

TI_GERICHTE 35.2016.47 vom 22. März 2017

TI Tribunale d'appello, 2017-03-22, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2016.47

FR: TI_GERICHTE 35.2016.47 du 22 mars 2017

IT: TI_GERICHTE 35.2016.47 del 22 marzo 2017

Erwägungen

E. 12

febbraio 2016, hanno avuto luogo delle consultazioni presso il dott. _____, Primario di medicina manuale della Clinica _____ di _____. Dal relativo referto risultano le diagnosi di rachide cervicale alto disfunzionale su stato dopo infortunio dell' 11 marzo 2014, assenza radiologica di fratture a livello della cervicale alta, disfunzione vegetativa nell'ambito di una disfunzione segmentale del rachide cervicale alto, possibile coinvolgimento dei nervi del tronco cerebrale, nonché osteocondrosi C5/C6, C6/C7 con stenosi del canale spinale senza mielopatia, e di disturbi toracali a partire dall'incidente stradale del 2014. Quale ulteriore procedere, egli ha disposto l'esecuzione di una nuova RMN cervicale, di un approfondimento neurologico per chiarire la necessità di sottoporre l'assicurata a dei nuovi esami dei potenziali evocati, nonché di una valutazione con oggetto l'infiltrazione del ganglio stellato (cfr. doc. L). Con certificazione 8 gennaio 2016, il dott. V _____, oftalmologo a _____, ha attestato la presenza di una lieve riduzione della convergenza oculare, senza pronunciarsi circa l'eziologia del disturbo (cfr. doc. E). Il 22 febbraio 2006 l'insorgente è stata di nuovo valutata presso dai sanitari del Servizio di neurologia dell' _____, su incarico della CO 1 (il medico fiduciario aveva chiesto loro di esprimersi segnatamente sul contenuto del rapporto 5 novembre 2015 del dott. _____ – cfr. doc. 76). Questo in particolare il tenore del referto che è stato allestito in quell'occasione: " (...). Siamo confrontati con un quadro clinico di complessa interpretazione, con disturbi aspecifici e variegati ed a nostro giudizio non riconducibili ad un quadro organico secondario al trauma, ma bensì ad una reazione psichiatrica al trauma stesso . In particolare gli esami sino ad oggi eseguiti escludono sia una mielopatia post-traumatica che gli esiti post-traumatici intracranici. Quale ulteriore approfondimento in merito alla sospetta radicolopatia C6/C7 a sinistra, si organizza una elettro-neuromiografia mirata al solo scopo di obiettivare una significativa disfunzione radicolare. Il quadro depone per un disturbo psichiatrico reattivo pertanto abbiamo provveduto a proporre una valutazione con Dr. _____, psichiatra consulente che ci legge in copia." (doc. 79, p. 3 – il corsivo è del redattore) Con rapporto del 12 aprile 2016, il dott. _____, specialista in otorinolaringoiatria a _____, ha refertato, all'esame otoscopico, delle membrane timpaniche retratte senza soluzioni di continuità delle stesse, alla rino-fibroscopia, una notevole ipertrofia dei turbinati inferiori e, alla laringoscopia, un deficit di abduzione della corda vocale destra durante l'inspirazione (doc. I). Nel referto relativo al consulto del 18 aprile 2016, il dott. _____, Caposervizio di neurologia presso l'ORL, ha formulato le diagnosi di sindrome somatoforme di natura verosimilmente psichiatrica conseguente a un evento traumatico e di esiti di trauma cervicale da decelerazione con/su assenza di segni di mielopatia, sospetta radicolopatia C6/C7 sinistra, assenza di correlato elettro-neuromiografico e RMN cerebrale con unico riscontro di possibile lesione post-traumatica del muscolo temporale di destra, DD: angioma venoso, lesione espansiva di

