

TI_GERICHTE 35.2000.15 vom 2. Dezember 1999

TI Tribunale d'appello, 1999-12-02, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2000.15

FR: TI_GERICHTE 35.2000.15 du 2 décembre 1999

IT: TI_GERICHTE 35.2000.15 del 2 dicembre 1999

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 14

aprile 1992, l'assicurato è rimasto coinvolto in un incidente autostradale, evento che ha reso necessario, durante il periodo 14-20 aprile 1992, il suo ricovero presso l'Ospedale distrettuale di _____. Dal relativo rapporto d'uscita 28 aprile 1992 risulta la diagnosi di, citiamo: " Commotio cerebri , Flankenkontusion und leichte Nierenkontusion rechts, klinisch Verdach auf Rippenfraktur lateral rechts (ca 4./5. Rippe), Excoriationen am rechten Arm" (cfr. doc. ; cfr., pure, doc. _). I sanitari hanno, inoltre, sottolineato una verosimile perdita di conoscenza in occasione del sinistro nonché l'esistenza di un'amnesia pericircostanziale per l'evento. Dal profilo terapeutico, il ricorrente è stato sottoposto, in particolare, a sorveglianza neurologica. Rispondendo ai quesiti postigli dagli inquirenti, il dottor _____ i, _____ presso il summenzionato nosocomio, ha escluso che _____ potesse lamentare un danno permanente alla propria integrità (cfr. doc. _). L'assicurato è stato dichiarato dal proprio medico curante abile al lavoro nella misura del 50% dall'11 maggio 1992 e in misura completa dal 24 maggio 1992 (cfr. doc. _). D'altro canto, il dottor _____ ha ritenuto chiusa la cura medica a contare dal 4 agosto 1992 (cfr. doc. _). Nel corso dell'ottobre 1992, il curante ha certificato l'insorgenza di cefalee, stanchezza generale, adinamia, impotenza e, soprattutto, di disturbi mnemonici (cfr. doc. _). Una TAC cerebrale eseguita il 30 ottobre 1992 presso la Klinik _____, non ha evidenziato alcuna patologia (doc. _). Nella primavera del 1993, _____ è stato sottoposto ad una approfondita valutazione neuropsicologica da parte dello psicologo _____. Queste le conclusioni contenute nel suo referto 3 maggio 1993: " Wie die medizinischen Untersuchungsergebnisse und die neuropsychologischen Testungsergebnisse zeigen, ist kaum mit einer Contusio cerebri zu rechnen. Wohl erlitt der Patient, Herr _____, geb. _____, durch den Unfall am 14.04.1992 aus meiner Fachsicht einen erheblichen Psychoschock und eine gravierende Commotio cerebri, die zu Schlafstörungen, Schreckträumen, Konzentrationsstörungen, Gedächtnisstörungen, Angstzuständen und allgemein psychischer Verunsicherung führte. Unter den vegetativen Störungen leidet er am meisten unter seinen Kopfschmerzen. Wie das subjektive Klagenbild und die Testuntersuchungsergebnisse zeigen, ist der Patient sicher zu 100% unfähig, seinen bisherigen Beruf als _____ auszuüben. Dies vor allem wegen den damit verbundenen langen Autofahrten, wobei er schnell ermüdet, unter Konzentrationsstörungen leidet, angstanfällig ist und sogar in panische Zustände geraten kann. Auch ist die Unregelmässigkeit, die bei dieser Berufsausübung verlangt wird, im Moment gesundheitlich contraindiziert. Wäre ihm beim _____ nicht gekündigt, so könnte ich

einen erneuten beruflichen Einsatz in seiner bisherigen Aufgabe erst etwa im Herbst 1993 verantworten." (doc. _ - la sottolineatura è del redattore). Successivamente, l'assicurato è rimasto in cura presso il medesimo psicologo, il quale, in accordo con il medico curante, ha attestato una capacità lavorativa del 50% dal 1° ottobre 1993 e del 75% dal 1° gennaio 1994: " (...). Als sich sein Zustand zu stabilisieren begann, wagte er am 1. Oktober den "Sprung ins Wasser", indem er mit seiner Partnerin das Hotel Restaurant _____ in _____ übernahm. Begreiflicherweise bedeute das für ihn eine grosse Umstellung, Belastung und ein Risiko. In Rücksprache mit dem behandelnden Arzt attestierten wir eine AF von 50%. Herr _____ musste sich mir erheblichen Beschwerden durch die Startsituation durchbeissen. Es traten vermehrte Müdigkeit, Gereiztheit, Kopfwehanfalle, Ausfälle des Gedächtnis und der Konzentration auf. Zusätzlich zur Entspannungstherapie wurde der Patient angeleitet, wie er seinen geistigen Insuffizienzen entgegen wirken kann. So konnte die AF auf den 1.1.94 auf 2/3 erhöht werden. Stabil ist die Situation aber noch nicht, besonders da der Patient in laufender Gefahr ist, sich zu überfordern. Doch ist er sicher sehr kooperativ und für die Zukunft hoffnungsvoll." (doc. _) Nell'aprile 1994, l'assicuratore LAINF convenuto ha consultato il proprio medico fiduciario, il PD _____, spec. FMH in ortopedia, il quale ha, da parte sua, diagnosticato una reazione psicogena o disturbo dell'adattamento post-traumatico, affezione ritenuta trovarsi in una relazione di causalità naturale con l'incidente della circolazione del 14 aprile 1992 (cfr. doc. _). Con certificato del 13 settembre 1994, il dottor _____ ha riferito di uno stato di salute decisamente migliorato ("Zusammengefasst doch deutliche Besserung im Verlauf des Jahres unter der neuro-psychologischen Führung durch Herr _____" - la sottolineatura è del redattore) ed ha attestato una capacità lavorativa pressoché totale (90%) a decorrere dal 1° gennaio 1995 (cfr. doc. _). Stando al rapporto 6 ottobre 1995 dello psicologo _____, le condizioni di salute sono peggiorate nel corso dell'aprile 1995, allorché _____ ha pure necessitato d'ospedalizzazione, a causa di un disturbo intestinale acuto di natura neurovegetativa (cfr. doc. _). Dal 13 luglio 1998 in avanti, l'insorgente è entrato in cura dal dottor _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, il quale - constatata la presenza di disturbi del sonno, cefalee, stanchezza, irascibilità, irritabilità, problemi della concentrazione, tremore, sudorazione e difficoltà mnemoniche - ha diagnosticato un disturbo psico-organico dopo trauma cranio-cerebrale ed un disturbo ansio-depressivo reattivo (cfr. doc. _). In data 25 febbraio 1999, _____ è stato periziato presso _____, per conto della _____. Il dottor _____, r, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, ha segnatamente affermato che - trascorsi più di due anni dall'infortunio - i disturbi lamentati dall'assicurato non possono più essere inquadrati nell'ambito di una cosiddetta "sindrome post-commozionale", ma sono da attribuire ad una reazione psicogena (cfr. doc. _, risposta al quesito n. 9). D'altra parte, egli ha negato che i suddetti disturbi costituiscano una naturale conseguenza dell'evento traumatico dell'aprile 1992 (cfr. doc. _, risposta al quesito n. 4). Qui di seguito le considerazioni enunciate dal summenzionato specialista: " Am 14. April 1992 verursachte der Versicherte einen Strassenverkehrunfall. Obschon er kurze Zeit später im _____ Oberhasli wach und vollständig orientiert war und während der ganzen sechstägigen Hospitalisation keinerlei pathologischen neurologischen Symptome zeigte und auch das Bewusstsein stets erhalten blieb, wurde wegen der von Herrn _____ geltend gemachten Amnesie (Gedächtnisverlust) für das Unfallereignis eine Bewusstlosigkeit für wahrscheinlich erachtet und daher die Diagnose einer Commotio cerebri (Hirnerschütterung) gestellt. Man war und ist also diesbezüglich lediglich auf die Aussagen

des Exploranden angewiesen. Zudem zog sich der Versicherte Rippenprellungen, eine leichte Nierenkontusion rechts sowie Schürfwunden am rechten Arm zu. Nach neuerer Nomenklatur liesse sich auch von einem leichten Hirntrauma, welches in der international gebräuchlichen Skala der Verletzungsschwere AIS dem Grad AIS 1 (leichte Verletzung) bis AIS 2 (mässige Verletzung) zuzuordnen ist, sprechen, d.h. die Bewusstlosigkeit von Herrn _____ dauerte maximal eine Stunde, und liessen sich in der Folge keine neurologischen Symptome feststellen, sodass von einer vollständigen Ausheilung innert weniger Wochen bis höchstens Monaten auszugehen ist. Eine volle Arbeitsfähigkeit wird üblicherweise nach vier Wochen erreicht. Eine länger als ein halbes Jahr anhaltende messbare Beeinträchtigung der Hirnleistungsfunktionen ist bei leichten Hirntraumata nicht zu erwarten. In casu, d.h. maximal einige Wochen nach dem Unfallereignis, reisst die Kausalkette ab, da Gehirnerschütterungen, ohne Gewebsschädigungen des Gehirns nicht geeignet sind, Dauerfolgen zu hinterlassen und nur der objektiv belegbare und damit in der Befunderhebung reproduzierbare unfallbedingte Körperschaden die Möglichkeit einer Bewertung desselben zur Begründung einer Entschädigung resp. Versicherungsleistungen eröffnet. Trotzdem wurden mehrere Monate später einige unspezifische Symptome des Versicherten wie Adymie, Impotenz, Müdigkeit, Vergesslichkeit, etc., entgegen des aktuellen Wissensstandes, bzw. des verführerischen Denkens des "post hoc-ergo propter hoc" erliegend, dem Unfallereignis vom 14. April 1992 angelastet. Das die oben genannten unspezifischen Symptome umfassende sogenannte "Allgemeinsyndrom" heilt nach leichten Hirntraumata mit oder ohne Substanzschädigung des Gehirn zumeist innert Wochen, längstens aber nach zwei Jahren aus und beeinträchtigt die Arbeitsfähigkeit für maximal ein Jahr zu höchstens 20%. Sollten Symptome dieses "Allgemeinsyndroms" länger anhalten, so sind sie nicht mehr hirnorganisch, sondern allenfalls psychoreaktiv bedingt. Unabhängig von der Schwere des Schädel-Hirntraumas sind nach zwei Jahren keine Zustandsänderungen mehr zu erwarten, d.h. weder nennenswerte Verbesserungen noch Verschlechterungen, ausser, sie hätten eine andere Ursache. Auch die vom Versicherten geltend gemachten, attackenweise auftretenden migräneartigen Kopfschmerzen wurden kausal mit dem Unfallereignis vom April 1992 verknüpft, obwohl die Entstehung einer traumatischen Migräne allgemein abgelehnt wird und Kopfschmerzen nur dann als unfallbedingt bezeichnet werden dürfen, wenn eine gesicherte Bewusstseinsstörung bestanden hat und die Kopfschmerzen weniger als 14 Tage nach dem Trauma begonnen haben. Die geschilderten neurovegetativen Symptomen wie allgemeine Leistungsschwäche, gesteigerte affektive Reaktivität, Sonnenempfindlichkeit, Alkoholintoleranz, Kreislauf labilität, etc. sind derart unspezifisch, dass sie nicht mit dem Terminus „postkommotionell“ umschrieben werden sollten. Derartige Allgemeinsymptome finden sich beispielsweise auch nach Infektionskrankheiten und vielerlei körperlichen und psychischen Belastungen. So kommen die Symptome Müdigkeit, allgemeine Leistungsschwäche und Kopfschmerzen bei über einem Viertel sich als gesund bezeichnenden Kollektivs junger Studenten vor, die als gesunde Vergleichsgruppe für eine Medikamenten Studie aufgebeten wurden. Die erwähnten Beschwerden sind in erheblichem Mass von der psychologischen Situation von Befürchtungen, Erwartungen, usw. anhängig. Die neuropsychologische Untersuchung durch Diplom-Psychologe H. _____ fand unter den vom Versicherte falsch wiedergegebenen Prämissen einer mehrstündigen Bewusstlosigkeit, einer mehrtätigen Somnolenz und einer dreiwöchigen Hospitalisation statt. Dennoch hielt Herr _____ den beruflichen Wiedereinstieg von Herrn _____ im Herbst 1993 für verantwortbar, da sich der weitere verlauf erfreulich gestaltete und

