

TI_GERICHTE 35.2012.12 vom 9. April 2014

TI Tribunale d'appello, 2014-04-09, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2012.12

FR: TI_GERICHTE 35.2012.12 du 9 avril 2014

IT: TI_GERICHTE 35.2012.12 del 9 aprile 2014

Regeste

Incidente stradale con diagnosi di distorsione cervicale. Sintomatologia non oggettivabile e dominata da una problematica psichica (disturbo da dolore somatoforme). Causalità adeguata dichiarata estinta a distanza di sette anni dall'infortunio

Erwägungen

E. 29

cpv. 2 Cost, l'obbligo per l'autorità di motivare la sua decisione affinché il destinatario possa capirla, eventualmente contestarla e l'autorità di ricorso esercitare il proprio controllo. Per soddisfare tali esigenze, è sufficiente che l'autorità menzioni almeno succintamente i motivi su cui essa ha fondato la propria decisione; essa non ha dunque l'obbligo di esporre e di pronunciarsi su tutti i fatti, i mezzi di prova e le censure invocate dalle parti; essa può per contro limitarsi ai punti essenziali per la decisione da rendere (cfr. DTF 133 III 439 consid. 3.3 e i riferimenti ivi citati). Di regola, la portata dell'obbligo di motivare dipende dalla complessità del caso da giudicare, dal margine di apprezzamento di cui gode l'autorità e dalla potenziale gravità delle conseguenze della sua decisione (cfr. DTF 112 Ia 107 consid. 2b). Attentamente esaminata la decisione su opposizione impugnata, il TCA ritiene che essa contenga una sufficiente motivazione, cosicché non può essere ammessa la pretesa violazione del diritto di essere sentito. In effetti, da essa emerge in modo chiaro che, fondandosi in particolare sulle risultanze della perizia del _____, l'CO 1 ha considerato che, al momento della chiusura del caso, l'assicurata non presentava più postumi organici invalidanti del sinistro del gennaio 2003, avendo peraltro cura di spiegare perché, a suo avviso, la documentazione medica ulteriormente prodotta, segnatamente le certificazioni del dott. _____, non conteneva elementi suscettibili di rimettere in discussione le conclusioni peritali degli specialisti _____. Infine, dando per accertato che i disturbi denunciati dall'insorgente trovavano la loro giustificazione sul piano psichico, l'assicuratore resistente ha proceduto all'esame dell'adeguatezza del nesso di causalità in applicazione della "psico-prassi" (DTF 115 V 133). In altri termini, secondo questo Tribunale, la decisione su opposizione in questione è motivata in modo tale da aver consentito all'assicurata di comprenderne la portata e di ricorrere con cognizione di causa, rispettivamente, da permettere al TCA d'esercitare il proprio controllo giudiziario. È vero che l'amministrazione non ha esaminato nel dettaglio ognuna delle censure che l'assicurata ha sollevato nei riguardi della perizia del _____. Tuttavia, essa non le ha semplicemente ignorate ma ha affermato che, ciò nonostante, il referto in questione conservava il proprio valore probatorio (doc. 439, p. 7s.: "Le critiche mosse dall'assicurata nei confronti dell'operato degli esperti e meglio in relazione a quanto rientra sotto i capitoli "anamnesi" e "dichiarazioni della paziente" non hanno alcun fondamento e manifestamente non permettono di mettere in discussione il valore probatorio delle conclusioni peritali ." - il

corsivo é del redattore). Del resto, secondo la giurisprudenza federale, il fatto che l'amministrazione non abbia risposto esaustivamente a tutte le censure non implica necessariamente una violazione del diritto di essere sentito; essa può infatti limitarsi alle questioni decisive (cfr. STF 9C_610/2011 del 31 gennaio 2012 consid. 3.3.2).

2.2. Visto che é stato dato seguito alla richiesta di traduzione in lingua italiana del rapporto _____ del 31 ottobre 2013 (doc. LV bis), come era già stato il caso per quello datato 13 settembre 2012 (cfr. doc. XXIII), questa Corte può esimersi dal prendere posizione sulle obiezioni che l'assicurata, rispettivamente il suo patrocinatore hanno formulato per il caso in cui la traduzione fosse stata negata (cfr. doc. XLVII, doc. XLIX, doc. L e doc. LII, p. 9s.).

2.3. In sede di osservazioni 28 gennaio 2014, l'insorgente ha rimproverato a questa Corte di averle negato il diritto di essere ascoltata (doc. LVII, p. 2: "Sono passati due anni dall'inoltro del ricorso e non ho ancora avuto modo di esprimermi davanti ad Essa."). Al riguardo, il TCA ritiene manifestamente priva di fondamento la censura fatta valere dall'assicurata. In effetti, gli atti di causa testimoniano che RI 1, personalmente e/o per il tramite del proprio rappresentante legale, ha avuto ampia facoltà di esprimersi su ogni atto istruttorio compiuto dal Tribunale (le cui risultanze sono peraltro state tradotte in lingua italiana). Inoltre, il memoriale da lei prodotto in data 5 febbraio 2013, é stato attentamente esaminato e acquisito agli atti (cfr. doc. XXXI). Infine, dando seguito a un'esplicita domanda dell'avv. RA 1, il presidente del TCA ha organizzato un pubblico dibattito, che si é svolto conformemente alle modalità definite dalla giurisprudenza. Al riguardo, va rilevato che, secondo il Tribunale federale, l'art. 6 CEDU non garantisce il diritto all'audizione dei testimoni proposti dall'assicurato e nemmeno quello all'interrogatorio delle parti (cfr., in questo senso, STF 8C_307/2013 del 6 marzo 2014 consid. 2.2, 8C_743/2011 del 20 dicembre 2011 consid. 2.3.1 e SVR 2010 UV Nr. 3 consid. 2).

2.4. Dal profilo materiale, oggetto litigioso è la questione di sapere se l'assicuratore LAINF resistente era legittimato a porre fine al versamento delle proprie prestazioni a far tempo dal 28 febbraio 2010, oppure no.

2.5. Secondo l'art. 6 cpv. 1 LAINF, per quanto non previsto altrimenti dalla legge, le prestazioni assicurative sono effettuate in caso d'infortuni professionali, d'infortuni non professionali e di malattie professionali. Il diritto alle prestazioni risultante da un infortunio assicurato presuppone l'esistenza di un nesso di causalità naturale tra l'evento dannoso e il danno alla salute. Questa condizione é adempiuta 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 conditio 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 (DTF 129 V 177 consid. 3. p. 181, 402 consid. 4.3 p. 406).

2.6. Se un infortunio ha semplicemente scatenato un processo che sarebbe comunque insorto anche senza questo evento, il nesso di causalità naturale tra i disturbi accusati dall'assicurato e l'infortunio deve essere negato se lo stato morboso preesistente é ritornato ad essere quello che era prima dell'infortunio (status quo ante) oppure se ha raggiunto lo stadio che sarebbe prima o poi subentrato anche senza l'infortunio (status quo sine) (RAMI 1992 U 142 p. 75 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). Il solo fatto che la sintomatologia sia apparsa soltanto dopo un infortunio, non basta per stabilire un rapporto di causalità naturale con questo medesimo infortunio (ragionamento “ post hoc, ergo propter hoc ”; cfr. DTF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341s.; RAMI 1999 U 341 p. 408s. consid. 3b). Occorre di principio ricercarne l’eziologia e verificare, su questa base, l’esistenza del nesso di causalità con l’evento assicurato. In materia d’infortunio del tipo “colpo di frusta” alla colonna cervicale, di trauma equivalente oppure di trauma cranio-cerebrale , senza dimostrazione di un sostrato organico oggettivabile, l’esistenza di un legame causale naturale tra l’infortunio e l’incapacità lavorativa o di guadagno, deve di principio essere ammessa in presenza di un quadro clinico tipico 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.. L’esistenza di un infortunio di questo tipo così come delle sue conseguenze, presuppone delle attendibili certificazioni medico-specialistiche (cfr. DTF 119 V 335 consid. 1, 117 V 359 consid. 4b; in merito alle misure istruttorie necessarie, si veda la DTF 134 V 109 consid. 9 p. 122s.).

