesie, ipoestesie, impossibilità a muovere le dita a freddo, sensazione di terzo dito a scatto. Essa ha descritto i dolori alle articolazioni interfalangeali prossimali distali e sulle metacarpo-falangeali e alla base del I raggio. L'insorgente ha altresì lamentato dolori che partono dalla regione cervicale irradiandosi lungo la colonna vertebrale interessando glutei, arti inferiori fino al terzo medio superiore delle gambe. Riguardo alla causalità il medico ha asserito che: " ci troviamo confrontati con l'analisi di un incidente stradale del 24 luglio 2006 che causò solo e unicamente un trauma di accelerazione della colonna cervicale di (n.d.r.: grado)1 secondo classe Québec in potenza di minime alterazioni degenerative del rachide cervicale e in assenza completa di qualsivoglia lesione morfologico strutturale ascrivibile a infortunio (...). Nel prosieguo si sono manifestati dolori con tendenza fibromialgica e, a distanza di sei mesi dall'avvenimento infortunistico, dei blocchi lombo-sacrali su alterazioni degenerative toracali e lombari nonché su protrusione discale L4-L5. Rientrati i disturbi è poi avvenuta la ripresa lavorativa in misura totale in mansione di capo sala (non croupier) pur risentendo comunque la signora RI 1 di dolori panvertebrali. Ulteriormente vi è stata una recrudescenza dei disturbi (che impediscono lo svolgimento del lavoro in qualità di croupier e parzialmente anche quello di capo-sala), questa volta derivanti da una sindrome del canale carpale documentata mediante accertamento neurologico. In questo contesto si precisa come mai in precedenza (sia nelle visite eseguite dal sottoscritto perito così come da quelle eseguite dai medici curanti) fosse mai stato accennato o denunciato dalla paziente alcunché al riguardo, tanto meno la nozione di un eventuale trauma distorsivo a livello dei polsi avvenuto nell'incidente. E' conosciuto come la sindrome del canale carpale (vedi l'ampia documentazione disponibile nelle pubblicazioni Suva) sia una patologia classica nel sesso femminile dopo una certa età. Alla luce di queste argomentazioni, in assenza di un correlato probabile preponderante con l'infortunio del 24 luglio 2006, in presenza di una manifestazione così tardiva si nega un nesso di causalità fra la sindrome del canale carpale bilaterale, prevalente a sinistra, e l'evento in causa. E' altresì evidente che la rizartriosi non ha nulla a che fare con l'infortunio del luglio 2006 così come i dolori ingravescenti alle articolazioni metacarpo-falangeali, interfalangeali prossimali distali di entrambe le mani e la tendenza fibromialgica. Tutte queste manifestazioni (sindrome del canale carpale, dolori panvertebrali, dolori articolari alle piccole articolazioni, rizartriosi) depongono chiaramente per un processo degenerativo in atto. (...)." (Doc. 94=L) Il Dr. med. _____ ha così asserito che a fronte dei soli postumi infortunistici non erano da prevedere altre terapie. Egli ha, però, in via eccezionale e a scopo di delucidazione proposto alla CO 1 di accettare i costi della fisioterapia prescritta dal Dr. med. _____, la visita dal Dr. med. _____ e l'inabilità lavorativa in corso fino al 31 gennaio 2008 con chiusura delle cure mediche e terapeutiche per le sole conseguenze infortunistiche con il 1° febbraio 2008. Il medico ha puntualizzato che dopo questa data il caso andava inderogabilmente chiuso senza più alcuna eccezione (cfr. doc. 94=L). Nel certificato del 28 gennaio 2008 la Dr. med. _____ ha attestato che l'assicurata, precedentemente al sinistro del 2006, era in ottime condizioni di salute, in quanto l'aveva vista solo due volte, una per influenza e una per conseguenze di un problema dentario. La dottoressa ha aggiunto che dopo l'incidente ha presentato un peggioramento costante delle condizioni generali con dolori invalidanti al collo e lombari e che ultimamente aveva sviluppato anche rachialgie parentetiche nonché acroparestesie che la limitavano molto nel lavoro come croupier al _____. La Dr. med. _____ ha, infine, ritenuto la ricorrente inabile la lavoro al 100% per postraumi d'infortunio e specificato che la stessa non poteva lavorare come croupier dato che doveva

restare in piedi e usare con destrezza le mani (cfr. doc. O). 2.13. Un'attenta valutazione della documentazione medica all'inserto - riassunta ai considerandi 2.12. -, consente di affermare che la ricorrente è portatrice di determinate affezioni organiche. Le stesse, però, come verrà esposto più specificatamente in seguito, derivano da fattori extra-infortunistici. Relativamente ai disturbi alle braccia e alle mani con intorpidimento, disestesie, ipoestesie ecc. lamentati per la prima volta nel novembre 2007 (cfr. doc. F), il Dr. med. _____ ha indicato di non aver riscontrato clinicamente segni compatibili con una sindrome del tunnel carpale, ma di ritenere opportuna una valutazione elettro-neurofisiologica (cfr. doc. F). L'esame elettro-neurografico eseguito dal Dr. med. _____ nel dicembre 2007 ha confermato un discreto ma netto rallentamento della conduzione segmentale sensitivo-motoria piuttosto per il nervo mediano sinistro nel canale carpale, incipiente anche a destra, sofferenza ancora a netta predominanza mielinica, nessun segno di anastomosi medio-ulnare né di polineuropatia, nessuna sindrome cervico-vertebrale né segni di sofferenza radicolare cervicale clinicamente (cfr. doc. H). Il Dr. med. _____ ha negato un rapporto di causalità tra tale problematica e il sinistro del luglio 2006 (cfr. doc. 94=L), in quanto era assente un correlato probabile preponderante con il citato infortunio e i disturbi si sono manifestati tardivamente. Infatti dagli atti di causa emerge che la ricorrente ha accusato problemi alle mani e alla braccia a partire dal novembre 2007, quando aveva già ripreso a tempo pieno la propria attività presso il _____ di _____ (cfr. doc. 52, 66, F). Un tempo di latenza di più di un anno e tre mesi dall'incidente parla piuttosto a sfavore dell'esistenza di un nesso causale naturale fra l'evento traumatico del luglio 2006 e i disturbi agli arti superiori. Lo specialista in neurologia, Dr. med. _____, consultato peraltro su indicazione dei medici curanti, Dr. med. _____, reumatologo, e Dr. med. _____ (cfr. doc. H, F), ha inoltre affermato unicamente che: "...