Schwindel und Angstgefühle verschwanden. Anzumerken bliebe noch, dass sich die Neuropsychologie eher schlecht eignet, um Hirnranke für Hirngesunden zu unterscheiden, die Treffsicherheit liegt dabei nicht über 70%. Abgesehen davon kann die Neuropsychologie nicht zwischen einer traumatischen oder einer anderen Genese unterscheiden. Jedoch sind Tiefe und Dauer der posttraumatischen Bewusstseinsstörung gute, empfindliche und verlässliche Indikatoren für die Schwere eines Kopftraumas, wobei sich bei längerer Dauer fließende Übergänge zur Contusio cerebri ergeben. Zudem lassen sich zum Beispiel Gedächtnisstörungen ein Jahr nach einem Schädel-Hirntrauma nur dann nachweisen, resp. unterscheiden sich nur dann von einer nicht verletzten Kontrollgruppe, wenn das initiale Koma über 24 Stunden und die posttraumatische Amnesie über 14 Tagen gedauert haben, was vorliegend nicht der Fall war. In der Folge nahm Herr _____ im Herbst 1993 tatsächlich seine berufliche Tätigkeit, dieses Mal als Geschäftsführer eines mittelgroßen Hotel- und Restaurationsbetriebs, wieder auf. Diese zumeist 100% eines normalen Pensum übersteigende Arbeitstätigkeit behielt er die letzten fast sechs Jahre bis zum heutigen Tag bei, wobei er seit gut zwei Jahren zusammen mit seiner zweiten Ehefrau ein eigenes Lokal führt. Dies, obwohl er offiziell vom 1. Oktober 1993 bis 7. September 1994 als häftig und anschließend bis Ende 1994 zu 75% arbeitsfähig galt, da man als Gastwirt, im gleichen Gebäude wohnend und arbeitend, kaum der Berufsausübung entziehen kann. Seither galt eine noch 10%ige Arbeitsunfähigkeit. Wie man eine im April 1995 diagnostizierte Divertikulose (Darmentzündung) auch nur mittelbar mit dem mit dem rubrizierten Unfallereignis in Verbindung bringen konnte, wird wohl auch weiterhin rätselhaft bleiben. Auf jeden Fall bewirkten durch die stete Arbeitstätigkeit des Versicherten, noch gefördert während der letzten über sieben Jahre, Selbstheilungsmechanismen, sodass ohne neues Trauma oder andere Schäden des Gehirns eine unfallbedingte Verschlechterung des Befindens oder der Hirnleistungsfunktionen nicht nachvollziehbar ist, es hingegen zu Interferenzen mit dem altersbedingten Abbau gewisser Hirnleistungsfunktionen wie etwa der Lernfähigkeit bei diesem bald 60jährigen Exploranden kam. Für die jetzt vorgebrachten Beschwerden wie das Vergessen von Namen, die Müdigkeit, die Schlafstörungen, die Reizbarkeit die sexuellen Probleme und die Kopfschmerzen lässt sich das Unfallereignis vom 14. April 1992 vollständig wegdenken, sodass höchstens noch eine mögliche, sicher aber keine überwiegend wahrscheinliche natürliche Kausalität zwischen dem nun geltend gemachten Beschwerdekatalog und dem rubrizierten Unfallgeschehen besteht, schon nur deshalb, weil solche unspezifischen Beschwerden in der Allgemeinbevölkerung gerade in der 6. Lebensdekade häufig vorkommen. In casu zeigt sich auch beispielhaft, wie günstig sich eine relativ früh einsetzende Psychotherapie auf den Verlauf von posttraumatischen psychischen Störungen auswirken. Herr _____ zeigte mit einer gewissen Latenz die für eine posttraumatische Belastungsstörung sozusagen typischen Katastrophenträume sowie Panikzustände bei Autofahrten insbesondere als Beifahrer und in Tunnels. Obgleich er einen Bewusstseinsverlust sowie eine Amnesie für das Unfallereignis geltend macht, ist die Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD F43.1) nicht vollständig ausgeschlossen, wenn auch weniger wahrscheinlich, als wenn er das Trauma bei wachem Bewusstsein miterlebt hätte. Die erwähnten Symptome klangen unter der Therapie mit Ende 1993 vollständig ab, sodass sie aktuell bei der Bemessung der Arbeitsfähigkeit unberücksichtigt bleiben müssen. Zusammenfassend dürfte in Anbetracht der eher leichten Verletzungen, der langjährigen, praktisch vollständigen Arbeitsfähigkeit im strengen und nicht in acht Stunden täglich zu bewältigenden Beruf des Gastwirts und den sehr

unspezifischen Symptomen der Status quo sine seit längerem wieder erreicht sein." (doc. __, p. 14ss.) Proprio sulla base dell'apprezzamento manifestato dal dottor _____, l'assicuratore infortuni ha emanato la decisione formale del 21 luglio 1999 (cfr. doc. __) e, in seguito, quella su opposizione datata 2 dicembre 1999 (cfr. doc. __). Dalle tavole processuali emerge, inoltre, che, nell'agosto 1999, _____ é stato sottoposto ad accertamenti neurologici presso il Servizio di neurologia dell'Ospedale Regionale di _____, allo scopo di chiarire l'eziologia delle cefalee e delle cadute di cui egli soffre. In questo contesto, è stata eseguita una risonanza magnetica cerebrale con angio-RM (cfr. XV 5), nonché un esame doppler-duplex precerebrale (cfr. XV 4). Qui di seguito la valutazione espressa dal dottor _____, _____: " (...). Questo paziente soffre di almeno tre tipi di cefalee apparsi in un contesto post-traumatico rilevante durante il quale, effettivamente, il paziente ha subito un possibile colpo di frusta ed un trauma cranico "semplice". La loro cinetica d'apparizione è stata variabile. Le cefalee più precoci in fase post-traumatica possono essere identificate a delle cefalee di tipo tensivo (vedi nr. 95 della classificazione post-traumatica) che si ripresentano attualmente con una frequenza notevole. Gli altri due tipi di cefalea (in particolare il mal di testa più esplosivo ed inquietante), sono apparsi dopo una certa latenza. Delle cefalee "a colpo di tuono" possono avere un'origine benigna, indeterminabile. Sono descritti vari tipi di cefalee acute che comprendono: - l'exploding head syndrome (assente), - l'idiopathic stabbing headache. Altre cefalee "acute" possono essere escluse all'anamnesi, come ad esempio la cefalea da freddo, alla tosse, benigna da sforzo o legata all'attività sessuale. Di regola, in queste situazioni, le indagini complementari sono sempre normali. Le cefalee post-traumatiche sono spesso classificate in 5 forme classiche: 1. intracranial vascular (precoci e legate probabilmente ad un meccanismo di vasodilatazione-costrizione), 2. extracranial vascular (nel territorio di una ferita del cuoio capelluto), 3. l'emicrania post-traumatica (con/senza aurea), 4. le cefalee disautonomiche (unilaterali rispetto alla regione lesa con segni vegetativi associati), 5. le cefalee tensivo (con frequenti legami rispetto a conflitti medico-assicurativi). Altri tipi di cefalea post-traumatica rappresentano una rarità (es. cluster-like headache). Le cefalee acute descritte in questo caso non hanno quindi una chiara situazione in ambito post-traumatico. Questa classificazione non tiene conto degli stati dopo whip-lash, dove si può osservare una notevole gamma di cefalee che potrebbero eventualmente includere il mal di testa posteriore che ho definito "crampiforme". Tuttavia, considerato il contesto post-traumatico, la totale assenza di cefalee in precedenza (a parte alcuni mal di testa dopo assorbimento d'etile), l'anamnesi di cadute inspiegabili e la comprensibile inquietudine del paziente, ho preferito organizzare un'MRI cerebrale con sequenze angiografiche intracraniche ed un Doppler-duplex delle arterie il 20.08.1999. Sono da escludere delle complicazioni post-traumatiche (che potrebbero difficilmente spiegare questa sintomatologia), delle patologie aneurismatiche o malformazioni vascolari d'altro tipo. Molto raramente possono essere messe in evidenza alcune eziologie come una cisti colloidale del terzo ventricolo (in caso di cefalee posizionali, assenti in questa situazione) o dei particolari processi espansivi intra o extra-assiali. L'origine delle cadute mi sembra al quanto misteriosa. In parte questi avvenimenti potrebbero rappresentare dei drop-attacks, sintomo in realtà raro se non associato ad altri fenomeni vertebrobasilari. Va esclusa una patologia dell'asse vertebrale e basilare. Un'altra rara causa di fenomeni simili è un processo (ad esempio un ematoma sottodurale cronico), in sede frontale parasaggitale. L'assenza di apparenti disturbi dello stato di coscienza rende poco probabili sia delle sincopi (ad esempio su base cardiaca) che delle crisi epilettiche atoniche. La prima di queste due ipotesi non può essere però totalmente scartata perciò, se