caratteristiche benigna. D'altro canto, egli ha confermato la presenza di un "... quadro clinico di complessa interpretazione con disturbi aspecifici e variegati, secondari probabilmente a reazione psichiatrica al trauma. In particolare gli esami condotti fino ad ora escludono una mielopatia post-traumatica, esiti post-traumatici intracranici; l'elettroencefalogramma ha permesso di escludere una radicolopatia C6-C7 a sinistra. Confermiamo la nostra indicazione ad una valutazione psichiatrica che è stata nel frattempo prevista per il 02.05.2016." (doc. 81). Il 2 maggio 2016, la ricorrente è quindi stata indagata dal dott. _____, Capoclinica presso il Servizio di psichiatria e psicologia medica di _____, secondo il quale, in assenza di cause organiche in grado di spiegare il corteo sintomatologico attuale, entra in linea di conto un disturbo somatoforme non specificato, reattivo al trauma avvenuto nel marzo 2014 (allegato al doc. 83). In data 27 giugno 2016 si è tenuto l'approfondimento neurologico auspicato dal dott. _____, sempre presso la _____ di _____. Gli specialisti hanno riferito di non aver oggettivato alcun deficit focale. Anche la nuova risonanza magnetica cervicale (27 giugno 2016) non ha evidenziato indizi a favore di una mielopatia. Vista la cattiva sopportazione mostrata in passato dall'assicurata, si è rinunciato a ripetere l'esame dei potenziali evocati. Questa la loro conclusione: " (...). Aus unserer Sicht ist ein Teil der von der Patientin beklagten Symptome, insbesondere die Dysfunktion im Rachen und Halsbereich mit Schluckstörungen, Heiserkeit, Aerophagie etc. nicht mit einer organischen Genese zu erklären und whs. eher im Rahmen einer funktionellen Problematik zu interpretieren. Allenfalls sollten hier weitere Abklärungen auch in Richtung psychosomatische Medizin erfolgen." (allegato al doc. XI – il corsivo è del redattore) Con rapporto del 30 giugno 2016, il dott. _____ ha dichiarato di essere convinto che, nonostante gli esiti degli accertamenti eseguiti nel frattempo, la sintomatologia denunciata dalla ricorrente si trovi in nesso causale diretto con l'infortunio dell'11 marzo 2014, ovvero con una possibile disfunzione del sistema nervoso vegetativo, rispettivamente dei nervi del tronco cerebrale (cfr. allegato al doc. XI). Nel mese di luglio 2016, l'insorgente si è sottoposta a una nuova serie di accertamenti strumentali per immagini (RMN cerebrale, cervicale e delle articolazioni temporo-mandibolari [ATM], nonché angio-RMN dei vasi cerebro-afferenti) che hanno evidenziato, a livello cerebrale, una discreta atrofia corticale diffusa in sede fronto-parietale e temporo occipitale con alcune poche lesioni lacunari della sostanza bianca in sede peri-ventricolare di vecchia data, a livello cervicale, un'ostecondrosi bi-segmentale C5-C6 e C6-C7 con ernia medio-laterale a sinistra di larga base in C6-C7 e probabile restringimento foraminale a sinistra in questo segmento e, a livello delle ATM, una buona integrità del disco e un regolare movimento durante l'apertura della bocca con minimi processi degenerativi secondari e leggera osteofitosi a partenza dalla testa mandibolare sinistra (allegato al doc. XI). Nell'agosto 2016, RI 1 ha privatamente consultato il Prof. dott. _____, Primario della Clinica di medicina dentaria ricostruttiva dell'Ospedale _____ di _____, il quale ha refertato un'artralgia delle ATM, un dolore miofasciale interessante i muscoli temporales e masseteres e un bruxismo, nonché, a titolo di diagnosi secondaria, un disturbo del dolore con fattori somatici e psichici (allegato al doc. XI). Fra la documentazione prodotta in corso di causa figura pure un rapporto del radiologo dott. _____, il quale, procedendo a una rivalutazione del dossier radiologico, ha sostenuto che i dolori denunciati dall'assicurata all'emitorace destro "... potrebbero rappresentare una nevralgia intercostale dovuta o ad una lesione del nervo intercostale 8 e/o 9 durante il trauma subito oppure dovuta ad una irritazione continua del nervo intercostale 8 e/o 9 dovuto alla scomparsa del solco