è possibile che abbia riportato una distorsione del polso sinistro in seguito all'incidente" (cfr. doc. H). La semplice possibilità non è sufficiente per stabilire l'esistenza di una relazione di causalità tra un evento infortunistico e un danno alla salute (cfr. consid. 2.4.). Per quanto concerne i dolori al rachide cervicale e dorsale, le RX ap e laterale al segmento cervicale effettuate presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale _____ di _____ il giorno del sinistro sono risultate normali, senza l'indicazione di fratture o lussazioni anche se il segmento è apparso più denso (cfr. doc. 5, 4, 28). Al riguardo giova puntualizzare che il Dr. med. _____, nel suo rapporto dell'aprile 2007 afferente alla visita del febbraio 2007, ha comunque indicato che dalla RX della colonna cervicale del 24 luglio 2006 risultavano delle alterazioni preesistenti al sinistro, e meglio una lieve scoliosi destro convessa, un'accennata discopatia C4-C5, di minore entità C5-C6, C6-C7, spondilosi a livello C5, lordosi cervicale perfettamente conservata e dente epistrofeo senza particolarità (cfr. doc. 66). Dal referto della RX eseguita il 30 luglio 2007 è, poi, emerso che la situazione era rimasta invariata. Non vi era evidenza per instabilità segmentarla, bensì unicamente minimi segni di spondilosi e un leggero restringimento dei forami di coniugazione C4-C5 e C5-C6 a sinistra (cfr. doc. 71). La RX del rachide dorsale AP e laterale del 30 luglio 2007 ha mostrato delle alterazioni degenerative, e meglio segni diffusi di spondilosi e calcificazioni del nucleo polposo a livello D6-D7, D7-D8, D8-D9, ma non fratture recenti o collassi riferibili a fratture di data pregressa (cfr. doc. 76). Il Dr. med. _____, già nel dicembre 2006, ha d'altronde asserito che si era sviluppata una sindrome fibromialgica (cfr. doc. 28). Il reumatologo, nel marzo 2007, ha altresì attestato che la situazione dell'insorgente fluttuante era dipendente da innumerevoli fattori, non sempre direttamente legati alla sua colonna vertebrale (cfr. doc. 52). La circostanza asserita dalla Dr. med. _____ che

l'assicurata prima dell'infortunio del luglio 2006 era in ottime condizioni di salute (cfr. doc. O), è ininfluente. In effetti, la regola " post hoc, ergo propter hoc " (dopo questo, dunque a causa di questo) non ha valenza scientifica. La giurisprudenza del TFA ha stabilito, al riguardo, che per il solo fatto di essere insorto dopo l'infortunio, un disturbo alla salute non può già essere ritenuto una sua conseguenza (DTF 119 V 341s. consid. 2b/bb con riferimenti; Th. Frei, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, Friburgo 1998, p. 30, nota 96). 2.14. In relazione ai disturbi alla colonna lombare, va osservato che la RX effettuata nel luglio è risultata normale (cfr. doc. 4). La MRI del 22 febbraio 2007 ha, invece, posto in luce lieve artropatia interfaccettaria a livello L2-L3, L3-L4 senza segni per stenosi del canale vertebrale e una protrusione discale mediana a livello L4-L5 con lieve impronta sul sacco durale senza segni per compressione radicolare diretta (cfr. doc. 52, 66). A tale proposito è utile rilevare che le RX non evidenziano, al contrario della RM e della TAC, la presenza di ernie discali. (cfr. www.humanitasalute.it) Secondo la giurisprudenza dell'Alta Corte, la maggior parte delle ernie discali ha una causa degenerativa e un infortunio può solo eccezionalmente essere all'origine di una tale patologia (cfr. STFA U 194/05 del 25 ottobre 2006; RAMI 2000 U 378, p. 190, U 379, p. 192). In una sentenza del 4 giugno 1999 nella causa S., U 193/98 (cfr., pure, la STFA del 5 settembre 2001 nella causa C., U 94/01, consid. 2c), riguardante un assicurato, vittima di una caduta, affetto da un'ernia discale C6-C7, il TFA ha esplicitamente fatto propria l'opinione manifestata dalla dottrina medica dominante in materia di ernie discali cervicali. Quest'ultima subordina il riconoscimento della causalità tra un evento traumatico e l'apparizione dei sintomi dolorosi di un'ernia discale (e cioè di un'ernia discale causata dall'infortunio), ai quattro seguenti criteri cumulativi : il trauma dev'essere stato causato da un infortunio, il cui meccanismo è suscettibile di avere provocato la protrusione del disco; i dolori devono apparire immediatamente dopo il trauma e avere un tipico carattere radicolare (cervico-brachialgie); il paziente non deve, inoltre, aver già presentato tale sintomatologia e il frammento interessato deve apparire intatto sulle lastre eseguite anteriormente, poiché la più parte delle ernie cervicali rimangono a lungo asintomatiche (cfr. J. Krämer, Bandscheibenbedingte Erkrankungen, 3a ed., 1994, p. 354ss.). Nella sentenza U 194/05 del 25 ottobre 2006, già menzionata in precedenza, il TFA ha in proposito ribadito che: " (...). 