2.7. Il diritto alle prestazioni assicurative presuppone pure l’esistenza di un nesso di causalità adeguata tra l’evento dannoso e il danno alla salute. In caso di danno alla salute fisica, il nesso di causalità adeguata é generalmente ammesso, dal momento in cui é accertata la causalità naturale (cfr. DTF 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103). Per contro, la giurisprudenza ha elaborato più criteri per valutare l’adeguatezza del nesso di causalità tra un infortunio e dei disturbi psichici sviluppati successivamente dalla vittima. Essa ha dapprima classificato gli infortuni in tre categorie, a seconda della dinamica: gli infortuni insignificanti o leggeri (per esempio, una caduta o scivolata banale), gli infortuni di media gravità e gli infortuni gravi. Per procedere a tale classificazione, non si deve considerare il modo in cui l’infortunio é stato vissuto dall’interessato ma piuttosto l’evento traumatico in quanto tale da un punto di vista oggettivo. In presenza di un infortunio di media gravità, occorre prendere in considerazione un certo numero di criteri, di cui i più importanti 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. 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. Per contro, in presenza di un infortunio che si situa al limite di quelli insignificanti o leggeri, le circostanze da considerare devono cumularsi oppure rivestire un’importanza particolare affinché si possa ammettere il carattere adeguato del nesso di causalità (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).

2.8. In presenza di un infortunio del tipo “colpo di frusta” alla colonna cervicale, di un trauma equivalente oppure di un trauma cranio-cerebrale, senza prova di deficit funzionale organico, i criteri della causalità adeguata devono essere esaminati senza differenziare le componenti psichiche da quelle somatiche, e ciò contrariamente a quanto avviene trattandosi di disturbi psichici

insorti a seguito di un infortunio, per i quali vanno considerati unicamente gli aspetti organici (cfr. DTF 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103 e SVR 2007 UV 8 p. 27, consid. 2ss.).

2.9. 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. Nonostante ciò che precede, la giurisprudenza citata al considerando 2.6. (DTF 115 V 133 e 403) si applica anche in caso di traumi d'accelerazione al rachide cervicale, di traumi equivalenti oppure di traumi cranio-cerebrali, se i disturbi psichici insorti dopo l'infortunio appaiono chiaramente come un danno alla salute distinto e indipendente dal quadro clinico tipico consecutivo a un trauma d'accelerazione al rachide cervicale, a un trauma equivalente oppure a un trauma cranio-cerebrale (cfr. RAMI 2001 U 421 p. 79 consid. 2b).

2.10. Nella presente fattispecie, dalle tavole processuali emerge che l'CO 1 ha fondato la propria decisione di porre termine al diritto a prestazioni a contare dal 28 febbraio 2010, principalmente sulla perizia 15 settembre 2009 del _____ di _____ (cfr. doc. 381). Durante il periodo 25-28 maggio 2009, RI 1 è stata sottoposta ad approfonditi accertamenti pluridisciplinari. Dal rapporto del 15 settembre 2009 emerge che i periti basilesi hanno ricostruito l'anamnesi della ricorrente (allegato al doc. 328, p. 1-16) e ne hanno descritto lo status dal punto di vista internistico (a cura del dott. _____, spec. FMH in medicina generale), ortopedico (a cura del dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica),

neurologico (a cura del PD dott. _____, spec. FMH in neurologia) e psichiatrico (a cura del dott. _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia). Gli specialisti consultati dall'Istituto assicuratore hanno quindi diagnosticato un disturbo da dolore somatoforme nella forma di una cronica sindrome dolorosa cervico-cefalica a destra e con una cronica sindrome dolorosa alle spalle bilateralmente, in presenza di un disturbo di personalità combinato, dopo trauma distorsivo del rachide cervicale e contusione alla spalla destra, degli episodi sincopali con cadute recidivanti, verosimilmente nel senso di stati dissociativi di trance, come pure un disturbo fobico, misto (allegato al doc. 328, p. 32s.). A loro parere, la problematica psichica di cui soffre l'assicurata si trova largamente in primo piano e domina l'intero quadro clinico. In questo contesto, essi hanno pure precisato che, qualora fossero presenti (posto comunque che non è stato possibile oggettivare, né dal profilo ortopedico né da quello neurologico, un reperto somatico suscettibile di spiegare a sufficienza i disturbi denunciati), i disturbi fisici si troverebbero ampiamente in secondo piano (allegato al doc. 328, p. 35, 37 e 41). A detta sempre dei sanitari del _____, il genere di disturbo psichico presentato da RI 1, non è tipico di qualcuno che è rimasto vittima di un trauma d'accelerazione cervicale (allegato al doc. 328, p. 41). I medici _____ hanno sostenuto che tra l'evento infortunistico del gennaio 2003 e il disturbo da dolore somatoforme esiste, con verosimiglianza preponderante, un nesso di causalità naturale (cfr. allegato al doc. 328, p. 35 e p. 36). Rispondendo al quesito n. 6.4 dell'CO 1, essi hanno però rilevato che, antecedentemente al sinistro, l'insorgente già presentava un'elevata vulnerabilità psichica, verosimilmente nel senso di un disturbo della personalità combinato. Da considerare sono pure i particolari avvenimenti che le sono accaduti nell'anno dell'infortunio. Soltanto prendendo in considerazione tali preesistenze, si comprende perché l'infortunio ha scatenato uno sviluppo abnorme (allegato al doc. 328, p. 30 e 36s.). Questa Corte rileva che l'assenza di un sostrato oggettivabile atto a spiegare a sufficienza la sintomatologia della ricorrente, aveva già trovato conferma negli accertamenti diagnostici che erano stati compiuti successivamente all'evento infortunistico, come pure nella perizia pluridisciplinare (psichiatrica, reumatologica e neurologica) 21 maggio 2010 del Servizio di accertamento medico (SAM) di Bellinzona. Al proposito, si constata che - a distanza di poco più di un mese dall'infortunio (il 24 febbraio 2003) -, l'assicurata è stata sottoposta a una TAC della colonna cervicale. Dal relativo rapporto risulta che non erano state refertate né fratture, né lussazioni, né ancora stenosi del canale spinale, rispettivamente dei canali neurali. L'esame in questione ha mostrato unicamente una piccola protrusione discale medio-laterale destra a livello di C6-C7 con possibile irritazione, ma non compressione, della radice di C7 a destra (cfr. doc. 19). In occasione del consulto del 6 ottobre 2003, il Prof. dott. _____, responsabile della chirurgia vertebro-midollare presso la _____ di _____, ha auspicato l'esecuzione di una RMN della colonna cervicale, prima di formulare una diagnosi precisa (cfr. doc. 85). Preso atto dell'impossibilità di eseguire tale esame, il dott. _____ ha ripiegato su una mielo-TAC, precisando che "wenn auch nicht die genau gleiche Information daraus abgeleitet werden kann, wäre doch eine Kompression von neuralen Strukturen darin erkennbar ." (allegato al doc. 105 - il corsivo è del redattore). L'accertamento in questione, effettuato in data 16 aprile 2004 presso la Clinica universitaria _____ di _____, non ha mostrato nulla di particolare, fatta eccezione per una minima anterolistesi C6/C7 (doc. 110; cfr. pure il doc. 112). Con referto del 19 gennaio 2004, relativo alle consultazioni del 18 dicembre 2003 e del 16 gennaio 2004, il dott. _____, spec. FMH in neurologia, ha riferito che non si ritrovavano "... segni centrali o ancora deficitari sul piano