subcostale nella zona della pregressa frattura di queste due costole.” (allegato al doc. XIII). Il data 19 gennaio 2017, la ricorrente si è privatamente sottoposta a una valutazione interdisciplinare di medicina del dolore presso il Centro _____ di _____. Nel loro rapporto, gli specialisti hanno indicato di non aver oggettivato alcun deficit focale neurologico atto a chiarire i disturbi lamentati dall’assicurata, sottolineando che gli accertamenti diagnostici più volte ripetuti non hanno permesso di individuare un corrispondente correlato strutturale, rispettivamente neurofisiologico. Anche se dall’esame clinico non sono emersi elementi a favore di una patologia psichica, l’atteggiamento mostrato dall’insorgente – notevole irrequietezza e uno schema bizzarro dei movimenti – necessita di ulteriori chiarimenti in questa direzione. A loro avviso, la problematica psichica va inquadrata in un disturbo dell’adattamento, mentre i dolori, in presenza di un correlato somatico non chiaro, in un disturbo da dolore somatoforme (allegato al doc. XVII). Con certificazione del 24 febbraio 2017, la dott.ssa _____, spec. FMH in medicina generale, ha segnatamente affermato che, consecutivamente al noto incidente stradale, si sarebbe “... sviluppata una instabilità atlanto-dentale comprovata da un’osteofitosi reattiva ad una sclerosi epistrofea. Inoltre sussiste un’ernia discale postraumatica C6/7 e C5/6 con relativa stenosi del canale spinale e compressione della radice C7 a sinistra. Artrosi postraumatica dell’articolazione temporo-mandibolare sinistra con osteofitosi della testa mandibolare e con mobilità limitata. Ematoma su contusione del muscolo temporale destro. Frattura costola 8 e 9 a destra con compressione e nevralgia intercostale postraumatica. Sospetto di interessamento lesivo traumatico dei nervi cranici III, V, IX, XI e XII. Spazi liquorali allargati e lesioni lacunari della sostanza bianca periventricolare e sopra il corpo calloso. Mioclonia e fibrillazioni muscolari al viso e spasticità laringo-toracale.” (cfr. allegato al doc. XX).

2.8. Nella concreta evenienza, alla luce di quanto emerge dalla documentazione che é stata riassunta al precedente considerando , occorre ritenere dimostrato, perlomeno con il grado di verosimiglianza richiesto dalla giurisprudenza, che la complessa sintomatologia lamentata da RI 1, non correla a sufficienza con un danno infortunistico oggettivabile . In tale contesto va ricordato 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 TF 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 materia di cefalee, si veda pure la DTF 140 V 290). 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. Nel caso di specie, i numerosi accertamenti radiologici e strumentali che sono stati posti in atto giustificano questa conclusione, alla quale sono del resto recentemente giunti anche gli specialisti del Centro _____ di _____ (cfr. allegato al doc. XVII, p. 2: “ Adererseits hat die bislang