3.3.2 Richiamando la giurisprudenza del Tribunale federale delle assicurazioni, la Corte cantonale ha ricordato che solo eccezionalmente un infortunio può costituire la causa di un'ernia discale, quest'ultima inserendosi praticamente sempre in un contesto di alterazione dei dischi intervertebrali di origine degenerativa (RAMI 2000 no. U 378 pag. 190). Essa ha quindi correttamente esposto che un'ernia discale può essere considerata di natura traumatica unicamente se - cumulativamente - l'evento infortunistico era di particolare gravità, se era di per sé idoneo a danneggiare il disco e se i sintomi dell'ernia discale (sindrome vertebrale o radicolare), così come la relativa incapacità lavorativa, sono insorti immediatamente (RAMI 2000 no. U 378 pag. 190 e no. U 379 pag. 192). 3.3.3 Ora, giustamente i primi giudici, che peraltro, ai fini della loro pronuncia, si sono pure fondati sulle conclusioni di una perizia resa in altra vertenza dal prof. _____, direttore della Clinica di neurochirurgia dell'Ospedale _____ di _____, secondo il quale in caso di lesione traumatica del disco intervertebrale la capacità di deambulazione e di mantenere la posizione eretta viene immediatamente soppressa, hanno rilevato come già solo il fattore temporale dell'insorgenza immediata della sintomatologia vertebrale o radicolare farebbe difetto nel caso di specie. Infatti, nè da verbale di pronto soccorso del 28 gennaio 2003, nè dal certificato rilasciato tre giorni dopo

dal dott. X, nè tantomeno dal rapporto 3 febbraio 2003 dell'Azienda ospedaliera di Y risulta il benché minimo accenno a disturbi nella regione lombare." I criteri appena esposti valgono di principio anche in caso di peggioramento duraturo (direzionale) di uno stato morboso preesistente (cfr. STFA del 3 marzo 2005 nella causa W., U 218/04, consid. 6.1 e del 14 febbraio 2006 nella causa F., U 351/04, commentata da J.-M. Duc, "Hernie discale: maladie ou accident?", art. pubblicato in ASS 2/2006, p. 13). In particolare, è necessario che vi siano, citiamo: "... attendibili reperti radioscopici suscettibili di fare ritenere un aggravamento significativo e duraturo dell'affezione degenerativa preesistente alla colonna vertebrale (RAMI 2000 No. U 363, pag. 46, cfr. pure sentenza inedita del 4 giugno 1999 in re S., U 193/98, consid. 3c)." (STFA del 28 ottobre 2006 nella causa L., già citata). Qualora un'ernia del disco preesistente sia stata solo resa manifesta dall'infortunio, i disturbi scatenati in tal modo devono apparire entro un breve lasso di tempo, affinché possano essere ancora considerati conseguenza naturale dell'evento in questione. Nella più volte evocata pronuncia U 194/05 del 25 ottobre 2006, il TFA si è al proposito così espresso: " 3.3.4 Quanto poi alla possibilità che l'infortunio del 28 gennaio 2003 possa, se non proprio avere provocato, quantomeno avere reso manifesta l'ernia discale, con conseguente obbligo di assunzione, a carico dell'assicuratore infortuni, della sindrome dolorosa legata all'incidente (RAMI 2000 no. U 378 pag. 191; cfr. pure sentenza del 14 marzo 2000 in re P., U 266/99, consid. 2), tale ipotesi non trova riscontro sufficiente nelle tavole processuali. La precedente istanza ha giustamente osservato che affinché si possa ammettere che l'infortunio abbia reso manifesta un'ernia discale preesistente, i disturbi così scatenati devono essere insorti entro un breve lasso di tempo, la giurisprudenza tollerando a tal riguardo un periodo di latenza massimo di 8-10 giorni dall'infortunio (sentenza del 3 marzo 2005 in re W., U 218/04, consid. 6.1). Ora, il primo (in ordine di tempo) accenno alla presenza di siffatti disturbi è, quantomeno indirettamente, desumibile dalla prenotazione, avvenuta il 17 febbraio 2003, dell'esame radiologico lombosacrale poi messo in atto il 6 marzo 2003. In tali condizioni, con siderato il periodo di latenza di circa tre settimane, la Corte cantonale poteva effettivamente ritenere non avere l'infortunio del 28 gennaio 2003 neppure scatenato l'ernia discale di cui è affetto L." Occorre precisare che, secondo la giurisprudenza, la durata tollerata della latenza varia a seconda del segmento interessato dall'ernia del disco (rachide lombare/toracale oppure cervicale): " Wird eine vorbestandene Diskushernie durch den Unfall lediglich manifest, müssen die dadurch ausgelösten Beschwerden innerhalb einer kurzen Zeitspanne auftreten, um als natürlich kausale Folgen des fraglichen Ereignisses zu gelten. Für den Brust- und Lendenwirbelbereich wird eine Latenzzeit von höchstens acht bis zehn Tagen angegeben (Alfred M. Debrunner/Erich W. Ramseier, Die Begutachtung von Rückenschäden, Bern 1990, S. 55). Bei einer vorbestehenden Diskushernie der Halswirbelsäule beträgt das beschwerdefreie Intervall in der Regel lediglich wenige Stunden (Krämer, a.a.O. S. 355; nicht veröffentlichtes Urteil S. vom 4. Juni 1999 [U 193/98])." (STFA del 3 marzo 2005 nella causa W., U 218/04, consid. 6.1) In tale ipotesi (ossia quella in cui l'infortunio ha giocato un ruolo semplicemente scatenante), l'assicurazione assume la sindrome dolorosa legata all'evento traumatico (e non eventuali operazioni; cfr., in proposito, la STFA U 170/00 del 29 dicembre 2000, consid. 3b e U 351/04 del 14 febbraio 2006, già citata: "Dans de telles circonstances, l'assureur-accidents doit, selon la jurisprudence, allouer ses prestations également en cas de rechutes et pour des opérations éventuelles. Si la hernie discale est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel ." – il corsivo è del redattore). Le conseguenze di una eventuale