tutte le indagini previste dovessero risultare normali, dovrebbe essere effettuato un esame Holter. Noto infine, nell'ambito di un esame neurologico normale, la presenza di un'ipopallestesia importante agli arti inferiori che, nonostante un esame labor in marzo 1999 normale, un dosaggio di vit. B12, acido folico, test tiroidei e HbA1c. Considerato il deficit vibratorio, se il labor dovesse risultare negativo e la sintomatologia dovesse recidivare, andrebbero valutati il transito cervico-occipitale e la possibilità di una mielopatia cervicale (di varie origini; poco probabile)." (XV 3) L'esame di risonanza magnetica cerebrale con angio-RM, eseguito il 20 agosto 1999, non ha mostrato alcuna lesione strutturale acquisita (cfr. XV 5: "... non si notano lesioni espansive intracraniche. Non segni per lesioni ischemiche o per emorragie intracraniche. Non evidenti patologie del transito cervico-occipitale. Segni di una poliposi del segno mascellare bilateralmente "), tanto che il dottor _____, nel suo rapporto del 23 agosto 1999, ha escluso la presenza di complicazioni post-traumatiche (tenuto conto anche del tipo di sintomatologia - cfr. XV 3, p. 3). 2.6. Allo scopo di chiarire la fattispecie da un profilo medico-scientifico, questa Corte - dando così seguito ad un'esplicita richiesta di parte ricorrente - ha ordinato una perizia medica giudiziaria, affidandone l'allestimento al dottor _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia. Va immediatamente evidenziato che il perito giudiziario - senza peraltro che lo scrivente TCA ne fosse al corrente - si è avvalso della collaborazione del dottor _____, spec. FMH in neurologia, il quale, a sua volta, ha predisposto, in particolare, una nuova risonanza magnetica cerebrale, una registrazione computer video EEG (24 ore) nonché una valutazione neuropsicologica a cura della psicologa _____ (cfr. XV 1 e allegati). Dal referto del 1° ottobre 2001 emerge che il succitato neurologo è stato chiamato a valutare se gli attacchi di emicrania alternati ad episodi di vomito esplosivo, sono riconducibili ad una patologia epilettica (cfr. XV 1, p. 6). Qui di seguito la valutazione enunciata dal dottor _____: "...). La storia familiare, la storia personale remota, sono prive di antecedenti neurologici sospetti per manifestazioni comiziali in particolare non convulsioni febbrili. Non vi sono riferiti disturbi o ritardi dello sviluppo, meningiti o traumi cranici precedenti l'evento del 1992. L'incidente, secondo le informazioni anamnestiche disponibili, sarebbe avvenuto allorquando il paziente viaggiava ad alta velocità, con scontro frontale contro un veicolo che viaggiava in senso opposto, e consecutivo rimbalzo del veicolo del peritando contro il tetto del tunnel ed arresto della corsa di questo solo diversi metri più avanti, permettendo di ritenere possibile che il paziente sia stato sottoposto ad un impatto biomeccanico maggiore, compatibile con trauma cranico con sequele neurologiche. I referti delle cure mediche in urgenza sono poco dettagliate, ma riferiscono una probabile perdita di conoscenza, un'amnesia pericirconstanziale per l'evento, una contusione al torace, sospette fratture costali, lieve contusione renale destra, escoriazioni al braccio. All'esame neurologico invece non furono riportati deficit che lascino sospettare rilevanti contusioni cerebrali o emorragie intracraniche. Le alterazioni nella sostanza bianca frontale osservate nella recente risonanza magnetica cerebrale invece, anche se lievi, sono state giudicate a ragione compatibili con esiti di "shearing injury". Ho ricercato nell'anamnesi e nei documenti elementi che lasciassero sospettare una patologia epilettica preesistente o manifestatasi dopo il trauma cranico. Quali sintomi sospetti abbiamo episodi con vomito esplosivo che tuttavia si manifestano per lo più in precisi contesti (inizio dei pasti), provocando un ulteriore ritiro sociale, alternati a diversi tipi di severe cefalee episodiche. Indipendenti da queste manifestazioni abbiamo pure improvvise ed inspiegate cadute. Non riscontro invece i ben più frequenti e tipici sintomi usualmente caratteristici di crisi epilettiche parziali, quali

disturbi della vigilanza, disturbi della memoria con transitori episodi amnestici (crisi parziali complesse), non disturbi sensitivi o motori, allucinazioni di tipo visivo, dispercezioni gustative o olfattive, disturbi questi ultimi riscontrati nelle crisi temporali. Manifestazioni gastrointestinali quali il vomito, espressioni di un'epilessia, sono descritte ma rare e per lo più riferibili a lesioni strutturali, temporali-anteriori lateralizzate sull'emisfero non dominante (vedi "Ictus emeticus: further evidence of nondominant temporal involvement"; O. Devinsky e collaboratori; *neurology*, 1995; 45:1158-60). Gli esiti degli esami paraclinici non evidenziano deficit focali: in particolare all'esame neuropsicologico in sede temporale a destra, ed all'esame elettroencefalografico di veglia come pure la registrazione prolungata di video-EEG eseguita all'ospedale _____ non anomalie focali, ed alla risonanza magnetica cerebrale assenza di reperti patologici in sede temporale. In sintesi, il paziente soffre di disturbi psichici e somatici che si sono sviluppati dopo il trauma cranico minore del 1992, riferibili in grossa parte a una sindrome post-traumatica complicata da disturbi psichici e somatici. Le caratteristiche del vomito presentano diversi elementi quali la cronodipendenza all'ingestione di alimenti che appare tipico per manifestazioni di origine psicogena anche senza essere un sufficiente elemento discriminativo. Questi fatti mi inducono a concludere che non abbiamo evidenti elementi anamnestici o paraclinici che permettano di riferire con certezza o probabilità, gli episodi di vomito ad una epilessia post-traumatica. Le più recenti improvvise cadute invece presentano, per quanto valutabile anamnesticamente, diverse caratteristiche compatibili con crisi epilettiche atoniche a possibile partenza frontale. La loro brevità, l'assenza di manifestazioni positive, e l'assenza di uno stato postcritico sono loro caratteristiche che frequentemente portano ad errori di valutazione. Le verosimili caratteristiche dell'impatto al momento dell'incidente, le lievi alterazioni osservate nel complemento di RM cerebrale, a mio giudizio permettono almeno di sospettare un cosiddetto esito di "shearing injury" in sede frontale. L'assenza di alterazioni del ritmo cardiaco o dei parametri pressori nel Test di ortostasi e nella Registrazione Video-EEG 24 h permettono di ritenere inverosimile che la causa di queste cadute sia riferibile ad una disfunzione primaria del sistema autonomo, o poco probabile per una origine cardiaca. L'assenza di alterazioni elettroencefalografiche intercritiche nelle crisi atoniche o frontali risulta invece frequente, in quanto a volte solo la registrazione dell'evento ("critica"), può permettere di evidenziare il focolaio responsabile. Per ricercare delle ev. sincopi di tipo vaso-vagale, si potrebbe praticare ancora un cosiddetto "Tilt Test". Questo esame tuttavia, anche se dovesse risultare patologico, evidenziando una tendenza a sviluppare sincopi di origine vaso-vagale, non permetterebbe di escludere che almeno parte delle cadute sia di origine epilettica, in quanto le sincopi di origine vasovagale sono patologia frequente a volte concomitante. A mio giudizio ritengo quindi possibile che le cadute riferite dal paziente possano essere riferite a crisi epilettiche di tipo atonico. La bassa frequenza delle stesse, nel particolare contesto dei sintomi riferiti dal paziente, appare tuttavia non rilevante e ininfluyente per la valutazione della sua capacità lavorativa. Una prova terapeutica con antiepilettici appare giustificata e potrebbe risultare interessante al fine di migliorare i disturbi del paziente, ma non permetterebbe un'ulteriore precisazione diagnostica in considerazione che parte dei sintomi sono certamente riferibili ad una sindrome depressiva, che anch'essa sarebbe certamente influenzata in modo favorevole dai moderni antiepilettici, ciò che mi ha indotto a rinunciare a questo test terapeutico." (XV 1)

In sintesi, il dottor _____ sostiene che _____ ha riportato, segnatamente, un cosiddetto trauma cranio-cerebrale minore e - tenuto conto della dinamica del noto incidente della circolazione nonché del reperto della RM del 23 luglio 2001 - ha dichiarato