zum Teil mehrfach wiederholte Diagnostik kein entsprechendes strukturelles bzw. neurophysiologisches Korrelat finden können, ... ”). In particolare, va precisato che se è vero che gli accertamenti diagnostici hanno consentito di evidenziare, a livello del rachide cervicale, delle alterazioni plurisegmentali, specificatamente un’ostecondrosi a livello di C5/C6 e C6/C7 con restringimento foraminale C5/C6 a destra e C6/C7 a sinistra, è altrettanto vero che i sanitari hanno escluso la presenza di una mielopatia (cfr., ad esempio, il rapporto relativo alla consultazione 20 maggio 2014 presso il Servizio di neurologia dell’ORL: “Gli esami complementari con MR cervicale e potenziali evocati, unitamente all’esame obiettivo neurologico, non mostrano alcun segno deponente per mielopatia .” – il corsivo è del redattore), così come di una sindrome radicolare irritativa C6/C7 a sinistra (cfr. doc. 81, p. 2: “l’elettro-neuromiografia ha permesso di escludere una radicolopatia C6/C7 a sinistra ” – il corsivo è del redattore). Ora, a prescindere dal fatto che, secondo il chirurgo ortopedico dott. _____, avendo l’infortunio dell’11 marzo 2014 semplicemente reso manifesto il preesistente stato morbosus del rachide cervicale (in questo senso, si è del resto espresso anche il medico curante dell’assicurata, dott.ssa _____ – doc. 19, p. 2: “Dati i disturbi persistenti si è eseguita una RM con le sopraccitate discopatie, probabilmente preesistenti seppure fino ad ora silenti; ora traumatizzate, sono divenute sintomatiche .” – il corsivo è del redattore), il nesso causale naturale si è estinto, al più tardi, a distanza di un anno dal sinistro medesimo (cfr. doc. 57), ciò sta a significare che il danno oggettivato non è suscettibile di spiegare a sufficienza la sintomatologia denunciata dall’assicurata. Lo stesso vale anche per la lesione oggettivata a livello del muscolo temporale destro. Sempre a prescindere dalla circostanza che non risulta sufficientemente dimostrato che essa si trovi in una relazione causale naturale con l’infortunio del marzo 2014 (al riguardo, si veda il rapporto 13 gennaio 2015 del Servizio di neurologia dell’ORL, in cui si parla esplicitamente di una “eziologia indeterminata ”), la lesione in questione non è stata considerata la causa dei disturbi interessanti il volto (cfr. il rapporto del 13 gennaio 2015 appena citato: “Per altro, non riteniamo questa lesione causante della sintomatologia presente al volto.”). Inoltre, questa Corte prende atto che, secondo il dott. _____, la sintomatologia presentata dalla ricorrente sarebbe imputabile a una - peraltro solo possibile - disfunzione del sistema nervoso vegetativo, rispettivamente dei nervi del tronco cerebrale (cfr. allegato al doc. XI; in questo senso, si veda pure il parere espresso dall’odontoiatra dott. _____ – allegato al doc. 75). Resta comunque il fatto che le approfondite misure diagnostiche a cui è stata sottoposta RI 1, non hanno consentito di oggettivare il danno da cui deriverebbe il disturbo funzionale. Infine, il TCA non può parimenti ritenere dimostrato, con un grado sufficiente di verosimiglianza, che i disturbi presenti a livello dell’emitorace destro sarebbero provocati da una nevralgia intercostale, visto che lo stesso radiologo dott. _____ si è pronunciato al riguardo in termini di semplice possibilità (cfr. allegato al doc. XIII: “L’attuale sintomatologia potrebbe rappresentare ...” – il corsivo è del redattore). In queste condizioni, questo Tribunale può esimersi dal disporre ulteriori misure istruttorie, in particolare una perizia medica giudiziaria, così come dall’attendere gli esiti della perizia pluridisciplinare ordinata nel frattempo dall’Ufficio AI (cfr. doc. XVII), ritenendo che le circostanze giuridicamente rilevanti siano già state adeguatamente accertate. 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. STF 9C_632/2012 del 10 gennaio 2013; STF 9C_231/2012 del 24 agosto 2012), 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). Sempre in questo contesto, il TCA non può seguire la ricorrente allorquando rimprovera all'amministrazione di non aver dato seguito alla sua richiesta di completare l'istruttoria con la ripetizione di una RMN cervicale, con un'indagine neurologica complessiva e con una valutazione tramite infiltrazione del ganglio stellato, indagini atte, a suo dire, a "certificare oggettivamente i disturbi" (doc. I, p. 9). Al proposito, occorre osservare che gli accertamenti in questione erano stati prescritti dal dott. Hämmerle a margine delle consultazioni del novembre 2015 e febbraio 2016 (cfr. doc. L). Dalla documentazione agli atti si evince che la RMN cervicale è stata eseguita il 27 giugno 2016, così come l'approfondimento neurologico. Gli stessi specialisti della Clinica _____ hanno rinunciato a ripetere i potenziali evocati, vista la cattiva sopportazione dimostrata in passato dall'assicurata e, proprio in ragione di questa cattiva sopportazione, essi hanno pure dichiarato esaurite le opzioni terapeutiche in relazione ai dolori interessanti il rachide cervicale (rinunciando quindi a praticare l'infiltrazione del ganglio stellato). Parimenti infondato è il rimprovero mosso sempre nei confronti della CO 1 per non aver ordinato un'analisi bio-meccanica dell'incidente al fine di determinare il delta-v (cfr. doc. I, p. 9). In proposito, va rilevato che, secondo costante giurisprudenza, le risultanze di tale analisi possono avere una rilevanza esclusivamente nel quadro della valutazione dell'adeguatezza (cfr. STF 8C_252/2007 del 16 maggio 2008 consid. 6 e i riferimenti ivi menzionati). Di certo, l'atto istruttorio in questione non è atto a fornire elementi utili in merito all'oggettivazione dei disturbi denunciati dalla persona assicurata.