ricaduta devono essere assunte soltanto se esistono dei chiari sintomi che attestano una relazione di continuità tra l'evento infortunistico e la ricaduta (cfr. STFA del 29 dicembre 2000 nella causa S., U 170/00 e la dottrina medica e la giurisprudenza ivi citate; STFA del 7 febbraio 2000 nella causa N., U 149/99, parzialmente pubblicata in RAMI 2000 U 378, p. 190). Sempre con la medesima sentenza U 194/05 del 25 ottobre 2006, l'Alta Corte federale ha sviluppato una quarta ipotesi per il caso in cui l'infortunio ha comportato un trauma delle parti molli della colonna vertebrale: " E ad ogni modo, anche nella denegata ipotesi in cui si volesse ammettere che l'infortunio in esame avrebbe scatenato l'ernia discale, l'esito del gravame non muterebbe nella sua sostanza. (...), l'a contusione lombare avrebbe infatti comunque, in virtù della dottrina medica recepita da questa Corte, cessato di produrre i propri effetti qualche mese (di norma sei o nove) dopo l'insorgenza dell'evento traumatico (cfr. ad es. sentenze del 28 maggio 2004 in re A., U 122/02, consid. 4.2.1, del 9 luglio 2001 in re S., U 483/00, consid. 4c, del 6 giugno 2001 in re A., U 401/00, de l 29 dicembre 2000 in re F., U 199/00). Di modo che anche in questa ipotesi, il rifiuto di assegnare prestazioni assicurative con effetto retroattivo al 1° luglio 2003 avrebbe potuto considerarsi legalmente corretto. " Il TCA nota che, in realtà, contrariamente a quanto sembra affermare il TFA nel passaggio appena citato, se l'ernia discale è stata scatenata dall'infortunio, l'assicuratore LAINF è tenuto ad assumere la sintomatologia dolorosa che ne è scaturita, se del caso, anche al di là dei sei o nove mesi. 2.15. Nel caso di specie, secondo il TCA l'infortunio occorso all'assicurata nel luglio 2006 non era di una gravità tale da causare lo stato a livello lombare diagnosticato dalla RM del febbraio 2007. Del resto in una perizia 27 ottobre 1998 allestita dal Prof. dott. _____, Direttore della Clinica di neurochirurgia dell'Ospedale _____ di _____, su incarico del Tribunale delle assicurazioni del Canton _____ (perizia citata in una sua sentenza del 5 febbraio 2001 nella causa M., consid. 3b, UV 53890/80/98 e UV 58226/67/00), questi, esprimendosi a proposito dell'eziologia delle ernie discali, ha affermato, fra le altre cose, che in caso di lesione traumatica del disco intervertebrale, la capacità di deambulazione e di mantenere la posizione eretta viene immediatamente soppressa. La persona infortunata non è neppure più in grado di rialzarsi e deve essere immediatamente trasportata all'ospedale in posizione sdraiata: " (...) In diesem Zusammenhang kann ebenfalls auf ein vom angerufenen Gericht in einem früheren Verfahren zur Frage der Unfallkausalität von Diskushernien eingeholtes Gutachten von Prof. Dr. med. R. _____ (Neurochirurgische Klinik des Inselspitals Bern) vom 27. Oktober 1998 verwiesen werden. Darin wurden namentlich folgende allgemeinen Angaben gemacht: Die letzte Gelegenheit, bei der das Bandscheibengewebe in den Wirbelkanal vorfällt, sei für die Entstehung des Bandscheibenvorfalles belanglos. Das heisse, dass also ein Unfall bei der Verursachung und auch bei der Auslösung eines Prolapses oder Bandscheibenmassen-Vorfalles dem Nullwert gleichkomme . Eine gesunde Zwischenwirbelscheibe reisse erst dann, wenn sie von einer ganz erheblichen Gewalteinwirkung getroffen werde, die mindestens so gross ein müsse, dass auch ein Wirbelbruch hätte entstehen können. In der Tat seien unfallbedingte Bandscheibenzerreissungen eine ganz extreme Seltenheit . Die Folgen einer traumatischen Zerreiung einer Zwischenwirbelscheibe seien mindestens genau so dramatisch wie ein ausgedehnter Wirbelkörper-Kompressionsbruch. Die Geh- und Stehfähigkeit werde in einem solchen Fall sofort aufgehoben . Die verunfallte Patient sie nicht mehr in der Lage, sich aufzurichten, und er müsse sofort liegend ins Krankenhaus transportiert werden. Betroffen seien in solche seltenen Fällen stets und immer die oberen Lendenetagen, nicht aber die lumbosakrale Zwischenwirbelscheibe. Ein Bandscheibenvorfall könne nur dann

auf die Folge einer Gewalteinwirkung zurückgeführt werden, wenn ein adäquates Trauma vorgelegen sei, die Symptomatologie sofort nach dem Ereignis eingesetzt habe und der Patient vorher völlig beschwerdefrei gewesen sei. (...). " (sentenza del 5.2.2001 succitata - la sottolineatura è del redattore) In concreto, invece, l'assicurata, immediatamente dopo l'incidente, ha accusato principalmente dolori cervicali (cfr. doc. 5). Inoltre la medesima, dopo il sinistro, si è comunque recata al lavoro. Solamente trascorse alcune ore, si è fatta visitare dai sanitari del Pronto Soccorso dell'Ospedale _____ di _____, i quali l'hanno dimessa il giorno stesso (cfr. doc. 5). L'infortunio del luglio 2006 ha, invece, verosimilmente reso dolorose le problematiche alla colonna lombare messe in luce dalla RM del febbraio 2007 sino ad allora asintomatiche a detta dell'assicurata (cfr. doc. I) e della sua medico curante, Dr. med. _____ (cfr. doc. O). Ora in tale contesto non vi è ragione di mettere in dubbio la conclusione a cui è giunto il Dr. med. _____, ossia che al più tardi a fare tempo dal mese di febbraio 2008 non sussisteva più alcun nesso causale tra i disturbi accusati dall'insorgente e il sinistro del luglio 2006. In effetti dall'evento traumatico al gennaio 2008 è trascorso più di un anno e mezzo (cfr. STF U 194/06 del 25 ottobre 2006; STF U 285/06 dell'11 aprile 2007). Inoltre dalla documentazione medica agli atti non risulta alcuna valutazione medica in senso contrario. La Dr. med. _____, il 28 gennaio 2008, ha soltanto indicato che la paziente era inabile al lavoro al 100% per postraumi (cfr. doc. O). Tale asserzione non risulta né specificata, nel senso che non è stato menzionato a quali determinati problemi si riferisse, né motivata sufficientemente. 