sospettare che egli presenta attualmente degli esiti di " shearing injury " in sede frontale, a cui si sono sovrapposti dei disturbi di natura psichica. Per quel che concerne le improvvise cadute e gli episodi di vomito esplosivo, secondo il succitato neurologo, essi sono soltanto possibilmente riferibili ad una epilessia post-traumatica. Da parte sua, lo psichiatra dottor _____ - presa conoscenza del contenuto del rapporto elaborato dal dottor _____ - ha diagnosticato uno stato dopo trauma cranico leggero (" Mild Head Trauma ") con importanti sequele psichiatriche in forma di depressione maggiore con attacchi di panico e disturbo somatoforme, e sequele somatiche in forma di crisi epilettiche post-traumatiche di tipo atonico in esiti da " shearing injury " (cfr. XV, p. 19). Secondo il perito giudiziario, dunque, _____ è portatore sia di disturbi di natura organica, nella forma di una epilessia in esiti di " shearing injury " ai lobi frontali (cfr. XV, risposta al quesito n. 1 di parte convenuta), sia di disturbi di natura meramente psichica, nella forma di una depressione, di attacchi di panico e di disturbi somatoformi (cfr. XV, p. 20 in fine). Il dottor _____ ha inoltre affermato che i disturbi somatici presentati dall'insorgente costituiscono una naturale conseguenza dell'evento traumatico dell'aprile 1992 (cfr. XV, p. 20 e risposta al quesito n. 3 di parte convenuta). Per quel che riguarda le turbe psichiche, l'esperto designato dal TCA si è invece espresso a proposito della causalità adeguata, ammettendone l'esistenza, nonostante la preesistenza di un disturbo depressivo strutturale di tipo endogeno (cfr. XV, p. 20 e 21). Il perito giudiziario ha così motivato le proprie conclusioni: " Si tratta nel caso del signor _____ di un classico trauma cranico leggero (MHT, GCS 13-15) con importanti sequele psichiatriche che mettono a dura prova sia i clinici sia gli assicuratori per determinarne l'origine e la causalità ma con ulteriori sintomi ascrivibili a un danno cerebrale organico a carico del lobo frontale. La letteratura riguardo al MHT che sembrava propendesse nettamente per una causalità naturale dei disturbi neurovegetativi invalidanti quali la cefalea, il tinnito, disturbi della memoria, della concentrazione e dell'attenzione, disturbi somatoformi, gravi stati depressivi con irascibilità e suicidalità (Binder L. Rattock J., Assessment of the Postconcussive Syndrome after Mild Head Trauma, *Frontiers of Clinical Neuroscience*, Vol. 7, Alan R. Liss Inc., New York 1989, pp. 37-48 - Weiber R., Psychoorganische Störungen nach gedecktem Schädelhirn-Trauma als Unfallfolgen anerkannt, *Schw. Aerztezeitung*, Vol. 73, 1992, pp. 953-6. - Wu j., Positron emission tomography scans for clinical imaging, *American Psychiatric Association*, 152nd Annual Meeting, May 12-20, 1999 - Abdel-Dayem HM, Abu-Judeh H., Kumar M., Atay S., Naddaf S., El-Zaeftawy H., Luo Jo.: SPECT brain perfusion abnormalities in mild or moderate traumatic brain injury, *Clin. Nucl. Med.* 23 (5), May 1998, 309-17), denota negli ultimi anni (Margulies S., The postconcussion syndrome after Mild Head Trauma: is brain damage overdiagnosed? Part 1, *Journal of Clinical Neuroscience*, Vol. 7, 5, 2000 - Meienberg O., Schleudertrauma der Halswirbelsäule, *Forum Med. Suisse*, 8, 2001) una nuova impostazione che confuta l'iniziale entusiasmo riguardo alle nuove tecniche d'immagine quale la tomografia a emissione di positroni (PET). Non è quindi facile prendere posizione riguardo ad una sindrome clinica causa di notevoli incertezze nel mondo accademico sia medico che giuridico. Nel caso del Signor _____, la presenza di un referto oggettivo di esiti da " shearing injury " a carico dei lobi frontali, pone ulteriori difficoltà di valutazione dell'intera sintomatologia lamentata. La presenza di un danno cerebrale organico che in questo caso spiega almeno una parte della sintomatologia accusata dal peritando e in particolare le improvvise cadute, aumenta ulteriormente il dubbio diagnostico per quanto riguarda l'origine organica o psicogena dei disturbi psichiatrici stessi, lamentati dal peritando. Se una parte della letteratura tende a

spiegare qualsiasi disturbo dell'adattamento psicologico come conseguenza del danno cerebrale organico anche se ultramicroscopico, altri lavori non si azzardano a fare questo passo teorico, cercando di mantenere separate le competenze dello psichiatra e del neurologo. La chiarificazione dell'antitesi fra psiche e Soma infatti è lungi dall'essere risolta e rappresenta nel campo medico uno degli argomenti più interessanti e misteriosi. Nel caso del peritando comunque la componente somatica è caratterizzata dal danno cerebrale oggettivato alla Risonanza nucleare con sintomatologia epilettica che ha un rapporto di causalità naturale con il trauma cranico del 1992; la componente psichica è rappresentata dalla grave sintomatologia depressiva e somatoforme che ha, a mio avviso, un rapporto di causalità adeguata con il trauma. La causalità adeguata è ragionevolmente proponibile per la presenza di numerosi criteri riconosciuti: il grado di severità dell'infortunio subito, in questo caso perlomeno di grado medio se non grave, la concomitante presenza di circostanze drammatiche dell'incidente stesso (alta velocità, impatto frontale), la presenza di gravi lesioni solo ora oggettivate nella forma di una epilessia post-traumatica di origine organica in particolare a carico dei lobi frontali, il criterio di cura medica errata dal momento che questa diagnosi non è stata mai considerata né tantomeno curata (medicamenti antiepilettici). Il dilemma diagnostico e giuridico è ancora più complesso se si considera il disturbo pre-morbo accusato dal peritando. Tale disturbo infatti, non è a mio avviso di valore trascurabile. Se il test di Roschach evidenzia la rigidità e l'importante controllo che il peritando esercita sulla propria vita emozionale, l'esame clinico dimostra quanto questa emozionalità a sua volta abbia caratteristiche impulsive, addirittura esplosive. L'affettività stessa risulta essere decisamente instabile e l'anamnesi rivela che queste caratteristiche erano già presenti nel passato. È interessante la testimonianza del figlio che descrive il padre come persona da sempre introversa, aspetto assolutamente mascherato nei rapporti del peritando con il mondo esterno (da qui la sensazione di "perversione" intravista al proiettivo di Roschach: in verità per Bergeret questo termine descrive un individuo che "finge di essere normale, maturo, genitale" nascondendo una impulsività sessualmente infantile). Scopriamo inoltre nell'anamnesi che il peritando ha sofferto di uno stato depressivo importante e duraturo (due anni) in conseguenza al rocambolesco divorzio dalla moglie. Tutti questi segnali mi permettono di ipotizzare con sufficiente certezza un disturbo depressivo strutturale di tipo endogeno. Le conseguenze psichiche e somatiche del trauma non hanno fatto altro che "slatentizzare", "infiammare" tale difetto con il risultato di fare emergere un grave quadro depressivo maggiore con concomitanti sintomi quali l'attacco di panico e il disturbo somatoforme, molto frequenti nei depressi endogeni. Malgrado ciò ribadisco il rapporto di causalità adeguata esistente fra i sintomi psichici lamentati dal sig. _____ ed il trauma subito nell'aprile 1992 per le ragioni sopra descritte. Attualmente le condizioni di salute del Signor _____ sono preoccupanti, egli lamenta un disturbo depressivo grave ed è a mio avviso assolutamente inabile al lavoro. Il quadro psichiatrico caratterizzato da disturbo somatoforme, sindrome di attacchi di panico parallelo al quadro neurologico di crisi epilettiche atoniche, non solo ne precludono una capacità di profitto ma rappresentano anche un pericolo per la vita stessa. Con il Dr. _____ e con il Dr. _____ abbiamo discusso l'introduzione di un medicamento antiepilettico (Carbamazepina) che potrebbe lenire notevolmente le sofferenze del peritando. I medicinali antiepilettici sono inoltre notoriamente usati nei casi di instabilità affettiva e depressione. Un eventuale successo terapeutico non darebbe ulteriori risposte al dubbio diagnostico e scientifico circa l'esatta origine (psicogena o organica) dei sintomi psichiatrici lamentati dal peritando. Per questa ragione non aspetto l'esito terapeutico per

concludere questa mia perizia avendo a mio avviso sufficienti elementi per una conclusione." (XV, p. 19-22) 2.7. Con le proprie osservazioni del 18 dicembre 2001, la _____ ha censurato, in più punti, il referto peritale elaborato dal dottor _____ ed ha quindi postulato che il TCA abbia ad ordinare l'allestimento di una superperizia (cfr. XXIII). Unitamente alle suddette osservazioni, l'assicuratore LAINF ha versato agli atti della nuova documentazione medica: da un lato, il rapporto 7 dicembre 2001 del radiologo _____ (cfr. doc. _) e, dall'altro, il referto 3 dicembre 2001 della dottoressa _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia (cfr. doc. _). Il radiologo _____ - a cui sono state sottoposte sia le lastre relative alla RM eseguita il 20 agosto 1999 presso l'Ospedale regionale di _____, sia quelle relative alla RM del 23 luglio 2001 - ha escluso che le medesime evidenzino delle lesioni cerebrali post-traumatiche: " Risonanza magnetica cerebrale del 20 agosto 1999 : Non vi sono ematomi sub-durali o intra-cerebrali recenti e non vi è alcuna evidenza per raccolte emosideriniche intracerebrali riferibili ad ematomi od emorragie pregresse. Non vi è alcuna evidenza per infarti corticali o profondi di data recente, né per processi espansivi. Segnalo la presenza di piccoli focolai di leucopatia in sede sotto corticale frontale destra (circonvoluzione frontale superiore) così come anche in sede periventricolare e sotto corticale frontale sinistra. Un piccolo referto analogo è presente anche in corrispondenza dei corni occipitali dei due ventricoli laterali ed in sede sotto corticale in zona parieto occipitale in ambo i lati. Reperti di questo tipo sono di frequente occorrenza nella fascia d'età a cui il paziente appartiene e, sebbene aspecifici e pertanto riferibili ad alterazioni di origine diversa, sono generalmente privi di correlazione con deficit cognitivi o alterazioni neurologiche a focolaio. La possibilità che questi focolai siano attribuibili a danno assonale post-traumatico (cosiddetta shear injury) mi sembra alquanto remota. I motivi sono due: 1) non vi sono segni per emorragie pregresse; 2) lesioni tipo shear injury sono clinicamente apprezzabili solo in pazienti che hanno subito traumi gravi d'abitudine accompagnati da perdita di conoscenza. Vi è un leggero approfondimento dei solchi e delle scissure lungo la convessità dei due emisferi, reperto da inquadrare nell'ambito di un iniziale "aging brain". Menziono, come reperto collaterale, la presenza di pseudo cisti da ritenzione in corrispondenza della base dei due seni mascellari e di piccole cisti di Thornwald in corrispondenza dell'epifaringe. Conclusioni : non vi è evidenza per processi espansivi, raccolte emorragiche o lesioni ischemiche intracerebrali di data recente. Risonanza magnetica cerebrale del 23 luglio 2001 (_____) : Non vi è evidenza per ematomi sub-durali o intra-cerebrali e non vi sono alterazioni specifiche per focolai emosiderinici riferibili ad emorragie pregresse. Non vi è evidenza per processi espansivi. Segnalo la presenza di piccoli focolai di leucoaraiosi in sede periventricolare (prevalentemente corni frontali) e sotto corticali in ambo i lati, per la interpretazione dei quali mi rimetto a quanto già segnalato a proposito della risonanza magnetica del 20 agosto 1999. Vi è un certo approfondimento dei solchi e delle scissure lungo la convessità dei due emisferi, reperto compatibile con iniziale "aging brain". Buona rappresentazione del seno sagittale superiore e dei suoi principali affluenti, che sono pervi. Pertanto, non vi è alcuna evidenza per trombosi venosa intra-cerebrale o comunque a livello dei principali seni venosi. Conclusioni : non vi è evidenza per ematomi sub-durali o intracerebrali, processi espansivi o lesioni ischemiche intracerebrali di data recente." (doc. _) La psichiatra _____, da parte sua - dopo esame degli atti messi a sua disposizione - ha contestato la fondatezza della valutazione enunciata dal perito giudiziario riguardo tanto alla diagnosi quanto all'eziologia dei disturbi accusati da _____: " Il paziente viene coinvolto in un incidente della circolazione il 14 febbraio 1992, spettacolare ma di lieve entità, senza gravi