2.9. In assenza di un sufficiente sostrato organico oggettivabile, come è il caso nella presente fattispecie (si veda il consid. 2.8.), occorre effettuare un esame specifico dell'adeguatezza. Secondo la giurisprudenza federale, l'esame dell'adeguatezza del legame causale può però avvenire, al più presto, quando l'assicuratore contro gli infortuni, in virtù dell'art. 19 cpv. 1 LAINF, è tenuto a chiudere un caso (con interruzione delle prestazioni di corta durata). Tale momento è dato quando dalla continuazione della cura medica non vi è più da attendersi dei notevoli miglioramenti e quando eventuali provvedimenti integrativi dell'assicurazione per l'invalidità si sono conclusi (cfr. DTF 134 V 109 consid. 4.3 con riferimenti). Nel caso concreto, non vi sono in discussione provvedimenti integrativi dell'AI, motivo per cui è determinante il momento in cui si è stabilizzato lo stato di salute dell'insorgente. In proposito, dalla documentazione agli atti si evince che le terapie di cui beneficiava la ricorrente erano volte a controllare la sintomatologia, piuttosto che a migliorarla notevolmente (si veda il doc. 79, p. 2: "Nel frattempo la paziente si è sottoposta a numerose terapie di medicina alternativa con assunzione di elementi naturali, terapia neurale, agopuntura, rolfing, terapia ayurvedica, yoga, isodinamica e canto armonico, senza sostanziale beneficio."). Assodato dunque che all'amministrazione non può essere rimproverato di aver prematuramente chiuso la pratica, si pone la questione di sapere se l'esame dell'adeguatezza debba avvenire in base alla prassi sviluppata nella DTF 117 V 359 ss. 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 133 ss.). Questa Corte constata che, al momento determinante dell'emanazione della decisione su opposizione impugnata (come del resto già in precedenza), il quadro clinico dell'assicurata era largamente dominato da una problematica psichica, caratterizzata dall'estensione di una sintomatologia risultata priva di sostrato organico (in questo senso, si