motorio-sensitivo, in particolare non viene più messa in evidenza l'ipoestesia algo-tattile diffusa a tutto l'arto superiore destro e all'arto inferiore destro come osservato nel febbraio scorso. L'indagine elettro-neurografica non conferma più alcuna neuropatia in particolar modo sensitivo-motoria del nervo mediano a destra, la neurografia sensitivo-motoria del nervo ulnare é pure normale, la latenza e configurazione dell'onda F risultano normali senza elementi quindi per un'eventuale componente plessuale o radicolare aggravante. La persistenza della sintomatologia dolorosa con sviluppo di tendoinserzionite e possibile stato depressivo deporrebbe a favore di una fibromialgia, che andrebbe quindi rivalutata in ambito reumatologico, anche per meglio determinare le possibilità fisioterapiche e medicamentose: si dovrebbe proporre un antidepressivo ad effetto antalgico centrale, ...” (doc. 98). Nel corso del mese di agosto 2004, l'insorgente é stata visitata dal Prof. dott. _____, Primario del _____ della Clinica _____ di _____. Questo specialista ha diagnosticato una sindrome miofasciale con una cefalea cervicogenica (cfr. doc. 146, p. 2). Interpellato dall'amministrazione nel novembre 2004, il dott. _____, spec. FMH in neurologia, ha segnatamente sostenuto che l'evento infortunistico ha inizialmente provocato la sindrome dolorosa cervico-cefalica e cervico-brachiale, tuttavia il fatto che non sia intervenuta una risoluzione della sintomatologia nel giro di qualche settimana, é da addebitare a fattori extra-infortunistici (di natura psichica). A suo avviso, l'esistenza di un nesso causale naturale con il sinistro assicurato, é quindi semplicemente possibile. Egli ha inoltre indicato che il quadro tipico di disturbi consecutivo a una distorsione del rachide cervicale é soltanto parzialmente dato, nella forma di una sindrome cervico-cefalica e cervico-brachiale (cfr. doc. 154). Il dott. _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, in occasione della visita peritale del 18 luglio 2005, ha diagnosticato un disturbo somatoforme persistente in personalità con tratti narcisistici preesistenti all'infortunio (cfr. doc. 171, p. 2: “L'ass. tende a vivere in modo esagerato la limitazione del suo rendimento a causa della sindrome algica, ciò che genera un circolo vizioso tra il dolore vissuto e la reazione affettiva. Da un punto di vista psicodinamico, la situazione psichica viene stabilizzata attraverso la somatizzazione narcisistica, ossia i conflitti affettivi soggiacenti vengono espressi nella sindrome algica.”). Il neurologo dott. _____ ha visitato l'assicurata nel mese di novembre 2007, sempre per conto dell'Istituto assicuratore. In quell'occasione, egli ha refertato “... unicamente delle contratture chiare della muscolatura paravertebrale cervicale bilateralmente come anche dei cinti omero-scapolari destra > sinistra, un dolore alla palpazione del tendine del sovraspinato destro e una limitazione della mobilità della spalla destra nell'ambito della sintomatologia algica in extra e intra rotazione come anche in abduzione. Il restante stato neurologico é risultato del tutto nella norma. In particolare non vi sono dei segni clinici di una radicolopatia cervicale o di una mielopatia cervicale, assenti segni per una patologia cerebrale . Non trovo un'apparente causa neurologica degli episodi di intensi dolori a scosse riferiti dalla paziente a partenza della regione cervicale e che potrebbero portare alla perdita di coscienza, escludo un'origine epilettica, diversi aspetti di questi episodi farebbero pensare a crisi di iperventilazione e attacchi di panico come la crescente sintomatologia, il blocco delle mani con spasmi locali descritti nei momenti di perdita di coscienza. Nell'insieme sembrerebbe che vi sia una sintomatologia ansiosa di fondo con tendenza alla somatizzazione, pensando anche agli episodi di “braccio morto” descritti in passato. Per quanto riguarda la cefalea si tratta principalmente di una cefalea muscolotensiva specialmente di origine cervicale con eventuale componente vasomotoria nei momenti di cefalea più intensa, non ho l'impressione di una vera e propria emicrania associata.

Nell'insieme si presenta quindi dal lato diagnostico una sindrome cervicale e cervico-cefalica cronica di origine mio fasciale, una cefalea muscolo tensiva con eventuale componente minore di cefalea vasomotoria, probabile sindrome ansiosa con tendenza alla somatizzazione (sembrerebbe anche con crisi di panico e di iperventilazione), sospetto di una problematica del tendine del sovraspinato destro." (doc. 238 - il corsivo é del redattore). Per quanto concerne la perizia pluridisciplinare SAM, a margine del consulto del 6 aprile 2010, il dott. _____, spec. FMH in reumatologia e riabilitazione, ha rilevato che l'assicurata presentava "... una sindrome cervico-vertebrale e cervico-cefale su delle minime alterazioni di tipo degenerativo alla colonna cervicale, in particolare con una condrosi C6-C7. Essa é stata indagata a più riprese con delle indagini neuro-radiologiche descritte nel dossier messo a disposizione. La TAC della colonna cervicale del 2003 aveva mostrato una piccola protrusione discale C6/C7 con possibili irritazioni, ma non compressione della radice di C7 a destra. (...). Le indagini radiologiche da me effettuate mostrano un reperto molto contenuto con una condrosi C6-C7 e delle iniziali uncartrosi a carattere generalizzato. (...). Vi é una certa discrepanza quindi fra i reperti oggettivabili di modesta entità evidenziabili radiologicamente alla colonna cervicale e lombare ed i dolori invalidanti accusati dalla paziente ." (allegato al doc. XIII 1 - il corsivo é del redattore). Da parte sua, il dott. _____, spec. FMH in neurologia, ha evidenziato che l'esame neurologico dettagliato risultava essere "... perfettamente normale, in particolare senza deficit oggettivi ..., indicativi di una lesione delle strutture nervose centrali o periferiche, soprattutto non vi sono neppure elementi sospetti per una lesione radicolare agli arti superiori. Sulla base di questa valutazione ritengo dunque di poter escludere al momento attuale, come d'altronde era già risultato a precedenti valutazioni neurologiche, la presenza di un danno delle strutture nervose o di sintomi riferibili ad una patologia neurologica determinanti una inabilità lavorativa anche solo parziale . Non ho proposte terapeutiche." (allegato al doc. XIII 1 - il corsivo é del redattore). Infine, per il dott. _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, RI 1 soffriva di una sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10: F45.4), accompagnata da un'ansia episodica parossistica (ICD-10: F41.0) (allegato al doc. XIII 1). 2.11. In sede di ricorso, l'assicurata ha contestato la fondatezza di tali conclusioni, sostenendo - per quanto riguarda l'assenza di un sufficiente sostrato organico -, che occorrerebbe piuttosto fondarsi sui referti degli specialisti da lei privatamente consultati in _____ (cfr. doc. I). Dalle carte processuali si evince che, nel corso della procedura di opposizione, la ricorrente é stata sottoposta a nuove indagini radiologiche alla colonna cervicale. Le radiografie convenzionali hanno evidenziato la presenza di un'uncartrosi con serrata discopatia tra C6 e C7 dove sono più evidenti le manifestazioni artrosiche con formazioni osteofitiche marginali (allegato al doc. 410). La TAC ha invece mostrato dei segni di degenerazione spondilo-unco-discoartrosica, più evidenti in C6-C7, dove vi é una protrusione disco-osteofitaria posteriore paramediana destra che impronta la superficie midollare anteriore, nonché delle modeste protrusioni posteriori dei dischi C4-C5 e C5-C6 (allegato al doc. 410). Con certificazione del 18 febbraio 2011, il Prof. dott. _____, specialista in neurochirurgia a _____, ha sostenuto che "la sintomatologia riferita ha origine chiaramente multifocale, per cui non si ritiene attualmente indicato intervento neurochirurgico di decompressione/stabilizzazione. La sintomatologia é riferita in chiara successione temporale con trauma cervicale, cui va verosimilmente ascritta come fattore iniziale o aggravante della degenerazione artrosica."(allegato al doc. 410). Lo stesso specialista, in data 11 maggio 2011, ha precisato che "i disturbi neurologici presentati dalla sign. RI 1 e da me riscontrati il 18/02/2011 dalla