feriti, senza morti e per lui stesso di entità non grave, senza lesioni corporee maggiori. Dubbia commotio cerebri, nessun trauma cranico e nessuna contusione cerebrale diagnosticata. Non evidenziabile nessuna amnesia anterograda (vedi rapporto di polizia). Eventualmente brevissima perdita di conoscenza con amnesia circostanziata legata allo shock emotivo e allo stress dell'incidente. TAC cerebrale del 1992 nella norma, esame neuro-psicologico dell'inizio 1993 (vedi Dr. _____) nella norma, egli parla di un quadro depressivo da sindrome da shock emotivo ed esclude la relazione con contusione o commozione cerebrale per quanto all'esame testistico. L'assicurato viene licenziato dal _____. Di questo licenziamento parla solo il Dr. _____ nel suo breve resoconto anamnestico, il Dr. _____ non menziona la modalità della perdita di questo posto di lavoro che per l'assicurato era importante in quanto a suo dire lo gratificava sia come lavoro sia come condizione economica (era ben remunerato). Seguito psicologicamente per questa sindrome depressiva dal Dr. _____, lavora dalla fine del 1993 al 50%, inizio 1994 al 75% ... progressivamente riprende la capacità lavorativa fino al 1998, lavorando con un amico gerente di un ristorante con il quale rimane fino al decesso dello stesso. Possiamo considerare al limite, malgrado il fatto che l'infortunio in sé non era di entità tale da causare una sindrome post-traumatica da stress, che comunque si tratti di questa sindrome vista l'età dell'assicurato, la perdita del posto di lavoro e la personalità preesistente. Questa sindrome si conclude all'inizio del 1994, in seguito sopraggiungono diversi altri problemi di salute descritti nel certificato medico da me evocato (vedi resoconto atti del Dr. _____). Nel 1998 avviene il lutto dell'amico ed il licenziamento, ossia nuovamente la perdita del posto di lavoro, all'età di cinquantanove anni, Dalla perizia del Dr. _____ emerge una vita affettiva caotica per anni, dopo il divorzio, con relazioni brevi e instabili. Sappiamo che egli si risposa senza altre precisazioni e sappiamo che cambia cantone tentando un'attività in proprio con l'amica di origine _____ che poi diventa sua moglie. Non sappiamo nulla sulla vita di coppia e sessuale del paziente, non sappiamo neppure nulla sul suo consumo d'alcool che potrebbe essere aggravato dalla sua professione in quanto dal 1994 egli lavora gestendo bar e ristoranti (professione al alto rischio per il consumo etilico). Le cadute inspiegabili potrebbero essere indotte anche dal consumo alcolico. Sappiamo unicamente che fuma tanto, all'incirca due pacchetti di sigarette al giorno. L'esame neurologico del 1999 del _____, la risonanza magnetica da lui effettuata all'Ospedale _____ con angio-risonanza magnetica e doppler duplex degli assi vascolari precerebrali, transcranici e vertebrobasilari globalmente appaiono tutti nella norma tranne una sclerosi vascolare moderata legata probabilmente anche all'età del soggetto che al momento dell'esame ha sessant'anni. Le crisi di vomito descritte dall'assicurato neurologicamente inspiegabili, non sono state investigate ulteriormente dal profilo internistico. Si potrebbe discutere le diagnosi differenziali di sintomatologia esofagea di tipo discinesie, diverticolo di Zencker, ernia iatale, ecc. Questi aspetti non sono stati investigati. Per quanto alle cadute inspiegabili senza perdita di coscienza né prodromi di tipo epilettico, nessun esame paraclinico di tipo elettroencefalografico avrebbe confermato l'esistenza di queste crisi, rimanendo l'epilessia un'ipotesi. Si potrebbe trattare, come asseriva il _____ nel 1999, di Drop-Attacks oppure di sincopi. L'ipotesi diagnostica della shearing injury che condurrebbe all'epilessia atonica senza un trauma cranico né contusione cerebrale, con dubbia commotio cerebri a mio parere è da scartare completamente. In conclusione, la sintomatologia attualmente descritta e in corso corrisponde ad un'evoluzione depressiva ricorrente (F33 dell'ICD 10) in disturbo di personalità emotivamente instabile (F60 dell'ICD 10), con un'eventuale evoluzione verso una nevrosi da compenso. Non esiste alcun nesso di causalità naturale con

l'infortunio del 1992 dal 1998 in poi ." (doc. __, p. 8-10 - la sottolineatura è del redattore).

2.8. In caso di perizia giudiziaria, il giudice - di regola - non si scosta, senza motivi imperativi dalle conclusioni del perito medico, il cui ruolo consiste, appunto, nella messa a disposizione della giustizia della propria scienza medica per fornire un'interpretazione scientifica dei fatti considerati (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3b/aa e riferimenti ivi menzionati). Il giudice può nondimeno disattendere le conclusioni del perito giudiziario nel caso in cui il rapporto peritale contenesse delle contraddizioni oppure sulla base di una controperizia richiesta dal medesimo tribunale, che porti ad un diverso risultato (DTF 101 IV 130). Il giudice può scostarsene anche nel caso in cui, fondandosi sulla diversa opinione di altri esperti, ritiene di avere sufficienti motivi per mettere in dubbio l'esattezza della perizia giudiziaria. Merita tuttavia di essere sottolineato che il perito giudiziario ha uno statuto speciale nel senso che egli esercita, in virtù del mandato giudiziario che lo sottopone alla comminatoria di cui all'art. 307 del Codice penale, una funzione qualificata al servizio della giustizia (cfr. RAMI 2001 U 422, p. 113ss., nonché dottrina e giurisprudenza ivi citate). In casu , tutto ben considerato, questa Corte ritiene di non potere seguire il dottor _____ a, nella misura in cui, fondandosi essenzialmente sul referto del dott. _____ afferente alla RM cerebrale del 23 luglio 2001, egli ha considerato accertata la presenza di esiti di " shearing injury " a livello dei lobi frontali, con conseguente sintomatologia epilettica (nella forma d'improvvisate cadute e di attacchi di vomito esplosivo). Innanzitutto, il dottor _____ è stato il primo e soprattutto l'unico radiologo ad oggettivare delle lesioni di natura traumatica a livello cerebrale. Infatti, né la TAC cerebrale effettuata nell'ottobre del 1992 presso l'Istituto di radiologia medica e di medicina nucleare di _____(cfr. doc. __), né la RM cerebrale con angio-RM eseguita il 20 agosto 1999 presso il Reparto di radiologia diagnostica dell'Ospedale regionale di _____ (cfr. doc. XV 5), avevano messo in luce simili lesioni. Il dottor _____, anch'egli specialista in radiologia, ha in sostanza rimproverato al dottor _____ d'aver erroneamente interpretato il reperto della RM cerebrale ed ha finalmente espresso un apprezzamento analogo a quello dei dottori _____ e _____, entrambi _____ presso il succitato Reparto dell'Ospedale regionale di _____ (cfr. doc. __). In secondo luogo, il dottor _____ - neurologo consultato direttamente dal perito giudiziario - ha dichiarato che le lievi alterazioni osservate nel complemento di RM cerebrale, unitamente alle modalità secondo cui è avvenuto il noto incidente della circolazione, permettono semplicemente "... di sospettare un cosiddetto esito di "shearing injury" in sede frontale" (cfr. XV 1, p. 8 - la sottolineatura è del redattore). D'altro canto, sempre secondo lo specialista in neurologia, è semplicemente possibile che la sintomatologia presentata da _____ (improvvisate cadute ed episodi di vomito) sia riconducibile ad una patologia epilettica (cfr. XV 1, p. 8: "Questi fatti mi inducono a concludere che non abbiamo evidenti elementi anamnestici o paraclinici che permettano di riferire con certezza o probabilità, gli episodi di vomito ad una epilessia post-traumatica" e p. 9: "A mio giudizio ritengo quindi possibile che le cadute riferite dal paziente possano essere riferite a crisi epilettiche di tipo atonico"). In questo ordine di idee, si ricorda pure che il dottor _____, _____ di neurologia presso l'Ospedale regionale di _____, in occasione della consultazione del 16 agosto 1999, aveva affermato, fra l'altro, che delle complicazioni post-traumatiche avrebbero potuto difficilmente spiegare i sintomi accusati dall'insorgente (cfr. XV 3, p. 3). Da parte sua, il dottor _____ - andando decisamente oltre la valutazione enunciata dal dottor _____ (il quale, come poc'anzi detto, si è pronunciato in termini di mera possibilità) - ha invece dato per certo, da

un canto, che il ricorrente è portatore di esiti di " shearing injury " a livello frontale e, dall'altro, che parte della sintomatologia da lui lamentata è riferibile a queste lesioni organiche (cfr., ad esempio, XV, risposta ai quesiti n. 1 e 3 di parte convenuta). Infine - così come segnalato alla dott.ssa _____ nel suo referto del 3 dicembre 2001 (cfr. doc. __, p. 8: "Ritengo che il test neuropsicologico effettuato dalla Dr.ssa _____ nel febbraio del 2001 parla contro l'ipotesi delle sequele del shearing injury del lobo frontale, in quanto il test neuropsicologico è praticamente nei limiti della norma e le alterazioni sono lievi e aspecifiche, possono benissimo corrispondere ad un'evoluzione depressiva"), opinione che non trova smentita nei referti dei dottori _____ e _____ - il disturbo, peraltro lieve, evidenziato grazie alla valutazione neuropsicologica eseguita dalla dott.ssa _____, non è specifico per una lesione a carico del lobo frontale (cfr. rapporto 22.2.2001 della dott.ssa _____ accluso a XV 1). Del resto, già lo psicologo dottor _____, autore della perizia del 3 maggio 1993, aveva affermato che i risultati dei test neuropsicologici allora eseguiti, lasciavano difficilmente concludere all'esistenza di una contusio cerebri (doc. __, p. 6: "Wie die medizinischen Untersuchungsergebnisse und die neuropsychologischen Testungsergebnisse zeigen, ist kaum mit einer Contusio cerebri zu rechnen"). Alla luce di quanto precede, il TCA è dell'avviso che, in concreto, siano soddisfatti i presupposti per dubitare dell'affidabilità delle conclusioni a cui è pervenuto il perito giudiziario e, in definitiva, per scostarsene, nella misura - lo si ripete - in cui egli ha considerato accertato che una parte della sintomatologia lamentata da _____ (specificatamente, le cadute e gli episodi di vomito esplosivo) ha un'origine organica (esiti di " shearing injury " a livello del lobo frontale).