veda il doc. 79, p. 2: “La paziente ha poi presentato una sintomatologia variegata, in progressione, che riconduce temporalmente al trauma cervicale con: calo del visus, impressione di difficoltà di convergenza, miochimie al volto, xerostomia, senso di tensione toracica e dorsale, dolori epigastrici la costringono a piccoli pasti frazionati, in associazione ad importante costipazione che la costringe a somministrarsi clismi evacuativi, palpitazioni, sudorazioni, pollachiuria, secchezza cutanea e continua eruttazione.”), così come certificato da più parti (al riguardo, si veda supra, consid. 2.7.). In ossequio alla giurisprudenza federale, il nesso di causalità adeguata deve pertanto essere valutato secondo le regole inerenti all’evoluzione psichica abnorme conseguente a infortunio ai sensi della DTF 115 V 133 (cfr. RAMI 2002 U 465 p. 437). 2.10. Nel valutare l’adeguatezza del nesso causale, occorre avantutto procedere alla classificazione dell’infortunio occorso alla ricorrente, che è così stato descritto in sede di ricorso: “ (...). La dinamica dell’incidente è assai semplice: la qui ricorrente, mentre era ferma alla guida della sua vettura ad uno “STOP”, ha subito un tamponamento da tergo .” (doc. I, p. 2 – il corsivo è del redattore) Chiamato ora a classificare tale sinistro, ricordato che, in questo contesto, non devono essere prese in considerazione le conseguenze dell’infortunio né le circostanze concomitanti (cfr. STF 8C_584/2010 dell’11 marzo 2011 e SVR UV Nr. 8 p. 26), questo Tribunale ritiene che si tratti di un infortunio di grado medio al limite della categoria degli infortuni leggeri o insignificanti, conformemente a un’affermata prassi federale (si veda la STF 8C_304/2008 del 1° aprile 2009 consid. 5.1: “Das kantonale Gericht hat den Verkehrsunfall vom 9. November 2003 als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Unfällen eingestuft. Diese, im angefochtenen Entscheid einlässlich begründete, Beurteilung ist nach Lage der Akten und im Lichte der Rechtsprechung zur Unfallschwere bei einfachen Auffahrkollisionen, einschliesslich Doppelkollisionen mit primärer Heckkollision und sekundärer Frontkollision (vgl. SVR 2007 UV Nr. 26 S. 86 E. 5.2, U 339/06; RKUV 2005 Nr. U 549 S. 236 E. 5.1.2 mit Hinweisen, U 380/04; Urteile 8C_687/2007 vom 26. August 2008 E. 5.1, 8C_252/2007 vom 16. Mai 2008 E. 6.2 und 8C_51/2007 vom 20. November 2007 E. 4.3.1), nicht zu beanstanden.”). In tale eventualità, il giudice è tenuto a valutare le circostanze connesse con l’infortunio, secondo i criteri elaborati dal Tribunale federale e qui evocati al consid. 2.4.. Per ammettere l’adeguatezza del nesso causale, è 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. 100 ss., 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. A titolo di premessa, occorre osservare che nell’apprezzamento dell’adeguatezza del nesso di causalità in materia di turbe psichiche, vanno considerati unicamente i disturbi di natura somatica che si trovano in una relazione di causalità, naturale e adeguata, con il sinistro assicurato (cfr. RAMI 1999 U 341 p. 409 e RAMI 1993 U 166, p. 94 consid. 2c e riferimenti). Sempre in questo contesto, va precisato che i disturbi che si impongono come somatici, ma che non possono però essere spiegati a sufficienza dal profilo organico, non devono essere presi in considerazione (cfr. STF 8C_648/2016 dell’11 agosto 2016 consid. 6.2 e STF 8C_1044/2010 del 12 maggio 2011 consid. 4.4.4: “Die als körperlich imponierenden organisch jedoch nicht hinreichend erklärbaren Beschwerden sind bei einer Prüfung der Adäquanz nach BGE 115 V 133 nicht in die Beurteilung einzubeziehen (Urteil 8C_825/2008 vom 9. April 2009 E. 4.6).“). Ora, in ossequio ai principi giurisprudenziali appena citati, considerato che la complessa sintomatologia denunciata dalla ricorrente è