visita alla paziente e dalla presa in visione degli esami strumentali presentati sono originati da patologia della colonna cervicale. In considerazione del tipo di patologia, dell'età della paziente e del legame temporale col trauma del 15/1/2003 posso affermare che tali disturbi sono in rapporto di causalità naturale con l'infortunio subito in misura di almeno il 50%, secondo il principio della verosimiglianza preponderante." (allegato al doc. 430). Il dott. _____, psichiatra e psicoterapeuta a _____, ha riferito di aver visitato l'assicurata nel marzo 2011, di non aver riscontrato alterazioni della coscienza né sintomi psicotici ma unicamente un malessere soggettivo in relazione al dolore somatico e all'ansia correlata, quadro che avrebbe necessitato di terapie specialistiche psicologiche e psichiatriche (doc. Q 1). Da parte sua, l'ortopedico dott. _____, con referto del 23 aprile 2011 indirizzato all'avv. RA 1, ha sostenuto che esiste "... un rapporto causa effetto tra la patologia evidenziata dalla Sua assistita consistente in: "cervicobrachialgia bilaterale, maggiore a destra, in note cervicoartrosiche" con il riferito pregresso colpo di frusta, che si può ragionevolmente ipotizzare, riferito al danno, in misura pari almeno al 50%." (allegato al doc. 430). Unitamente al proprio ricorso, RI 1 ha inoltre prodotto una certificazione, datata 12 gennaio 2012, del dott. _____, neurologo a _____, per il quale "... il quadro clinico soggettivo ed oggettivo é significativo per un esito mielomalacico postraumatico contusivo con espressione sindromica in una sindrome centrale, midollare, anche definita sindrome di Schneider." (doc. C). 2.12. Da parte loro, i medici del _____, interpellati dal TCA, una prima volta, nel corso del mese di luglio 2012 (cfr. doc. XV), hanno sottolineato l'inconsistenza degli argomenti sviluppati dai sanitari privatamente consultati dall'insorgente, in particolare a proposito di una pretesa oggettivazione della sintomatologia denunciata dalla ricorrente. Dal loro rapporto 13 settembre 2012 si evince che gli specialisti basilesi hanno analizzato la documentazione medica prodotta dall'assicurata dal profilo neurologico e da quello ortopedico, e ciò tenuto conto di quanto refertato in occasione della visita peritale del maggio 2009. Il neurologo dott. _____, in merito al contenuto del rapporto 18 febbraio 2011 del dott. _____, ha rilevato che egli descrive un'ipoestesia, ovvero un disturbo della sensibilità, confermata dall'EMG, in particolare nei miotomi C5 e C6, precisando in proposito che questi ultimi "... esprimono un disturbo delle fibre nervose motorie, per cui non é possibile motivare un disturbo della sensibilità." Inoltre, sempre secondo il PD _____, di particolare interesse é la circostanza che "... il Prof. _____ (...) descrive che i riflessi propriocettivi delle braccia si attivano simmetricamente. I riflessi propriocettivi vengono trasmessi anche dalle fibre nervose sensitive (afferenti) e motorie (efferenti) che passano nei nervi del midollo spinale, per cui, in caso di lesione degli stessi, ci si deve attendere una diminuzione dei riflessi." A suo avviso, si tratta qui di un reperto oggettivo, riscontrabile in caso di lesione dei nervi del midollo spinale ovvero di una lesione radicolare (cfr. doc. XXIII, p. 7s.). Per quanto riguarda il referto 23 aprile 2011 del dott. _____, secondo il dott. _____, egli si é limitato a descrivere un'ipoestesia a livello delle estremità superiori (prevalente a destra) nonché un segno di Romberg fortemente positivo, senza però discuterne rilevanza e significato clinico (doc. XXIII, p. 8). A proposito del rapporto del dott. _____, relativo a un esame elettromiografico a cui era stata sottoposta l'assicurata, e in particolare dei refertati "segni elettrofisiologici di sofferenza muscolare neurogenica cronica pluriradicolare (C5-C6-C7) bilateralmente con maggior coinvolgimento del territorio di pertinenza radicolare C5-C6 a destra.", il neurologo del _____ ha precisato che le alterazioni che riguardano durata e forma dei potenziali unitari motori, evidenziano evidentemente degli scostamenti rispetto ai valori

ritenuti normali per i singoli muscoli. Siccome non é stata effettuata una EMG quantitativa, non sono però disponibili valori numerici riferiti ai muscoli esaminati, cosicché l'entità delle alterazioni non é deducibile dal referto, il quale rimane dunque puramente descrittivo (doc. XVI, p. 9). Infine, relativamente agli esiti della TAC cervicale del 17 febbraio 2011, le cui immagini sono state esaminate unitamente a uno specialista in ortopedia della colonna vertebrale, il PD _____ ha sottolineato l'assenza d'indizi a favore di una compromissione delle strutture neurogene (doc. XVI, p. 9s.). L'aspetto ortopedico é stato rivalutato dal dott. _____. Secondo questo specialista, dalla documentazione acquisita dopo la perizia _____ del maggio 2009, emergono delle alterazioni degenerative del rachide cervicale, in particolare a livello di C6/C7, senza evidenti compressioni nervose, non accompagnate da una chiara sintomatologia radicolare irritativa oppure deficitaria. A suo avviso, confrontando la situazione attuale con quella esistente al momento della perizia _____, appare più probabile la presenza di una cronicizzazione del dolore legata a cause non somatiche, piuttosto che una dinamica somatica oggettivabile (cfr. doc. XVI, p. 11). La conclusione contenuta nel loro rapporto é quindi stata questa: " Zusammengefasst sind die beigebrachten und uns neu zu Verfügung gestellten Dokumente nicht in der Lage, unsere Beurteilung im Gutachten vom 15.09.2009, besonders was die fehlende Objektivierbarkeit betrifft, in relevante Zweifel zu ziehen ." (doc. XVI, p. 11 - il corsivo é del redattore) 2.13. Posteriormente alla ricezione del rapporto 13 settembre 2012 del _____, l'assicurata ha prodotto ulteriore documentazione medica. Il referto relativo alla TAC cervicale del 19 luglio 2012 ha confermato la presenza di una protusione discale postero mediana a livello di C6-C7, che impronta il legamento longitudinale (doc. O 2). Con certificazione del 21 agosto 2012, il dott. _____ ha segnalato, all'esame clinico, un quadro "... sostanzialmente sovrapponibile con una lieve accentuazione della ipostenia dell'arto inferiore dx, evidenziabili alla prova di Mingazzini.", nonché un possibile coinvolgimento del cordone posteriore midollare destro determinante una moderata ipopallestesia a destra fino alla bisiliaca, quadro che, a suo avviso, "... depone per la già citata sindrome centro midollare di Schneider con possibile coinvolgimento dei cordoni laterali e posteriori di dx." (doc. O 3, con la sua trascrizione dattiloscritta prodotta sub doc. Q 2). In data 28 agosto 2012, il dott. _____, specialista in neurologia, esprimendosi circa le risultanze dei potenziali evocati multimodali eseguiti nel frattempo, ha dichiarato che il reperto emerso da quegli accertamenti sarebbe stato "... meritevole di controllo a distanza ma soprattutto di valutazione mediante RM encefalo e midollo con mdc", sottolineando l'impossibilità di "... definire con certezza una ipotesi eziologica, né, allo stato attuale, stabilire un rapporto eziologico, peraltro non escludibile "a priori" con il pregresso trauma ." (doc. O 4, con la relativa trascrizione dattiloscritta prodotta sub doc. Q 3 - il corsivo é del redattore). Con rapporto del 5 novembre 2012, il Prof. _____ si é limitato a descrivere gli esiti dell'esame obiettivo neurologico da lui praticato e a riferire circa le risultanze degli esami neurofisiologici eseguiti dal dott. _____ (cfr. doc. P). L'esame TAC del 9 aprile 2013 ha posto in luce delle manifestazioni discartrosiche a livello di C6-C7 con apposizioni osteofitose a carico delle limitanti somatiche sia anteriori che posteriori con lieve disomogeneità del disco intervertebrale interposto, nonché, sempre a quel livello, una protusione disco-osteofitaria mediana-paramediana destra con impronta sul legamento longitudinale posteriore (doc. Q 6). L'elettromiografia effettuata il 9 aprile 2013 dal dott. _____, ha mostrato dei "modesti segni di sofferenza muscolare neurogenica cronica a carico dei muscoli di competenza radicolare spinale C5-C6-(C7) dx; (...). Lievi segni anche a livello C5-C6 sx" (doc. Q 7). Con rapporto del 2 settembre 2013, il dott.