2.9. Dopo attenta valutazione dell'insieme della documentazione medica presente all'inserito, lo scrivente Tribunale può ammettere che _____, in occasione dell'infortunio del 14 aprile 1992, ha lamentato, segnatamente, un trauma cranio-cerebrale minore (" mild brain injury "), accompagnato da un'amnesia pericircostanziale per l'evento nonché da una sospetta perdita della conoscenza di breve durata (in ogni caso ampiamente inferiore alle 24 ore), definizione che coincide con la nozione di commotio cerebri ("Hirnerschütterung"). Indicazioni in questo senso le si ritrovano, in particolare, nella documentazione richiamata dal perito giudiziario dall'Ospedale distrettuale di _____, nosocomio dove all'assicurato sono state prestate le prime cure (cfr. XV 2), nella perizia del 16 giugno 1999 del dottor _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia presso l'Institut für Medizinische _____ (cfr. doc. __, p. 14) e, infine, anche nella perizia giudiziaria elaborata dal dottor _____, con l'ausilio del neurologo dottor _____ (cfr. XV, p. 19: "Stato dopo trauma cranico leggero (Mild Head Trauma) ..." e XV 1, p. 7). Questa Corte - in una sentenza del 4 gennaio 2000 nella causa L., inc. n. 35.1999._ - ha già avuto modo di giudicare il caso di un assicurato che, a seguito di una caduta da un'impalcatura alta circa due metri, aveva riportato, fra l'altro, proprio un trauma cranio-cerebrale minore. Anche in quella fattispecie, il TCA aveva ordinato una perizia giudiziaria, affidandone l'allestimento al dottor _____, _____ medico del Dipartimento di neurologia presso l'_____ nonché medico aggiunto presso il Servizio di neurologia dell'Ospedale _____. Con il suo referto peritale del 26 agosto 1999, il dottor _____ aveva descritto - in maniera estremamente chiara - quali sono le implicazioni a lungo termine di un trauma cranio-cerebrale minore: " Une majorité des cliniciens s'accorde avec les notions résumées et exprimées en 1995 par _____ (cf. réf. 4). Il s'agit d'une lésion organique cérébrale qui peut entraîner à long terme des conséquences neuropsychologiques et un déséquilibre à caractère affectif, y compris un état dépressif, et donc d'origine organique. Habituellement, ces conséquences

s'estompent au cours des deux ans qui suivent le traumatisme. Au cours de la période post-traumatique, les conséquences à caractère souvent subjectif sont dénommées "syndrome subjectif post-commotionnel". Au fil du temps, en cas de persistance des troubles, apparaît une composante réactionnelle, liée au vécu du traumatisme et de ses suites, sans rapport avec les conséquences de l'atteinte organique. Cette composante réactionnelle est très vraisemblablement prédominante en cas de persistance des troubles au-delà de la deuxième année post-traumatique. Enfin, la distinction entre composante organique et réactionnelle a été et reste clinique. Elle ne peut être faite à l'aide d'examen paracliniques: ces examens permettent tout au plus d'étayer l'absence de lésions cérébrales focalisées importantes, éléments non négligeables dans la discussion du diagnostic différentiel. Cette discussion n'a toutefois pas de place dans ce contexte d'expertise." (STCA succitata, consid. 2.5.)

Ovviamente, tali indicazioni - che trovano il loro fondamento nella letteratura specialistica - hanno una valenza che va al di là del caso di specie e, pertanto, esse possono essere utilizzate anche nel caso sub iudice. Del resto, dei concetti analoghi sono stati pure enunciati dallo psichiatra dottor _____, nella perizia del 16 giugno 1999 allestita per conto della _____: " (...). Nach neuerer Nomenklatur liess sich auch von einem leichten Hirntrauma, welches in der international gebräuchlichen Skala der Verletzungsschwere AIS dem Grad AIS 1 (leichte Verletzung) bis AIS 2 (mässige Verletzung) zuzuordnen ist, sprechen, d.h. die Bewusstlosigkeit von Herrn _____ dauerte maximal eine Stunde, und liessen sich in der Folge keine neurologischen Symptome feststellen, sodass von einer vollständigen Ausheilung innert weniger Wochen bis höchstens Monaten auszugehen ist. Eine volle Arbeitsfähigkeit wird üblicherweise nach vier Wochen erreicht. Eine länger als ein halbes Jahr anhaltende messbare Beeinträchtigung der Hirnleistungsfunktionen ist bei leichten Hirntraumata nicht zu erwarten. In casu, d.h. maximal einige Wochen nach dem Unfallereignis, reisst die Kausalkette ab, da Gehirnerschütterungen, ohne Gewebsschädigungen des Gehirns nicht geeignet sind, Dauerfolgen zu hinterlassen und nur der objektiv belegbare und damit in der Befunderhebung reproduzierbare unfallbedingte Körperschaden die Möglichkeit einer Bewertung desselben zur Begründung einer Entschädigung resp. Versicherungsleistungen eröffnet. Trotzdem wurden mehrere Monate später einige unspezifische Symptome des Versicherten wie Adymie, Impotenz, Müdigkeit, Vergesslichkeit, etc., entgegen des aktuellen Wissensstandes, bzw. des verführerischen Denkens des "post hoc-ergo propter hoc" erliegend, dem Unfallereignis vom 14. April 1992 angelastet. Das die oben genannten unspezifischen Symptome umfassende sogenannte "Allgemeinsyndrom" heilt nach leichten Hirntraumata mit oder ohne Substanzschädigung des Gehirn zumeist innert Wochen, längstens aber nach zwei Jahren aus und beeinträchtigt die Arbeitsfähigkeit für maximal ein Jahr zu höchstens 20%. Sollten Symptome dieses "Allgemeinsyndroms" länger anhalten, so sind sie nicht mehr hirnorganisch, sondern allenfalls psychoreaktiv bedingt. Unabhängig von der Schwere des Schädel-Hirntraumas sind nach zwei Jahren keine Zustandsänderungen mehr zu erwarten, d.h. weder nennenswerte Verbesserungen noch Verschlechterungen, ausser, sie hätten eine andere Ursache." (doc. __, p. 14-15 - la sottolineatura ed il grassetto sono del redattore) ed ancora rispondendo al quesito n. 9: " Nein. Ein derart leichtes Hirntrauma, wie es Herr _____ erlebt hat - wobei man sich nur auf seine subjektiven Angaben stützen kann -, ist nach wenigen Wochen bis Monaten, längstens aber nach zwei Jahren vollständig ausgeheilt. Die heute geltend gemachten, leichten, unspezifischen und nicht objektivierbaren psychischen Symptome," (doc. __, p. 22 - la sottolineatura é del redattore) In esito a quanto precede, valutando i fatti secondo il

consueto criterio della verosimiglianza preponderante (cfr. DTF 125 V 195 consid. 2 e riferimenti; cfr., pure, Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 320, A. Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Zurigo 1995, p. 338 e G. Scartazzini, Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale, Basilea 1991, pag. 63), il TCA ritiene dimostrato che - trascorsi più di 7 anni dalla data del trauma cranio-cerebrale minore - i disturbi accusati da _____ non possano più essere inquadrati nell'ambito di una cosiddetta "sindrome soggettiva post-commozionale": essi sono l'espressione di un grave stato depressivo, accompagnato da somatizzazioni invalidanti e, quindi, non la conseguenza di una lesione traumatica a livello del sistema nervoso centrale. 2.10. Per il TCA non rimane che valutare la questione a sapere se fra i disturbi psichici di cui è portatore l'insorgente e l'evento infortunistico dell'aprile 1992, esista o meno un nesso di causalità naturale ed adeguata. Va immediatamente sottolineato che - dopo aver diagnosticato, da un profilo psichico, una depressione maggiore, degli attacchi di panico nonché dei disturbi somatoformi - il dottor _____ si è pronunciato a proposito della causalità adeguata, anziché riguardo a quella naturale: " (...); la componente psichica è rappresentata dalla grave sintomatologia depressiva e somatoforme che ha, a mio avviso, un rapporto di causalità adeguata con il trauma. La causalità adeguata è ragionevolmente proponibile per la presenza di numerosi criteri riconosciuti: il grado di severità dell'infortunio subito, in questo caso perlomeno di grado medio se non grave, la concomitante presenza di circostanze drammatiche dell'incidente stesso (alta velocità, impatto frontale), la presenza di gravi lesioni solo ora oggettivate nella forma di una epilessia post-traumatica di origine organica in particolare a carico dei lobi frontali, il criterio di cura medica errata dal momento che questa diagnosi non è stata mai considerata né tantomeno curata (medicamenti antiepilettici)." (XV, p. 20-21) Così come pertinentemente osservato dall'assicuratore LAINF convenuto (cfr. XXIII), quella dell'adeguatezza del nesso di causalità, è una questione di natura squisitamente giuridica che, in quanto tale, va risolta dall'amministrazione, rispettivamente, in caso di contenzioso, dal giudice delle assicurazioni sociali. Per questa ragione, all'apprezzamento espresso a tale riguardo dal perito giudiziario, non può essere riconosciuto valore probante alcuno. Dall'incarto emerge che altri specialisti in psichiatria hanno avuto modo di esprimersi in merito alle turbe psichiche accusate dall'assicurato. Le loro opinioni sono tuttavia lungi dall'essere concordanti. Da un canto, il dottor _____ dell'_____ ha affermato che _____ presenta dei disturbi aspecifici, in parte conciliabili con la sua età, cosicché una diagnosi compatibile con il codice diagnostico ICD-10 non potrebbe essere posta. Sempre a mente del succitato specialista, i disturbi psichici lamentati dall'insorgente non costituirebbero comunque più una probabile conseguenza naturale dell'infortunio assicurato (cfr. doc. __, risposta ai quesiti n. 3 e 4). D'altro canto, lo psichiatra curante del ricorrente, il dottor _____, nei diversi certificati presenti agli atti, ha attestato la presenza di un disturbo psico-organico dopo trauma cranio-cerebrale nonché di un disturbo ansio-depressivo reattivo (cfr., ad esempio, il doc. __). Nondimeno, egli non ha approfondito l'aspetto eziologico, limitandosi sostanzialmente ad affermare che le turbe psichiche lamentate sono insorte posteriormente all'infortunio dell'aprile 1992 (cfr. doc. __: "(...). Egli, fino al momento dell'incidente della circolazione verificatosi in data 14.04.92, non ha mai presentato problemi neurologici, psichiatrici né tantomeno di natura medica tali da richiedergli una sospensione della propria attività lavorativa. Dopo l'incidente, la sua situazione si è invece radicalmente mutata e ciò nonostante le adeguate prese a carico neurologiche, psicoterapeutiche ed internistiche (...).