risultata non correlare con un danno infortunistico oggettivabile (cfr. supra consid. 2.8.; tutt'al più, in base alla valutazione del dott. F. Caranzano, i disturbi legati alle preesistenti alterazioni degenerative del rachide cervicale traumatizzate in occasione dell'infortunio assicurato, sono rimasti in nesso causale naturale con quest'ultimo evento per un anno al massimo – cfr. doc. 57), nella concreta evenienza, possono essere a priori ritenuti insoddisfatti i criteri della gravità o particolare caratteristica delle lesioni lamentate, della durata eccezionalmente lunga della cura medica, dei disturbi somatici persistenti, del decorso sfavorevole della cura e delle complicazioni rilevanti intervenute, nonché del grado e la durata dell'incapacità lavorativa. Questo Tribunale ritiene che, nel caso di specie, l'adempimento del criterio delle circostanze concomitanti particolarmente drammatiche o della particolare spettacolarità dell'infortunio, sia senz'altro da negare. D'altro canto, nessun elemento all'inserto permette di ravvisare gli estremi per ammettere la presenza di una cura medica errata e notevolmente aggravante gli esiti dell'infortunio. In proposito, l'insorgente non può essere seguita allorquando fa valere che i medici non avrebbero "... trattato il caso con la dovuta serietà, e da ciò è derivata una mancata e tempestiva cura adeguata, ciò che ha allungato notevolmente (e forse compromesso per sempre) la guarigione." (doc. I, p. 11). Il TCA osserva in effetti che è piuttosto l'assicurata stessa ad aver rifiutato di sottoporsi alle misure terapeutiche proposte dagli specialisti, preferendo affidarsi alla medicina complementare (cfr., ad esempio, doc. 18, p. 2: "Viene nel frattempo proposta alla paziente una terapia antalgica da affiancare alla fisioterapia in corso visto il quadro di radicolopatia cervicale, che però viene per il momento rifiutato.", doc. 44, p. 5: "L'attitudine di rifiuto verso un approccio terapeutico "classico", con accettazione unicamente di misure complementari, potrebbe potenzialmente anche influenzare la tempistica ed eventualmente l'esito del decorso.", doc. 57, p. 2: "Il tenore del rapporto del 28.8.2014 del _____, signor _____, alimenta una certa perplessità sulla circoscrizione degli obiettivi terapeutici effettivamente ricercati: vedi quotidiana regolare defecazione, migliore respirazione bronchiale e nasale, pelle morbida e ben nutrita, alimentazione corretta per una maggiore salute, pratiche igienistiche antiinfiammatori!" e doc. 67, p. 2: "Medicamenti di tipo complementare (specialmente medicina antroposofica) da lei preferiti: con variazioni quasi mensili; (...). Da notare che ella sta seguendo terapie iniziate di sua volontà: inizialmente trattamenti ayurvedici, inoltre cure osteopatiche presso Signor _____ (da parte mia non prescritte ma accordate), in seguito da giugno 2015 presso il Dr. dent. _____, il quale le avrebbe diagnosticato patologie ossee varie – nota: a detta della paziente; tali patologie fino ad ora però non obiettivabili in esami radiologici convenzionali quali TAC e RM; recentemente presso Dr. _____ di _____ – diagnostica e terapie in riferimento a disturbi neurovegetativi."). Sulla scorta di quanto precede, si deve concludere che i disturbi denunciati da RI 1 (tutti risultati privi di sostrato organico oggettivabile), non costituiscono una conseguenza adeguata dell'evento infortunistico che l'ha vista vittima l'11 maggio 2014. Facendo difetto l'adeguatezza, può essere lasciata aperta la questione relativa all'esistenza del nesso di causalità naturale tra l'infortunio e il danno alla salute (cfr., in proposito, SVR 1995 UV 23, p. 67 consid. 3c; STF U 17/07 del 30 ottobre 2007, consid. 3, U 606/06 del 23 ottobre 2007, consid. 4 e U 299/05 del 28 maggio 2007, consid. 5.2) e, quindi, anche per questo motivo appare superfluo dar seguito alla richiesta di esecuzione di una perizia giudiziaria (cfr. doc. I, p. 9). La decisione su opposizione impugnata, mediante la quale l'istituto assicuratore ha posto termine alle proprie prestazioni dal 1° marzo 2015, merita dunque conferma in questa sede.

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