_____ ha affermato che la sintomatologia denunciata da RI 1 "... potrebbe essere espressione di una sofferenza centro midollare avvenuta nel corso del trauma contusivo con particolare interessamento della sostanza grigia anteriore e posteriore, che, solitamente, tendono a regredire dopo alcuni giorni. Nel caso specifico, il persistere della suddetta sintomatologia, ipotizzando come verosimile la diagnosi di una sindrome spinale cervicale di Schneider, configura una cronica stabilizzazione dei disturbi motori e sensitivi in un variabile quadro di equilibrio tra la componente organica e funzionale. Questa ipotesi diagnostica non é mai stata presa in considerazione in nessuno dei precedenti referti specialistici e, data la negatività degli esami strumentali, detti disturbi sono stati giudicati essenzialmente sotto il profilo funzionale. È verosimile che nel caso specifico, e considerando il profilo psicologico dell'assicurata, possano prevalere gli aspetti funzionali, ma il denominatore comune é comunque stato il trauma midollare riportato nell'incidente stradale del 2003. Le condizioni psichiche della signora, con particolare riferimento al suo stato di umore, possono incidere in maniera significativa sull'intensità dei sintomi. Ritengo che i disturbi lamentati dalla paziente abbiano un substrato di verosimiglianza diagnostica e che possano incidere sulle capacità lavorative in misura percentuale approssimativamente del 20/30%." (doc. R). Infine, con referto del 25 luglio 2013, il dott. _____ ha sostenuto che l'esame clinico aveva confermato l'esistenza di un moderato deficit stenico al braccio destro con lieve ipostenia alla prova di Mingazzini, la cui natura "organica" sarebbe stata dimostrata dalla presenza di una prevalenza dei ROT con inversione del riflesso radioflessore. Egli ha peraltro ribadito che la definizione della fattispecie dal profilo eziologico risultava notevolmente ostacolata dall'impossibilità di eseguire una risonanza magnetica (cfr. doc. S). 2.14. La documentazione medica riassunta al precedente considerando, unitamente al cd-rom in cui erano stati registrati alcuni "episodi di svenimento" accusati dall'assicurata, é stata sottoposta dal TCA all'esame degli specialisti di _____ (cfr. doc. XXXVI). Nel referto datato 31 ottobre 2013, trattandosi degli "episodi di svenimento", definiti come "disturbi parossistici", il PD dott. _____ ha sostenuto che, per carattere e fisionomia, essi non hanno, secondo la verosimiglianza preponderante, un fondamento epilettico. Al riguardo, egli ha precisato che se il Tribunale non dovesse accontentarsi del grado di prova della verosimiglianza preponderante, sarebbe allora necessario procedere a una registrazione video-EEG prolungata in ambito stazionario. Tuttavia, anche nell'ipotesi in cui dovesse essere accertata un'epilessia, essa non potrebbe essere imputata al trauma distorsivo cervicale del gennaio 2003 (doc. XLIII, p. 10). Secondo lo psichiatra dott. _____ i filmati contenuti nel cd-rom non contraddicono affatto la diagnosi di disturbo dissociativo da lui a suo tempo posta. Del resto, il suo collega neurologo (PD dott. _____) ne ha negato l'origine epilettica, in accordo con le valutazioni del medico curante dell'insorgente, dott.ssa _____ (rapporto del 23 luglio 2007), e del neurologo dott. _____, il quale aveva esplicitamente escluso una genesi epilettica e ritenuto invece una sintomatologia ansiosa di fondo con tendenza alla somatizzazione (rapporto del 12 novembre 2007). Il dott. _____ ha inoltre osservato che, qualora si negasse alle sincopi parossistiche tanto l'eziologia neurologica che quella psichiatrica, non rimarrebbe praticamente che un comportamento intenzionale (cosciente) da parte dell'assicurata. Ciò non é tuttavia stato accertato dal profilo psichiatrico: nel caso di specie, non si pone infatti la questione di un'aggravazione oppure di una simulazione (doc. XLIII, p. 12s.). Interrogandosi circa l'indicazione a sottoporsi a taluni accertamenti diagnostici proposti all'assicurata dai sanitari, il neurologo dott. _____ ha sostenuto che la stessa non é evidente, in particolare, per l'esame dei potenziali evocati visivi e

acustici del tronco encefalico, nel caso in cui non si ricerchi la presenza di un'encefalomielite disseminata (rispettivamente di una sclerosi multipla). Qualora l'esito dei potenziali evocati acustici venga valutato come patologico, esso non può certamente correlare con una lesione del mieloma cervicale sulla base di una protusione discale paramediana destra a livello di C6/C7. Quest'ultima consente peraltro, soltanto con grandi riserve, di ammettere l'esistenza di una lesione delle vie piramidali o del tronco posteriore, ritenuto come la TAC del 9 aprile 2013 abbia di nuovo escluso la presenza di una stenosi del canale spinale cervicale (doc. XLIII, p. 10s.). In merito ai referti del dott. _____, in base ai quali la ricorrente sarebbe affetta da una "sofferenza centro midollare", rispettivamente da una "sindrome spinale cervicale di Schneider", il PD dott. _____ ha ribadito che, in occasione della perizia del settembre 2009, non erano stati oggettivamente reperti a favore di una lesione né midollare né spinale. Egli ha del resto sottolineato che la sindrome di Schneider costituisce una sindrome traumatica acuta del midollo spinale centrale, caratterizzata da uno specifico modello di paresi motoriche e da disturbi funzionali della vescica con ritenzione dell'urina (cfr. doc. XLIII, p. 11). Sempre il dott. _____, riferendosi a quanto refertato dal dott. _____ nel suo rapporto del 25 luglio 2013, ha osservato che semplici "debolezze" che compaiono al test di Mingazzini non possono essere considerate come un reperto oggettivo. A suo avviso, è degno di nota il fatto che l'esame clinico eseguito dal neurologo dott. _____ il 14 aprile 2010, non aveva fornito elementi a favore né di una lesione delle strutture nervose centrali né di una lesione nervosa periferica (cfr. doc. XLIII, p. 11). A proposito della certificazione 7 marzo 2011 dello psichiatra dott. _____, in base alla quale l'avv. RA 1 ha obiettato che il _____ avrebbe sopravvalutato le affezioni psichiche a scapito di quelle somatiche, il dott. _____ ha rilevato che essa si fonda su un'unica consultazione, la quale è stata eseguita superficialmente o, perlomeno, mal documentata. Quel che più conta, per la valutazione psichiatrica non si è considerata l'anamnesi. Ora, a suo avviso, se si ignora l'anamnesi psichiatrica, la biografia di una persona, il suo quadro psichico non può risultare comprensibile (cfr. doc. XLIII, p. 12). Questa Corte ha infine chiesto al chirurgo ortopedico dott. _____ di rispondere alle perplessità sollevate dal patrocinatore dell'assicurata riguardo alla sua valutazione contenuta nella perizia _____ del 15 settembre 2009 (cfr. doc. XXXVI, p. 3). In merito alle discrepanze rilevate in relazione alla mobilità del rachide cervicale, il sanitario in questione ha spiegato che, in occasione della consultazione, l'insorgente aveva mostrato all'esame attivo una rilevante limitazione della mobilità, mentre osservandola durante la ricostruzione dell'anamnesi, non era stato riscontrato nulla di particolare. Il dott. _____ ha tuttavia ammesso che anziché "in unbeobachtetem Zustand", sarebbe stato meglio scrivere "im Zustand, in dem sich die Versicherte vom Experten nicht bezüglich der Beweglichkeit der Halswirbelsäule beobachtet wähnte" (doc. XLIII, p. 13). 2.15. Sulle considerazioni enunciate dai sanitari del ZMB hanno preso posizione i dottori _____ e _____, nuovamente interpellati dalla ricorrente. Il primo specialista ha fatto valere che "... la sintomatologia manifestata dalla Signora nel periodo successivo immediato al trauma cervicale, sia da imputare ad una sofferenza di tipo commotivo centro midollare." e, d'altra parte, che "la discussione può incentrarsi sui disturbi residui e stabilizzati riferiti dalla assicurata, ove può incidere in modo significativo il tipo di personalità per quello che riguarda la componente psichica e l'entità del danno organico, per quello che fa riferimento alla sintomatologia organica." (doc. T 1 e U 2). Da parte sua, il dott. _____ si è espresso criticamente a proposito delle obiezioni metodologiche che gli sono state opposte dal dott. _____ ("Evidentemente il dott.