Anamnesticamente è dimostrabile che il degrado personale, lavorativo, aziendale ed economico è sopraggiunto in chiara relazione temporale con l'incidente della circolazione. (...). Ritengo che questi elementi siano più che sufficienti per dimostrare che l'incidente della circolazione (anche se di per sé relativamente modesto nelle conseguenze visibili) ha comportato per il paziente un'alterazione completa delle sue capacità dirigenziali, delle sue competenze gestionali e delle sue facoltà di concentrazione e d'attenzione. Da allora ha sviluppato una serie di sintomi mai presentati in precedenza: cefalee, vomiti improvvisi, disturbi di memoria (non era, e non è, più in grado di tenere a mente le ordinazioni dei clienti), irascibilità con il personale, diminuita tolleranza ai momenti di frustrazione, apatia, indifferenza e necessità di riposo durante le ore pomeridiane"). Vi è, infine, il rapporto del 3 dicembre 2001 della dott.ssa _____, anch'essa spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, secondo la quale può essere ammesso che _____, a seguito del noto incidente della circolazione, ha sviluppato una sindrome post-traumatica da stress, i cui effetti si sono però esauriti già a partire dall'inizio del 1994. A far tempo dal 1998, anno in cui l'insorgente è entrato in cura dal dottor _____, le sue turbe psichiche - una evoluzione depressiva ricorrente (F 33 - ICD10) in disturbo di personalità emotivamente instabile (F 60 - ICD10) - non sarebbero più riconducibili all'evento infortunistico del 14 aprile 1992 (cfr. doc. _). Lo scrivente TCA ritiene, da parte sua, di potersi esimere dall'esaminare più da vicino il tema della causalità naturale, poiché, così come verrà meglio dimostrato ai seguenti considerandi, l'adeguatezza del nesso di causalità, aspetto di natura giuridica che deve essere valutato alla luce dei criteri sviluppati nella DTF 115 V 133ss. (cfr. consid. 2.5. in fine), non può, in ogni caso, venir ammessa (cfr. STFA del 20 dicembre 1994 nella causa I., inedita). 2.11. Occorre, avantutto, procedere alla classificazione dell'infortunio occorso all'insorgente. La dinamica del succitato evento traumatico risulta dal rapporto di polizia e, d'altronde, non è mai stata oggetto di discussione fra le parti: " Unfallhergang (Bericht) (...). Dienstag, 14.4.1992, ca. 12.35, fuhr A1 [l'autovettura condotta dall'assicurato, n.d.r.] von Meiringen kommend auf der Autostrasse N8 Richtung Interlaken. Seine Geschwindigkeit betrug ca. 100 Km/h. Aus ungeklärten Gründen geriet der PW vor dem Giessbachtunnel ins Schleudern, d.h. verschiedene Druckspuren wurden auf der Fahrbahn festgestellt. Es wird auf Aufnahmen des Unfalldienstes verwiesen. Zum gleichen Zeitpunkt waren B2 und B3 von Interlaken herkommend Richtung Brienz unterwegs. Es herrschte wenig Verkehr, d.h. andere Fahrzeuge befanden sich nicht in unmittelbarer Nähe. Mit einer Geschwindigkeit von ca. 80 km/h und einem Abstand von 80-100 m fuhren sie durch den Giessbachtunnel. In der langgezogenen Rechtskurve beim Tunnelende stellten sie fest, dass ihnen der schleudernde PW A1 entgegenrutschte. B2 und B3 leiteten eine Vollbremsung ein. Eine Frontalkollision zwischen A1 und B2 konnte nicht mehr verhindert werden. B3 wurde ebenfalls überrascht und kollidierte vorne mit dem in der Zwischenzeit auf die Seite gekippten PW A1. A1 und B2 wurden mit der Ambulanz ins Spital _____ überführt." (doc. _) A causa del sinistro, _____ ha riportato una commotio cerebri , una contusione al fianco, una leggera contusione al rene destro, una sospetta frattura della IV e V costa a destra ed escoriazioni al braccio destro (cfr. doc. _ - rapporto d'uscita 28.4.1992 dell'Ospedale di _____). Dagli atti di causa emerge inoltre che l'assicurato ha pure lamentato una bruciatura agli occhi provocata dal contatto con una sostanza acida, guarita senza particolari conseguenze (cfr. doc. _). Secondo quanto comunicato agli inquirenti dal dottor _____, _____ presso il succitato istituto di cura, durante i sette giorni di degenza, l'insorgente è stato sottoposto a sorveglianza neurologica, nonché a misura terapeutiche puramente conservative. _____ non si è

peraltro mai trovato in pericolo di morte (cfr. doc. _). Alla luce della dinamica dell'evento e delle lesioni riportate, l'infortunio occorso a _____ non può essere classificato fra quelli leggeri ma neppure fra quelli gravi: si tratta, a mente del TCA, di un infortunio di media gravità all'interno della categoria media. Del resto, confrontati a fattispecie analoghe, tanto questa Corte quanto il TFA hanno proceduto a delle identiche classificazioni. Vedi ad esempio: - STFA del 31 marzo 1994 nella causa M. St., U 119/91, concernente un incidente della circolazione in cui l'automobile dell'assicurato, a seguito di un tamponamento, è uscita di strada verso sinistra, ha urtato un palo, si è girata di 180° ed ha terminato la sua corsa dopo circa 7 metri; - STFA del 7 agosto 1996 nella causa H., U191/95, riguardante un incidente in cui l'autovettura guidata dal marito dell'assicurata è uscita di strada, è salita su di una scarpa e si è rovesciata sul tetto; - STFA dell'11 novembre 1998 nella causa R., U 67/97, riguardante uno scontro frontale fra due autovetture, a seguito del quale l'interessato ha riportato una commotio cerebri, un trauma lombare ed una contusione al torace; - STCA del 23 novembre 1998 nella causa V.-R., inc. n. 35.1996.139 - confermata dal TFA con sentenza del 18 giugno 1999, U 45/99 - concernente un incidente della circolazione in cui il veicolo su cui viaggiava l'assicurata si è frontalmente scontrato con un'autovettura condotta da un individuo in stato d'ebrietà; - STFA del 19 febbraio 1999 nella causa D., U 115/98, concernente un incidente della circolazione stradale in cui l'autovettura sulla quale si trovava l'assicurato è uscita di strada, si è capovolta tre o quattro volte ed ha terminato la propria corsa ad una distanza di ben 42 metri. L'assicurato ha riportato diverse ferite lacero-contuse al volto, al naso ed alla regione della gola, nonché la frattura aperta della mascella inferiore e la frattura della testa della mascella a sinistra; - STCA del 22 aprile 1999 nella causa K., inc. n. 35.1998.5, riguardante un incidente della circolazione stradale in cui l'assicurato, al volante della propria autovettura, stava urgentemente trasportando all'ospedale il figlio in preda ad una crisi epilettica, quando, nel superare due automobili che lo precedevano, è entrato in collisione con la parte anteriore destra di una vettura proveniente in senso inverso. A seguito del violento scontro, l'assicurato ha riportato essenzialmente un trauma distorsivo al rachide cervicale; - STCA del 17 aprile 2001 nella causa G., inc. n. 35.1999.135, concernente un incidente della circolazione stradale, avvenuto sul tratto autostradale Lugano-Chiasso, in cui l'autovettura condotta dal ricorrente ha iniziato una manovra di sorpasso ad una velocità di circa 110/120 km/h, allorquando la vettura che stava per essere superata si è, anch'essa, improvvisamente spostata sulla corsia di sorpasso. Onde evitare uno scontro, l'assicurato ha sterzato bruscamente verso sinistra, entrando con le ruote nel manto erboso laterale. A questo punto, il conducente ha perso la padronanza del veicolo, il quale, sbandando, ha attraversato la carreggiata ed è andato a collidere contro il guardrail di destra. L'automobile ha terminato la propria corsa, più avanti, sulla corsia di sorpasso. L'assicurato ha riportato una commotio cerebri con amnesia pericircostanziale completa e diverse contusioni, in particolare a livello del rachide cervicale e della spalla destra; - STCA del 2 ottobre 2001 nella causa C., inc. n. 35.1999.95, riguardante un incidente della circolazione stradale, avvenuto in autostrada nei pressi di Pesaro (I), in cui l'autovettura sulla quale si trovava l'assicurata, all'imbocco di una galleria, ha cominciato a sbandare verso sinistra. L'auto si è messa di traverso nella carreggiata, con la parte posteriore spostata più a sinistra. Ha poi cozzato con quest'ultima contro la parete della galleria, veniva ributtata verso destra e con la parte anteriore colpiva l'altra parete della galleria. Veniva poi ancora ributtata dall'altra parte della galleria e cozzava di nuovo contro la parete di sinistra della carreggiata e poi un'altra volta a destra. Il veicolo si è poi fermato praticamente fuori dall'altra parte della galleria. A causa del sinistro, l'assicurata ha