2.16. La densitometria eseguita nell'agosto 2007 ha mostrato che la ricorrente presenta un'osteoporosi diffusa di analoga entità al collo del femore e in sede lombare, come pure osteopenia dell'avambraccio distale (cfr. doc. 74). Al riguardo questa Corte rileva che in una sentenza 35.2005.98 dell'8 marzo 2006, massimata in RtiD II-2006 N.38 pag. 161, l'osteoporosi è stata definita come una: " condizione morbosa caratterizzata da una riduzione della massa ossea e da un deterioramento della microarchitettura del tessuto osseo, con conseguente aumento della fragilità scheletrica e del rischio di frattura. L'osso non è una struttura compatta e immutabile, ma un tessuto che si rinnova continuamente (rimodellamento osseo). Dalla nascita e durante gli anni dello sviluppo corporeo, lo scheletro si accresce e aumenta il suo grado di mineralizzazione fino a raggiungere, intorno ai 20 anni, un valore massimo (picco di massa ossea). Fino ai 40 anni, la quantità di osso eliminato viene rimpiazzata con identiche quantità di osso neoformato. Superati i 40 anni, inizia una fase caratterizzata dalla progressiva perdita di massa ossea. Nel sesso femminile la perdita di massa ossea è più elevata negli anni intorno alla menopausa e nel periodo immediatamente post-menopausale, con variazioni tanto spiccate che nel giro di pochi anni possono portare a un quadro di o. conclamata. Benchè l'esatto ruolo degli estrogeni sul metabolismo dell'osso non sia ancora del tutto chiaro, è indubbio che essi svolgano un'importante funzione di controllo e regolazione dei processi di rimodellamento, funzione che viene perduta quando cessa l'attività ovarica. Menopausa e invecchiamento costituiscono pertanto principali determinanti dell'o. che tuttavia, risente sfavorevolmente anche di altre condizioni, note come fattori di rischio. Tra questi vanno annoverati: la razza bianca, la costituzione fisica gracile, uno scarso apporto di calcio con la dieta, la sedentarietà, un deficit della produzione di estrogeni durante l'età fertile, il fumo di sigaretta, un eccesso di bevande alcoliche e caffè, la dieta iperproteica, la dieta troppo ricca di fibre, l'uso cronico di farmaci che agiscono sfavorevolmente sulla mineralizzazione ossea tra cui i cortisonici). (...) Clinicamente l'o. si manifesta solo quando la perdita di massa ossea ha raggiunto livelli tali da determinare microfratture vertebrali (dolore vertebrale,

incurvamenti della colonna vertebrale), fratture del polso o del femore. (...)" L'osteoporosi non è di per sé una malattia ma un processo parafisiologico, cioè fisiologico nella sua natura; la sua presenza tuttavia predispone a un maggior sviluppo di patologie (cfr. www.wikipedia.org). Ne discende che, in concreto, l'origine di tale affezione non va posta in relazione con l'evento traumatico in discussione. 2.17. Alla luce di quanto appena esposto e più in generale degli atti medici riassunti al consid. 2.12., questa Corte, nel caso in esame, ritiene dimostrato secondo il criterio della verosimiglianza preponderante, caratteristico del settore della sicurezza sociale (cfr. consid. 2.4.; 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 l'insorgente per quanto riguarda i disturbi somatici, in coincidenza con la chiusura del caso da parte dell'amministrazione, ossia al 31 gennaio 2008, non presentava più alcun postumo organico oggettivabile di natura infortunistica. In simili condizioni non si rivela necessario procedere a ulteriori atti istruttori, segnatamente alla perizia medica giudiziaria e all'edizione delle cartelle cliniche postulate dall'assicurata (cfr. doc. I, V). Al riguardo giova osservare 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. STF U 349/06 dell'11 luglio 2007 consid. 6; STFA dell'11 dicembre 2003 nella causa R., U 239/02; STFA del 31 gennaio 2003 nella causa V., H 5/02; STFA del 5 marzo 2003 nella causa G., H 411/01; SVR 2003 IV Nr. 1 pag. 1; 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). 2.18. Questa Corte rileva, tuttavia, che la Dr. med. _____ del Pronto Soccorso dell'Ospedale _____ di _____, che ha visitato la ricorrente dopo alcune ore dall'incidente, ha diagnosticato una distorsione a livello della regione cervicale "colpo di frusta" (cfr. doc. 5). Il Dr. med. _____, poi, nel referto dell'11 dicembre 2006, quale diagnosi, ha menzionato, tra l'altro, un trauma distorsivo della colonna cervicale a seguito del sinistro del luglio 2006 (cfr. doc. 28). Del resto anche il Dr. med. _____, medico fiduciario de CO 1, il 27 aprile 2007 in relazione al consulto del febbraio 2007, quale esito dell'incidente della circolazione del 24 luglio 2006, ha certificato un trauma di accelerazione della colonna cervicale di grado 1 (cfr. doc. 66). Secondo la giurisprudenza, in materia di traumi d'accelerazione alla colonna cervicale, di traumi equivalenti oppure di traumi cranio-cerebrali, senza dimostrazione di un deficit funzionale organico, l'esistenza del nesso di causalità naturale tra l'infortunio e l'incapacità lavorativa o lucrativa deve di principio essere riconosciuta in presenza di un quadro clinico tipico caratterizzato da