_____ non ha mai letto alcuna linea guida metodologica sull'esecuzione di tale esame derivabile da qualunque libro di testo o prodotta dalla Federazione Internazionale di Neurofisiologia Clinica (IFCN), dimostrando con ciò semplicemente di non essere un neurofisiologo. Il Dott. _____ non può non sapere che la stimolazione magnetica radicale é gravata dal pesante bias metodologico di stimolare in modo submassimale le radici nervose e, soprattutto a livello lombo-sacrale, di eseguire una stimolazione a livello molto distale rispetto all'origine anatomica vera delle radici del midollo spinale. Tale dato, come universalmente oggi riconosciuto da chi abbia una minima cultura neurofisiologica, comporta una sopravvalutazione del tempo di conduzione centrale.”), evidenziando inoltre che “... in tutte le mie relazioni di accompagnamento agli esami strumentali mi sono sempre ben guardato dallo stabilire un nesso causale fra il reperto strumentale neurofisiologico e l'evento traumatico oggetto della diatriba legale (...). A dimostrazione di ciò ho ripetutamente consigliato un nuovo controllo degli esami neurofisiologici (...) ed un controllo RM (purtroppo non eseguibile da parte della paziente) proprio al fine di escludere altre patologie neurologiche concomitanti e non correlate al trauma cervicale. Inoltre, essendo stata la paziente a me inviata dal collega neurologo, Dott. _____, per l'esecuzione degli esami strumentali, per ovvio rispetto dei reciproci ruoli, non é compito mio asserire o escludere tale rapporto.” (doc. V). 2.16. Chiamata a pronunciarsi nella concreta evenienza, sulla scorta di una valutazione globale dei mezzi di prova riassunti ai considerandi che precedono, questa Corte non ritiene che gli accertamenti diagnostici che sono stati nel frattempo disposti abbiano consentito di oggettivare un chiaro danno strutturale suscettibile di spiegare a sufficienza la sintomatologia denunciata da RI 1. Al proposito, é utile ricordare che, per poter parlare di lesioni traumatiche oggettivabili dal punto di vista organico, i risultati ottenuti devono essere confermati da indagini effettuate per mezzo di apparecchiature diagnostiche o di immagine radiologica e i metodi utilizzati riconosciuti scientificamente (STF 8C_421/2009 del 2 ottobre 2009 consid. 3 e sentenze ivi citate; cfr. pure DTF 134 V 109 consid. 9 p. 122). In questo senso, in una sentenza pubblicata in SVR 4-5/2009 UV 18, p. 69ss., il Tribunale federale ha precisato che reperti clinici quali miogelosi, dolori alla digitopressione del collo oppure limitazioni nella mobilità del rachide cervicale, non possono di per sé essere qualificati quale chiaro substrato organico dei disturbi (si veda pure la STF 8C_416/2010 del 29 novembre 2010 consid. 3.2). L'Alta Corte ha, altresì, statuito che nemmeno le cefalee costituiscono la prova della presenza di un danno organico di natura infortunistica, sebbene esse possano essere classificate secondo la Classificazione Internazionale delle Cefalee (ICHD-II) della International Headache Society (cfr. SVR 2008 UV 2 p. 3; STF 8C_680/2010 del 4 febbraio 2011 consid. 3.2). In una sentenza U 273/06 del 9 agosto 2006 consid. 3.3, il TFA ha confermato che, per costante giurisprudenza, la neuropsicologia non è di per sé atta a dimostrare l'esistenza di disfunzioni cerebrali organiche derivanti da un infortunio. Il TCA rileva che nemmeno i rapporti dei neurologi privatamente consultati dall'assicurata consentono di giungere a una diversa conclusione. Da una parte, se é vero che - esprimendosi peraltro in termini di semplice possibilità (cfr. doc. R: “Questa sintomatologia potrebbe essere espressione di una sofferenza centro midollare avvenuta nel corso del trauma contusivo ... (...). Questa ipotesi diagnostica non é mai stata presa in considerazione ...” - il corsivo é del redattore) -, il dott. _____ sostiene che l'assicurata abbia presentato, nel decorso immediatamente successivo al noto incidente stradale, una sofferenza centro midollare cervicale, i cui disturbi residuali sarebbero ora inquadabili nella diagnosi di sindrome spinale cervicale di Schneider, ammesso comunque

che, in questo contesto, la situazione psichica incide in maniera significativa sull'intensità dei sintomi (cfr., ad esempio, il doc. R: "È verosimile che nel caso specifico, e considerando il profilo psicologico dell'assicurata, possano prevalere gli aspetti funzionali, ..."), non può essere ignorato che gli accertamenti radiologici eseguiti a breve distanza dal sinistro - la TAC cervicale del 24 febbraio 2003 (cfr. doc. 19) e, soprattutto, la mielo-TAC eseguita il 16 aprile 2004 presso la Clinica universitaria _____ di _____ (cfr. doc. 110: "Nicht pathologisches Myelo-CT der HWS." e doc. 112: "Eine neurogene Kompression kann hier nicht festgestellt werden." - il corsivo é del redattore) - non avevano oggettivato alcun danno alle strutture neurali. Ora, contrariamente a quanto pare sostenere l'insorgente (cfr. doc. LVII; p. 1: "Come si può difatti considerare attendibili pareri medici che si basano su controlli risalenti a più di due lustri fa?"), questo Tribunale giudica di particolare rilievo la circostanza che le indagini strumentali eseguite nei mesi successivi all'infortunio non abbiano posto in luce alcunché di patologico a livello del rachide cervicale, proprio perché, a quel momento, le conseguenze del preteso trauma midollare avrebbero dovuto essere particolarmente ben visibili. D'altra parte, neppure nei referti del dott. _____ (ma lo stesso discorso vale anche per le certificazioni agli atti del dott. _____) é determinabile un danno morfologico a cui imputare i disturbi fatti valere dalla ricorrente. Anzi, nel suo rapporto del 28 agosto 2012, ha lui stesso dichiarato che gli esiti degli esami neurofisiologici eseguiti nel frattempo, risultati in parte alterati, di per sé non permettevano di definire né l'eziologia dei disturbi (dunque di risalire alla loro origine), né l'esistenza di un nesso causale con l'infortunio occorso il 15 gennaio 2003 ("Non é quindi possibile definire con certezza una ipotesi eziologica, né, allo stato attuale, stabilire un rapporto eziologico, peraltro non escludibile "a priori", con il pregresso trauma."). Proprio per questa ragione, egli aveva auspicato l'esecuzione, soprattutto, di un esame di risonanza magnetica con mezzo di contrasto, impossibile però da effettuare a causa della presenza di un bendaggio gastrico con sonda in acciaio (cfr. doc. Q3; in questo senso si veda pure il doc. S dello stesso autore: "Purtroppo, l'impossibilità di eseguire una RM ostacola notevolmente la definizione diagnostica e, soprattutto, impedisce di definire un chiaro nesso causale con l'evento traumatico."). Nel suo ultimo rapporto, datato 5 febbraio 2014, il dott. _____ ha osservato che la definizione del caso dal profilo eziologico spetta, in ogni caso, allo specialista che ha disposto l'esecuzione degli esami neurofisiologici da lui eseguiti, dunque al neurologo dott. _____ (cfr. doc. V, p. 2). Ora, come già diffusamente spiegato in precedenza, l'ipotesi diagnostica (come l'ha lui stesso definita) formulata dal sanitario appena citato, già di per sé poco plausibile alla luce delle risultanze degli accertamenti radiologici a cui RI 1 era stata sottoposta nei mesi successivi al sinistro, non può essere considerata come la dimostrazione dell'esistenza di un danno strutturale correlabile a sufficienza con la sintomatologia denunciata. In queste condizioni, il TCA può esimersi dal disporre ulteriori misure istruttorie, in particolare una perizia medica giudiziaria, ritenendo che le circostanze giuridicamente rilevanti siano state adeguatamente accertate, grazie, segnatamente, alle due perizie pluridisciplinari che già figurano agli atti. In proposito, va ricordato che, per costante giurisprudenza, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato (valutazione anticipata delle prove), si rinuncerà ad assumere altre prove (cfr. STFA dell'11 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 p. 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., p. 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). 2.17. In base alla perizia del _____, i disturbi (psichici) di cui soffre l'assicurata costituiscono, con verosimiglianza preponderante, una (seppur parziale) conseguenza naturale del sinistro del gennaio 2003 (cfr. doc. 328, p. 36). Ciò non è comunque sufficiente per impegnare la responsabilità dell'CO 1 oltre il 28 febbraio 2010. In effetti, si tratta ancora di esaminare l'adeguatezza del legame causale. In assenza di un sufficiente sostrato organico oggettivamente, come è il caso nella presente fattispecie (cfr. il consid. 2.16.), occorre procedere a un esame specifico dell'adeguatezza. Al riguardo, si pone la questione di sapere se questo esame deve avvenire in base alla prassi sviluppata nella DTF 117 V 359ss. relativamente ai "colpi di frusta" e precisata nella DTF 134 V 109 oppure secondo i criteri applicabili in caso di evoluzione psichica abnorme conseguente a infortunio (DTF 115 V 133ss.). La giurisprudenza in materia di disturbi psichici (DTF 115 V 133 e 403), in particolare con la distinzione tra danni di origine psichica e danni organici, trova applicazione - anche in caso di trauma del tipo "colpo di frusta" oppure di trauma analogo -, quando i disturbi psichici apparsi dopo l'infortunio costituiscono chiaramente un danno alla salute distinto e indipendente dal quadro clinico consecutivo a un trauma di questo tipo (RAMI 2001 U 412 consid. 2b; si veda pure DTF 134 V 109 consid. 9.5; STF 8C_42/2009 del 1° ottobre 2009 consid. 2.4, 8C_957/2008 del 1° maggio 2009 consid. 4.2, 8C_124/2007 del 20 maggio 2008 consid. 3.2 e 8C_591/2007 del 14 maggio 2008 consid. 3.1). Al riguardo, assumono un'importanza particolare il genere e la patogenesi del disturbo, la presenza di fattori estranei all'infortunio oppure il tempo trascorso (RAMI 2001 U 412 consid. 2b; STF U 444/05 del 6 novembre 2006 consid. 6.1; STFA U 116/04 del 9 agosto 2004). Conformemente ai principi giurisprudenziali appena evocati, l'Alta Corte ha stabilito, ad esempio, che il disturbo da dolore cronico somatoforme (ICD-10: F45.4) non va considerato quale sintomo della distorsione cervicale riportata in occasione dell'infortunio, ma bensì quale danno alla salute indipendente (secondario), motivo per cui l'esame dell'adeguatezza deve essere fatto secondo i criteri applicabili in caso di evoluzione psichica abnorme conseguente a infortunio (STF U 444/05 succitata consid. 6.2 e riferimenti ivi menzionati; a proposito della fibromialgia, cfr. STF U 339/06 del 6 marzo 2007 consid. 4.2 e riferimenti ivi citati). Nel caso di specie, il TCA deve concludere che la problematica denunciata da RI 1, non costituisce una conseguenza primaria del sinistro assicurato. Si tratta invece di un danno alla salute autonomo, secondario (cfr. la risposta fornita dai periti del _____ al quesito n. 7.6 dell'assicurata - doc. 328, p. 41: "Ja, die psychische Störung steht im Vordergrund. Diese psychische Störung ist aber nicht typisch für jemand der eine HWS-Distorsion ("Schleudertrauma") durchgemacht hat." - il corsivo è del redattore; si veda pure, per quanto riguarda il ruolo giocato dalla personalità pre-traumatica dell'insorgente, la risposta al quesito n. 6.4 - doc. 340, p. 36: "È esterna all'infortunio