riportato una frattura diafisaria distale pluriframmentaria dell'omero destro con paresi totale del nervo radiale destro con aprassia da compressione. A mero titolo di raffronto, si ricorda che il TCA, in una sentenza 7 giugno 1999 nella causa K., inc. n. 35.1997.10+25 - confermata dal TFA con giudizio del 13 gennaio 2000, U 284/99 - ha classificato fra gli infortuni di categoria grave, l'incidente della circolazione stradale in cui, a causa di un colpo di sonno, l'assicurato, al volante della propria autovettura, a bordo della quale avevano trovato posto altre 5 persone, ha invaso la corsia di contromano ed è entrato in collisione, ad una velocità di 100/110 km/h, con un camion a rimorchio che viaggiava alla velocità di 80/85 km/h, riuscendo ad arrestarsi soltanto ad una distanza di circa 19 metri dal punto d'impatto. A seguito dell'urto, l'assicurato ha riportato gravi lesioni in diverse parti del corpo. Il figlio dell'assicurato si è anch'esso procurato delle gravi lesioni fisiche. Il cognato dell'interessato, che era seduto sul sedile posteriore sinistro, è deceduto sul luogo dell'incidente. Parimenti, nella sentenza del 15 dicembre 1994 in re M. I. - citata in RAMI 1995 U215, p. 91 - il TFA ha classificato nella categoria degli infortuni gravi, l'incidente della circolazione stradale in cui, a causa di una collisione frontale fra due autovetture, l'assicurato/passeggero di una di esse ha subito un grave politrauma (trauma addominale, trauma cranio-cerebrale con commotio cerebri, trauma toracico con fratture multiple di coste a sinistra, importante contusione polmonare, frattura comminuta intrarticolare aperta del piatto tibiale sinistro, sezione dell'arteria radiale a livello dello spazio inter-metacarpale dorsale alla mano destra) ed i suoi due compagni di viaggio sono deceduti. Nella sentenza del 4 settembre 2000 nella causa E., inc. n. 35.1998.95+101, questa Corte ha giudicato di grado medio al limite della categoria degli infortuni gravi, l'incidente della circolazione stradale, avvenuto sull'autostrada Basilea-Karlsruhe, in cui l'automobile, sulla quale si trovava l'assicurato, ha iniziato una manovra di sorpasso ad una velocità di circa 130 km/h, allorquando la vettura che la precedeva si è, anch'essa, improvvisamente spostata sulla corsia di sorpasso. Onde evitare uno scontro, il conducente ha dapprima sbattuto contro il guardrail di sinistra per poi ritornare sulla carreggiata. A questo punto, egli ha completamente perso la padronanza del veicolo, il quale si è rovesciato sul tetto ed è scivolato trasversalmente sulla carreggiata per circa 200 metri, terminando la propria corsa contro un albero situato sul fondo di una scarpata. A causa del sinistro, l'assicurato ha riportato una distorsione al rachide cervicale nonché un'importante ferita lacero-contusa al cranio, nella zona fronto-parietale. Sua figlia di sei anni - in stato di coma, con uno shock emorragico ed un'instabilità al bacino - è stata intubata sul luogo dell'incidente e trasportata d'urgenza presso l'Ospedale cantonale di _____. Qui, i medici - constatate le gravi lesioni riportate (commotio cerebri, frattura dell'osso pubico destro con lussazione della sinfisi pubica, frattura della tibia destra, ematoma retro-peritoneale su tamponamento della vescica con distacco completo dell'uretra dal collo vescicale, lacerazione completa della parete posteriore della vagina e lacerazione della parete anteriore del retto fino alla muscolaris mucosae) - l'hanno sottoposta ad una laparatomia d'urgenza con revisione e sutura dell'uretra, della vagina e del retto nonché stabilizzazione del bacino con posa di un fissatore esterno. Il giudice è, quindi, tenuto a valutare le circostanze connesse con l'infortunio, secondo i criteri elaborati dal TFA e qui evocati al consid. 2.4.. Affinché possa essere ammessa l'adeguatezza del nesso causale, sarebbe necessario che un fattore sia presente in maniera particolarmente incisiva oppure l'intervento di più criteri. In concreto - posto che, nell'apprezzamento dell'adeguatezza del nesso di causalità in materia di turbe psichiche, vanno considerati unicamente i postumi di natura organica (cfr. RAMI 1999 U341 p. 409 e RAMI 1993 U166, p. 94 consid. 2c e riferimenti) - l'unico criterio che può

essere preso in considerazione é quello della spettacolarità dell'infortunio. Effettivamente, esaminato il contenuto del rapporto di polizia, non può essere negata una certa spettacolarità all'incidente della circolazione in cui _____ è rimasto coinvolto, in analogia a quanto il TFA ha stabilito nella suevocata sentenza del 19 febbraio 1999 nella causa D., U 115/98. Nondimeno, ciò non basta ancora per poter ammettere l'esistenza di un rapporto di causalità adeguata fra l'evento del 14 aprile 1992 ed il danno alla salute psichica, dato che il criterio qui in discussione non è certamente realizzato in maniera particolarmente incisiva. Per quel che concerne gli altri criteri di rilievo, le lesioni patite dall'assicurato (commotio cerebri , contusione al fianco, leggera contusione al rene destro, sospetta frattura della IV e V costa a destra, escoriazioni al braccio destro e bruciatura agli occhi provocata dal contatto con un acido) possono sì essere ritenute serie ma certo non gravi (cfr., al riguardo, RAMI 1999 U 346, p. 428s.) e, in particolare, non idonee a provocare un'elaborazione psichica abnorme (cfr. STFA del 29 settembre 1989 nella causa D. L., consid. 7c, STFA del 19 dicembre 1989 nella causa S, consid. 11b e STFA del 17 giugno 1996 nella causa S.). Per quel che riguarda i criteri della durata della cura medica e dei dolori somatici persistenti, é evidente che i danni interessanti il fianco, il rene destro, le coste, il braccio destro e gli occhi, sono guariti senza postumi nel giro di qualche settimana, se è vero che il medico curante dell'assicurato, il dottor _____, già in occasione della consultazione del 24 maggio 1992, ha certificato la chiusura della cura medica ed una piena capacità lavorativa (cfr. doc. _). A proposito della sindrome soggettiva post-commozionale, la dottrina medica internazionalmente riconosciuta insegna che, di regola, i disturbi ivi connessi sfumano nel corso dei due anni successivi al trauma cranio-cerebrale minore, per lasciare, progressivamente, spazio ad una componente reattiva, che non ha alcun rapporto con le conseguenze della lesione organica (cfr. consid. 2.9.). Se ne deve concludere che, con il trascorrere del tempo, i provvedimenti terapeutici applicati a _____, in realtà, non erano più (o, nella migliore delle ipotesi, lo erano soltanto in parte) destinati a curare dei disturbi somatici, conseguenze dell'evento infortunistico dell'aprile 1992 e, come tali, non possono essere qui presi in considerazione nella valutazione dell'adeguatezza del nesso di causalità. La tesi secondo cui i vari disturbi lamentati dall'assicurato hanno avuto praticamente da sempre un carattere misto é, del resto, chiaramente avallata dal perito giudiziario, a mente del quale i primi disturbi psichici sono apparsi già a partire dal secondo giorno dopo l'infortunio (cfr. XV, risposta al quesito n. 3 di parte ricorrente: "I disturbi psichici lamentati dal peritando si sono manifestati progressivamente e in modo crescente a partire dal secondo giorno dopo il trauma cranico"). Visto quanto precede, questo TCA non può ritenere soddisfatto neppure il criterio del grado e della durata dell'incapacità lavorativa dovuta ai soli esiti somatici dell'infortunio assicurato (cfr., a titolo di raffronto, la STCA del 29 marzo 1996 nella causa M., 35.1995.277 - confermata dal TFA con giudizio del 4 marzo 1998, U 101/96 - in cui il TCA non aveva considerato realizzato in maniera particolarmente incisiva il criterio del grado e della durata dell'incapacità lavorativa, trattandosi di un assicurato la cui inabilità si era protratta, pur con alcune riprese parziali, per circa due anni. Questa Corte è giunta alla medesima conclusione nella sentenza del 2 ottobre 2001 nella causa C., 35.1999.95, riguardante un'assicurata che, a fronte delle sole conseguenze organiche di un infortunio occorso il 27 dicembre 1995, aveva ritrovato una capacità lavorativa del 50% a far tempo dal 18 novembre 1996, del 75% dal 1° gennaio 1997 e, infine, totale dal 17 marzo 1997). D'altro canto, non si può parlare né di un decorso sfavorevole della cura medica né, tantomeno, di rilevanti complicazioni. Vero é che, come già precedentemente detto, il decorso é stato complicato da una progressiva sovrapposizione di disturbi di natura

psichica. Tale circostanza é, tuttavia, irrilevante ai fini della questione di sapere se le medesime turbe psichiche si trovano o meno in una relazione di causalità adeguata con l'infortunio del 14 aprile 1992. Non appare infine soddisfatto nemmeno il criterio della cura medica errata che dovrebbe avere notevolmente peggiorato gli esiti del sinistro. Se ne deduce che l'infortunio del 14 aprile 1992 non ha avuto, secondo il corso ordinario delle cose e l'esperienza della vita, un significato decisivo per l'instaurazione dei disturbi psichici di cui _____ attualmente soffre: l'adeguatezza del nesso di causalità non può, quindi, venir ammessa. In siffatte condizioni, non é censurabile che la _____ abbia ritenuto estinto il diritto del ricorrente di beneficiare d'ulteriori prestazioni assicurative. Il fatto che l'UAI abbia recentemente deciso di riconoscere una rendita intera, non può essere di soccorso all'assicurato. In effetti, l'assicurazione per l'invalidità, quale assicurazione "finale", non deve occuparsi di questioni inerenti la causalità. L'AI copre dunque il rischio "invalidità" a prescindere dalla presenza di un avvenimento assicurato quale la malattia o l'infortunio. Affinché l'AI possa essere chiamata a rispondere è necessaria, ma pure sufficiente, l'esistenza di un danno alla salute che comprometta la capacità lucrativa. Ora, in casu , si è diffusamente dimostrato che i disturbi lamentati da _____ dopo il 31 maggio 1999 (e con essi la relativa incapacità lavorativa e lucrativa), non erano più riconducibili all'evento traumatico dell'aprile 1992.

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