un'accumulazione di disturbi (diffusi mal di testa, vomito, vertigini, disturbi della concentrazione e della memoria, facile stanchevolezza, disturbi visivi, irritabilità, labilità affettiva, depressione, cambiamento della personalità, ecc.; cfr. consid. 2.7.). Con una sentenza U 215/05 del 30 gennaio 2007, consid. 5, massimata in RtiD II-2007 N. 35 pag. 151, il TF ha chiarito che la necessità di apparizione entro le prime 72 ore concerne soltanto i disturbi a livello della nuca e/o del rachide cervicale, e non anche altri disturbi rientranti nel quadro tipico del "colpo di frusta". Ad ogni modo, è indispensabile che l'esistenza di un tale trauma, così come delle sue conseguenze, sia attestata da certificazioni medico-specialistiche attendibili (DTF 119 V 335 consid. 1, 117 V 359 consid. 4b). Sulla base degli atti medici si può ammettere che la ricorrente 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). Per quanto riguarda la presenza di sintomi tipici "in modo frequente e persistente" (cfr. STFA U 350/04 del 12 ottobre 2006), il TCA rileva che la ricorrente, immediatamente dopo il sinistro, ha presentato dolori in sede cervicale (cfr. doc. 5.). E' altrettanto vero che in seguito ha accusato solo dolori alla colonna vertebrale, segnatamente cervicale e lombare (cfr. doc. 4, 11, 28, 66, 76, 94, O). Cefalee sono state attestate nell'agosto 2006 da parte della Dr. med. _____ (cfr. doc. 11) e nel dicembre 2006 dal Dr. med. _____ (cfr. doc. 28). Disturbi neurovegetativi, quali disturbi del sonno, irrequietezza, disturbi gastrointestinali ecc., inoltre, sono stati accusati nel dicembre 2006 e riferiti al Dr. med. _____ (cfr. doc. 28). Quest'ultimo, già nel marzo 2007, ha indicato che la situazione era soddisfacente e che il quadro era tendenzialmente fibromialgico (cfr. doc. 52). Nello scritto al Dr. med. _____ del gennaio 2008 il Dr. med. _____ ha, peraltro, evidenziato che si era sviluppato un dolore alle mani, oltre a diffusi dolori di carattere fibromialgico, accompagnati da uno sviluppo depressivo (cfr. doc. I). Questa Corte ritiene che nel caso di specie possa restare insoluta la questione di sapere se nel caso di specie l'assicurata ha presentato o meno il quadro tipico dei disturbi di un trauma d'accelerazione cervicale caratterizzato da un'accumulazione di disturbi. In effetti, in casu, anche ammettendo l'esistenza di un quadro clinico tipico e di un nesso di causalità naturale fra lo stesso e l'infortunio del luglio 2006, fa comunque difetto l'adeguatezza del nesso di causalità (cfr. STF U 580/06 del 30 novembre 2007 consid. 4.2.3.), aspetto che deve essere valutato alla luce della prassi sviluppata nella DTF 117 V 359 segg. relativamente ai "colpi di frusta" e precisata nella DTF 134 V 109 (cfr. consid. 2.9., 2.10). 2.19. Nel valutare l'adeguatezza del legame causale, occorre avantutto procedere alla classificazione dell'infortunio occorso alla ricorrente. L'assicurata, il 24 luglio 2006, ha subito un tamponamento mentre si trovava con la propria autovettura in una rotonda. Dalla dinamica dell'incidente e dal fatto che la ricorrente abbia riportato una distorsione della regione cervicale (cfr. doc. 5). risulta che il sinistro occorso a RI 1 può essere classificato fra gli infortuni di grado medio al limite della categoria degli infortuni leggeri o insignificanti. Tale classificazione corrisponde a una ormai consolidata prassi federale elaborata in relazione a incidenti in cui un'automobile ferma o a bassa velocità viene tamponata da un altro veicolo (cfr. STFA U 99/01 del 6 novembre 2002, 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)" – il corsivo è del redattore; cfr., pure, STFA U 128/9 del 21 giugno 1999, consid. 3 e riferimenti; U. Müller, Die Rechtsprechung des EVG zum adäquaten Kausalzusammenhang beim sog. Schleudertrauma der HWS: Leitsätze, Kasuistik und Tendenzen, in SZS 2001, p. 431ss.). Giova, inoltre, segnalare che la nostra Alta Corte ha valutato allo stesso modo un incidente della circolazione stradale in cui l'automobile guidata da un'assicurata, che transitava ad una velocità dichiarata di 45/50 km/h, è entrata in collisione con una vettura proveniente da destra. A seguito dell'urto, la prima vettura si è girata di 90° a destra, terminando la propria corsa sul marciapiede, non senza avere urtato di striscio un passante (cfr. STFA del 17 ottobre 2002 nella causa C., U 371/01). Il giudice è, quindi, tenuto a valutare le circostanze connesse con l'infortunio, secondo i criteri elaborati dal TFA e qui evocati ai consid. 2.10. 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 (cfr. consid. 2.9., 2.10., 2.6.4.). In una sentenza U 271/03 dell'11 gennaio 2005 - riguardante un assicurato vittima di un incidente della circolazione stradale (tamponamento da tergo), qualificato quale infortunio di grado medio al limite della categoria degli infortuni leggeri o insignificanti –, il TFA ha ritenuto sufficiente, ma pure necessaria, per ammettere l'esistenza di un nesso causale adeguato, la realizzazione cumulativa di tre fattori (cfr., per dei casi analoghi, la STFA U 158/04 del 6 dicembre 2004, consid. 2.4 e la STCA 35.2000.20 del 28 settembre 2001, consid. 2.6., confermata dal TFA con giudizio U 371/01 del 17 ottobre 2002; per un caso in cui, trattandosi di un infortunio di grado medio al limite della categoria degli infortuni leggeri, la Corte federale non ha ritenuto sufficiente la presenza di due soli fattori di rilievo, cfr. la STFA U 294/05 del 16 dicembre 2005). Al riguardo va osservato che nell'apprezzamento dell'adeguatezza della causalità in materia di infortuni del tipo "colpo di frusta" non deve essere operata alcuna distinzione fra la componente organica e quella psichica (cfr. consid. 