l'aumentata vulnerabilità psichica preesistente della perizianda, probabilmente nel senso di un disturbo di personalità misto. Qui vanno anche considerate le condizioni di vita molto particolari dell'assicurata nel 2003. Soltanto attraverso il disturbo di personalità e le condizioni di vita é possibile ripercorrere i motivi per cui l'infortunio ha indotto le alterazioni di sviluppo psichico della perizianda.“). In esito a tutto quanto precede, e conformemente alla giurisprudenza federale citata, l'adeguatezza del legame di causalità deve essere valutata in applicazione della giurisprudenza sviluppata nella DTF 115 V 133ss.. Del resto, questa soluzione si giustifica tanto più che dalle carte processuali non emerge che l'assicurata abbia mai manifestato, in maniera accresciuta, la sintomatologia caratteristica di un trauma cervicale del tipo "colpo di frusta". 2.18. Nel valutare l'adeguatezza del nesso causale, occorre avantutto procedere alla classificazione dell'infortunio occorso alla ricorrente. La dinamica dell'incidente stradale del 15 gennaio 2003 si evince, in particolare, dal “formulario per l'accertamento di casi riguardanti danni alla colonna cervicale”, che l'assicurata ha sottoscritto il 17 febbraio 2003: " Alla guida del proprio autoveicolo mi ero fermata in colonna prima di immettermi nella rotonda di _____. Improvvisamente sono stata tamponata da tergo da un veicolo che procedeva alla velocità di 60-70 km (in base ad una stima dei danni da parte del garage _____). Il mio veicolo é dotato di cambio automatico. Al momento dell'impatto avevo il piede sul pedale del freno. Il veicolo é stato sospinto in avanti per 2-3 metri.” (doc. 16, p. 1) Secondo la valutazione biomeccanica eseguita dall' Arbeitsgruppe für Unfallmechanik di _____ del 22 aprile 2003, l'autovettura condotta da RI 1 ha subito una variazione di velocità (delta-v) che si situa al di sotto o appena entro un intervallo di 10-15 km/h (doc. 40). Tale dato é stato confermato anche dall'analisi compiuta dall'ing. _____ per conto dell'assicuratore RC del responsabile dell'incidente (doc. 89b, p. 1: “Il delta-v dell' _____ era compreso tra 9,8 e 15,0 km/h.”). Vista la sostanziale univocità delle loro valutazioni, espresse l'una indipendentemente dall'altra, questo Tribunale ritiene di non poter dar credito al parere - isolato - dell'esperto privatamente interpellato dalla ricorrente, per il quale il delta-v varierebbe tra i 40 ed i 55 km/h (cfr. allegato al doc. 256). Chiamato ora a classificare tale sinistro, questo Tribunale ritiene che si tratti di un infortunio di grado medio al limite della categoria degli infortuni leggeri o insignificanti, conformemente a una consolidata prassi federale (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; si veda pure la STF 8C_252/2007 del 16 maggio 2008 consid. 6.2 e la STF 8C_812/2009 del 9 marzo 2010 consid. 5.2 e 5.3, riguardanti due tamponamenti della circolazione stradale, con un delta-v identico a quello stimato nel caso di specie). In tale eventualità, il giudice é tenuto a valutare le circostanze connesse con l'infortunio, secondo i criteri elaborati dal Tribunale federale e qui evocati al consid. 2.7.. Per ammettere l'adeguatezza del nesso causale, é necessario che un fattore fosse presente in maniera particolarmente incisiva oppure l'intervento di più criteri. In una sentenza 8C_897/2009 del 29 gennaio 2010 consid. 4.5, pubblicata in SVR 10/2010 UV 25 p. 100ss., il TF ha ribadito che - in caso di infortuni di media gravità ma che si trovano al limite della categoria di quelli leggeri -, devono essere adempiuti quattro dei sette criteri di rilievo, affinché possa essere riconosciuta l'esistenza del nesso causale adeguato. Va preliminarmente osservato che nell'apprezzamento