2.9.). L'incidente della circolazione stradale del luglio 2006 non si è svolto secondo circostanze concomitanti particolarmente drammatiche o spettacolari. In proposito occorre evidenziare che nella DTF 129 V 323 = RAMI 2003 pag. 203 il TFA nel caso di un infortunio in cui un'automobile, a causa dell'esplosione di un pneumatico ad una velocità di circa 95km/h, si era capovolta in autostrada ed era rimasta a giacere sul tetto, nonostante abbia riconosciuto che il sinistro da un certo punto di vista era stato impressionante, ha negato il carattere particolarmente drammatico dal profilo oggettivo. La ricorrente non ha riportato delle lesioni gravi o con caratteristiche particolari. Infatti la diagnosi di un trauma d'accelerazione alla colonna cervicale oppure di un meccanismo equivalente non è sufficiente per ritenere adempiuto questo criterio, bensì è necessaria la presenza, per anni, di diversi disturbi di una certa gravità rientranti nel quadro clinico tipico per un infortunio del tipo colpo di frusta o di circostanze particolari che possono influire su tali disturbi, come una posizione del corpo sfavorevole (cfr. SZS 2001 pag. 448-449; STFA del 25 ottobre 2004 nella causa S., U 137/04). In concreto non risulta che la posizione assunta dall'assicurata al momento dell'evento traumatico fosse particolare, né che essa abbia presentato cumulativamente diversi disturbi del quadro clinico tipico di un trauma d'accelerazione comportanti delle gravi ripercussioni. Inadempito risulta pure il criterio della somministrazione continuata di cure specifiche e aggravanti. I cicli di fisioterapia, l'assunzione di medicinali e gli esami a cui si è sottoposta l'assicurata non sono a tal proposito sufficienti (cfr. STF 8C_339/2007 del 6 maggio 2008 consid. 3.3.). Dalle carte

processuali neppure risulta che l'assicurata sia rimasta vittima di una cura medica errata e notevolmente aggravante degli esiti dell'evento traumatico. Il decorso della cura non può, poi, essere qualificato come sfavorevole. In merito è utile rilevare che per decorso sfavorevole si intende che nel corso della guarigione sono intervenute delle difficoltà (cfr. J.-M. Frésard, *L'assurance-accidents obligatoire*, in *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit*, n. 39 pag. 17). In casu non sono apparse difficoltà particolari e nemmeno sono intervenute rilevanti complicazioni. Del resto la ricorrente è stata in grado di riprendere l'esercizio della propria attività professionale al 50% già dal 7 novembre 2006 (cfr. doc. 28) e al 100% dal marzo 2007 (cfr. doc. 52, G; STF 8C_339/2007 del 6 maggio 2008 consid. 3.3.). A mente del TCA, in concreto, anche il criterio dell'importante incapacità lavorativa, malgrado i documentati sforzi intrapresi, non è adempiuto. A titolo di raffronto, in una sentenza del 29 marzo 1996 nella causa M., 35.1995.277 - confermata dal TFA con giudizio del 4 marzo 1998, U 101/96 - il TCA non aveva considerato realizzato in maniera particolarmente incisiva il criterio del grado e della durata dell'incapacità lavorativa, trattandosi di un assicurato la cui inabilità si era protratta, pur con alcune riprese parziali, per circa due anni. Infine, anche ammettendo che nel caso di specie il criterio dei notevoli disturbi potesse essere considerato realizzato sulla base della prassi anteriore (cfr. consid. 2.9.; 2.6.3.), esso non lo è alla luce della nuova giurisprudenza di cui alla DTF 134 V 109, secondo cui la rilevanza dei disturbi si valuta in riferimento all'attendibilità dei dolori e agli impedimenti che questi provocano nella vita quotidiana (cfr. DTF 134 V 109 consid. 10.2.4.; STF 8C_339/2007 del 6 maggio 2008 consid. 3.3.). Comunque, anche volendo ritenere adempiuto tale criterio, ciò non basterebbe per ammettere il nesso di causalità adeguata, visto che il medesimo non sarebbe in ogni caso ossequiato in modo particolarmente incisivo. 2.20. Infine va osservato che il Dr. med. _____, già nel dicembre 2006, ha affermato che l'assicurata aveva sviluppato una sindrome fibromialgica (cfr. doc. 28). Nel marzo 2007 il reumatologo ha ribadito che l'insorgente presentava un quadro tendenzialmente fibromialgico (cfr. doc. 52). Egli, nel novembre 2007, ha poi indicato che il quadro clinico algico era stato da lui da subito imputato a una sindrome fibromialgiaca (cfr. doc. F). Questa Corte, dopo attento esame delle carte processuali, ritiene che la valutazione del medico fiduciario dell'assicuratore LAINF resistente, secondo cui la tendenza fibromialgica non ha nulla a che fare con l'infortunio del luglio 2006 (cfr. doc. 94=L), possa validamente costituire da supporto probatorio per il presente giudizio. In tale contesto va ricordato 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. STF U 349/06 dell'11 luglio 2007 consid. 6; RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STFA dell'8 luglio 2003 nella causa B., U 259/02, consid. 2.1.1; U. Meyer-Blaser, *Die Rechtspflege in der Sozialversicherung*, in *BJM* 1989, p. 30ss.). Il TFA ha stabilito che quando, nell'ambito della procedura amministrativa, una perizia ordinata ad un medico indipendente è eseguita da uno specialista riconosciuto, sulla base di investigazioni approfondite e complete, nonché in piena conoscenza dell'incarto, e che l'esperto perviene a delle conclusioni convincenti, il Tribunale non deve scostarsene se non vi è alcun indizio concreto che consenta di dubitare della loro fondatezza (cfr., pure, STFA U 168/02 del 10 luglio 2003 consid. 3.2.2 e U 264/99 del 19 aprile 2000 consid. 3b). D'altra parte, in una sentenza U 259/02 dell'8 luglio 2003, l'Alta Corte ha deciso che il fatto che un medico venga interpellato con regolarità da un istituto assicuratore per esprimere valutazioni specialistiche

non è di per sé sufficiente per dubitare della sua obiettività e imparzialità. Il TFA ha infine deciso che la circostanza che il medico di fiducia si sia pronunciato dopo che l'affare è divenuto contenzioso, non è, di per sé, sufficiente a suscitare dei dubbi circa la sua imparzialità (cfr. STFA U 291/99 dell'8 settembre 2000). Per quel che concerne il valore probante di un rapporto medico, determinante è che esso sia completo sui temi sollevati, che sia fondato su esami approfonditi, che tenga conto delle censure sollevate dalla persona esaminata, che sia stato redatto in piena conoscenza dell'anamnesi, che sia chiaro nella presentazione del contesto medico e che le conclusioni dell'esperto siano motivate (cfr. STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008 consid. 5.3.; SVR 2002 IV Nr. 21 p. 63; DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191ss.; DTF 122 V 160ss, consid. 1c e riferimenti). L'elemento rilevante per decidere circa il valore probante, non è né l'origine del mezzo di prova né la sua designazione quale rapporto oppure quale perizia, ma semplicemente il suo contenuto (cfr. STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008 consid. 5.3.; DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti). Il rapporto del Dr. med. _____ non contiene contraddizioni e presenta tutti i requisiti posti dalla giurisprudenza affinché possa essere riconosciuto, ad un apprezzamento medico, piena forza probante: in particolare, il sanitario ha espresso la sua valutazione in modo chiaro, motivato e convincente, dopo aver proceduto allo studio approfondito del dossier dell'assicurata e averla visitata a più riprese. Del resto il Dr. med. _____, circa l'eziologia della fibromialgia diagnosticata all'assicurata, si è limitato a indicare che i dolori di carattere fibromialgico apparentemente risultavano scatenati dal sinistro del luglio 2006 (cfr. doc. I). Ciò non è sufficiente per ritenere dimostrata secondo il grado della verosimiglianza preponderante (cfr. consid. 2.4.) l'esistenza di un nesso causale tra l'evento infortunistico del 2006 e la fibromialgia. Inoltre si rivela un principio ripetutamente riconosciuto dalla nostra Massima Istanza quello secondo il quale le certificazioni del medico curante - anche se specialista (cfr. STFA U 202/01 del 7 dicembre 2001, consid. 2b/bb) - hanno un valore di prova ridotto, ciò in ragione del rapporto di fiducia che lo lega al suo paziente (cfr. RAMI 2001 U 422, p. 113ss. (= AJP 1/2002, p. 83); DTF 125 V 353 consid. 3b/cc; DTF 124 I 175 consid. 4; DTF 122 V 161; RCC 1988 p. 504; R. Spira, La preuve en droit des assurances sociales, in Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach, Basilea 2000, p. 269s.). Ad esempio, nella sentenza 9C_289/2007 del 29 gennaio 2008 il Tribunale federale ha sottolineato che: "(...) Par ailleurs, il y a lieu d'ajouter qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat de soins et un mandat d'expertise (cf. arrêt I 701/05 du 5 janvier 2007, consid. 2 et les nombreux arrêts cités, dont en particulier l'ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise. Cette hypothèse n'étant toutefois pas donnée dans le cas d'espèce, c'est à juste titre que les premiers juges se sont fondés, sans violer le droit fédéral, sur les conclusions du SMR et qu'ils ont confirmé la décision attaquée. (...)". Risulta, d'altronde, decisivo segnalare che in una sentenza 35.2002.86 del 25 marzo 2003, pubblicata in RDAT II-2003 N. 66, questa Corte, dopo aver interpellato un medico specialista FMH in reumatologia in merito alla diagnosi di fibromialgia, ha stabilito che la fibromialgia generalizzata è una malattia di cui sono ignote l'origine e le cause, che si manifesta in maniera preponderante con dolori diffusi soprattutto alle parti molli (muscoli, tendini, tessuto sottocutaneo) e di cui non è possibile stabilire il

nesso causale diretto con eventuali traumi subiti. Infatti, benché sia noto che tale patologia si sviluppa più facilmente in soggetti che hanno subito dei traumi spesso successivi, sia di tipo fisico che psichico o sociale, essa può insorgere anche senza questi eventi. Qualora, dunque, la fibromialgia venga diagnosticata a un assicurato che ha sì subito un trauma, tuttavia non grave (non ha subito fratture, operazioni gravi, ecc.), non è possibile concludere, secondo il criterio della verosimiglianza preponderante, che essa si trovi in una relazione di causalità naturale con l'infortunio. In tal caso l'assicurato affetto da questa patologia non ha diritto a prestazioni da parte dell'assicuratore infortuni. Nel caso in esame, di conseguenza, il TCA deve concludere, senza che si riveli necessario fare capo a ulteriori provvedimenti probatori (cfr. consid. 2.17.), che la fibromialgia accusata dalla ricorrente, la quale a seguito dell'infortunio del luglio 2006 non ha riportato lesioni gravi, come fratture o interventi gravi, deve essere considerata di natura non traumatica. 2.21. Alla luce di tutto quanto esposto ai considerandi precedenti, questa Corte non può che confermare la decisione su opposizione del 27 febbraio 2008 emanata da CO 1.

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