dell'adeguatezza del nesso di causalità in materia di turbe psichiche, vanno considerati unicamente i postumi infortunistici di natura organica (cfr. RAMI 1999 U 341 p. 409 e RAMI 1993 U 166, p. 94 consid. 2c e riferimenti). D'altro canto, nel valutare l'adeguatezza di conseguenze psichiche di un infortunio, la giurisprudenza federale considera l'evento traumatico in quanto tale e non il modo in cui esso è stato vissuto dall'interessato (cfr. DTF 124 V 29 consid. 5c/aa, 115 V 138 consid. 6 con riferimenti). L'incidente della circolazione stradale del gennaio 2003 non si è svolto secondo circostanze concomitanti particolarmente drammatiche o spettacolari. In proposito, occorre evidenziare che nella DTF 129 V 323 = RAMI 2003 U 481 p. 203, il TFA nel caso di un incidente in cui un'automobile, a causa dell'esplosione di un pneumatico a una velocità di circa 95 km/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 (per una panoramica dei casi in cui l'Alta Corte ha ammesso, rispettivamente negato la realizzazione di tale criterio, si veda la STF 8C_398/2012 del 6 novembre 2012 consid. 6.1.1 e 6.1.2). Secondo la giurisprudenza, per l'adempimento del criterio della gravità o particolare caratteristica delle lesioni lamentate, la diagnosi di distorsione cervicale (oppure di un'altra lesione da trattare allo stesso modo nell'ambito dell'esame dell'adeguatezza) di per sé non basta. È inoltre necessaria una particolare gravità dei disturbi rientranti nel quadro clinico tipico per un infortunio del tipo colpo di frusta oppure la presenza di circostanze particolari che possono influire su tali disturbi. Queste ultime possono consistere in una particolare posizione del corpo e nelle complicazioni che ne sono conseguite (SVR 2007 UV 26 p. 86; RAMI 2003 U 489 p. 357 consid. 4.3 e riferimenti). Anche le eventuali importanti lesioni che la persona assicurata ha riportato accanto al trauma da colpo di frusta, al trauma equivalente oppure al trauma cranio-cerebrale, possono avere un significato (cfr. DTF 134 V 109 consid. 10.2.2 e riferimenti ivi citati). Nella concreta evenienza, il TCA osserva innanzitutto che non risulta documentato che la posizione assunta al momento dell'evento traumatico fosse particolare (dal doc. 16 risulta che, al momento dell'urto, l'assicurata stava "... parlando con l'auricolare inserito e guardavo in avanti, con le mani appoggiate sulla corona del volante" e, d'altra parte, che la cintura di sicurezza era allacciata e il poggiatesta regolato correttamente). D'altro canto, accanto al trauma d'accelerazione cervicale, l'insorgente non ha riportato lesioni di rilievo. Infine, ella ha inizialmente presentato solo in maniera limitata i disturbi rientranti nel quadro tipico consecutivo a un "colpo di frusta" (ad esempio, si veda il referto 5 febbraio 2003 del neurologo dott. _____ - doc. 14: "Riferisce di aver subito accusato delle importanti cervicalgie e dolori diffusi al braccio destro, con disestesie alle dita II e III della mano destra in modo più accentuato che alle altre dita, disestesie pure all'arto inferiore destro a partire dal ginocchio fino al piede, inoltre dolore alla spalla destra fino a livello dorsale."), disturbi che sono ben presto evoluti - indipendentemente dal sinistro - in un disturbo da dolore somatoforme persistente. Tutto ciò non consente di ritenere che RI 1 abbia riportato delle lesioni gravi o con caratteristiche particolari. Dalle carte processuali neppure risulta che l'assicurata sia rimasta vittima di una cura medica errata e notevolmente aggravante degli esiti dell'evento traumatico. A proposito della censura ricorsuale secondo la quale l'Istituto resistente non avrebbe mai disposto "... - per il tramite del medico _____ o di altro fiduciario dell'assicuratore infortuni - la degenza presso un centro del dolore, né prescritto antinevritici e farmaci Pro Trofismo.", ciò che avrebbe favorito la cronicizzazione dei disturbi fisici e psichici (cfr. doc. I, p. 20), il TCA rileva che - a prescindere dalla fondatezza (già di per sé dubbia) di tale obiezione -,

un'eventuale omissione non potrebbe in ogni caso essere considerata alla stregua di un errore nella cura medica ai sensi del criterio qui in discussione (cfr. STF 8C_714/2009 del 14 aprile 2010 consid. 6.5). Anche il criterio del decorso sfavorevole della cura e le complicazioni rilevanti intervenute non é soddisfatto . In merito è utile sottolineare che dalla cura medica e dai notevoli disturbi non si può dedurre un decorso sfavorevole e/o delle complicazioni rilevanti. Sono inoltre necessarie delle circostanze particolari che hanno pregiudicato la guarigione. L'assunzione di molti medicinali e l'esecuzione di diverse terapie non basta per ammettere questo criterio. Lo stesso vale per il fatto che, nonostante regolari terapie, l'assicurato lamenta ancora disturbi e non ha raggiunto una (completa) capacità lavorativa (cfr. STF 8C_80/2009 del 5 giugno 2009 consid. 6.5 e riferimenti). Nella concreta evenienza, se le cure prestate alla ricorrente non hanno permesso di migliorare il suo stato di salute, é perché si é sovrapposta una problematica psichica, nella forma di un disturbo da dolore somatoforme persistente, di cui non é consentito tener conto nella valutazione dell'adeguatezza. Posto che lo stato di salute della ricorrente é stato ben presto determinato dallo sviluppo di una patologia psichiatrica, non possono essere considerati adempiti tutti quei criteri di rilievo che contengono una componente temporale (durata eccezionalmente lunga della cura medica, i disturbi somatici persistenti, nonché il grado e la durata dell'incapacità lavorativa), ricordato che, trattandosi di valutare l'esistenza del nesso di causalità adeguata in applicazione della prassi in materia d'evoluzione psichica abnorme conseguente a infortunio, si deve fare astrazione proprio dalla componente psichica. In esito a tutto quanto precede, si deve concludere che i disturbi denunciati da RI 1 dopo il 28 febbraio 2010, non costituivano una conseguenza adeguata dell'evento infortunistico che l'ha vista vittima il 15 gennaio 2003, di modo che l'amministrazione era legittimata a dichiarare estinto il diritto a prestazioni da quella stessa data. 2.19. Questo Tribunale rileva infine che l'esito della vertenza non potrebbe essere quello che auspica la ricorrente neppure nel caso in cui si volesse ammettere, per pura ipotesi di lavoro, che i disturbi che affliggono l'assicurata sarebbero, almeno in parte (anche gli specialisti privatamente consultati dall'insorgente, in primis il dott. _____, hanno riconosciuto che, in parte, i disturbi hanno un'origine psichica), imputabili a un danno somatico, rimasto comunque non oggettivato. L'evoluzione più recente della giurisprudenza federale consiste nell'applicare la prassi relativa all'evoluzione psichica abnorme conseguente a infortunio nei casi in cui l' esistenza dei disturbi denunciati dalla persona assicurata é sì stata attestata da medici specialisti, ma non oggettivata mediante accertamenti strumentali e radiologici scientificamente riconosciuti. Secondo l'Alta Corte, in quei casi, l'assenza di postumi organici oggettivabili non esclude a priori l'esistenza di un nesso di causalità naturale con l'evento traumatico in questione (cfr. SVR 2012 UV n. 5 p. 17ss. consid. 5.1 e riferimenti ivi menzionati). L'esame della causalità naturale viene però momentaneamente sospeso, per procedere a un esame particolare dell'adeguatezza del nesso causale. Se da tale esame emerge non essere dato il necessario nesso di causalità adeguata, si può rinunciare a esperire ulteriori indagini sulla questione della causalità naturale tra l'infortunio e i disturbi lamentati (DTF 135 V 465 consid. 5.1). Nella concreta evenienza, occorrerebbe dunque procedere a un esame particolare dell'adeguatezza del nesso causale, alla luce della giurisprudenza sull'evoluzione psichica abnorme conseguente a infortunio, giungendo alla conclusione che essa non é data (cfr. il consid. 2.18. in fine). 2.20. L'assicurata ha formulato istanza di assistenza giudiziaria con il gratuito patrocinio dell'avv. RA 1 (cfr. doc. II). I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se l'intervento dell'avvocato è necessario o

perlomeno indicato e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (STF 9C_196/2012 del 20 aprile 2012; DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b e riferimenti). Dalla documentazione prodotta nel corso del mese di dicembre 2013 emerge che RI 1 é priva di entrate finanziarie e nullatenente (cfr. allegati al doc. LI). In queste condizioni, deve essere senz'altro ammesso il suo stato d'indigenza. Visto che anche le altre due condizioni poste da legge e giurisprudenza appaiono adempiute, l'istanza tendente alla concessione dell'assistenza giudiziaria va accolta riservato l'eventuale obbligo di rimborso, qualora la situazione economica dell'assicurata dovesse più tardi migliorare (cfr. art. 61 lett. f LPGa; U. Kieser, op. cit., ad art. 61, n. 93; art. 9 Lag; relativamente al gratuito patrocinio nella procedura davanti al TFA cfr. art. 152 cpv. 3 OG; STFA del 4 maggio 2004 nella causa S., K 146/03, consid. 7.1.; STFA del 15 luglio 2003 nella causa S., I 569/02, consid. 5; STFA del 23 maggio 2002 nella causa D., U 234/00, consid. 5a, parzialmente pubblicata in DTF 128 V 174; DTF 124 V 301, consid. 6).

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