

TI_GERICHTE 35.2001.12 vom 28. September 2001

TI Tribunale d'appello, 2001-09-28, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2001.12

FR: TI_GERICHTE 35.2001.12 du 28 septembre 2001

IT: TI_GERICHTE 35.2001.12 del 28 settembre 2001

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 19

maggio 2000, l'assicurato è quindi stato periziato dalla psicologa _____, attiva presso il Servizio di neurologia dell'Ospedale regionale di _____, la quale, sulla scorta delle risultanze dei test, ha oggettivato dei disturbi neuropsicologici di grado lieve-medio: " (...). Si tratta di un paziente ben collaborante, orientato, globalmente non rallentato, adeguato. L'impulso interiore è intatto. Durante la valutazione il paziente è ansioso. In generale tenta di nascondere l'ansietà con un atteggiamento spigliato. Il metodo di lavoro è tendenzialmente precipitoso e superficiale. Il paziente vuole fare in fretta, ma a tratti si confonde e sbaglia. In alcuni momenti appare confuso. Dice che fatica a mantenere la concentrazione e che tende fortemente a divagare con il pensiero. Al termine della valutazione, il paziente dice di essere stanco. Il mal di testa, su una scala a 1 a 10, è aumentato da 4 a 6. Con un globale profilo neuropsicologico nella norma, l'odierna valutazione neuropsicologica evidenzia soprattutto un'aumentata affaticabilità mentale, difficoltà d'attenzione e di concentrazione, momenti di confusione, che si ripercuotono soprattutto sulla capacità di cogliere informazioni verbali, quando il loro contenuto è complesso, e sulla capacità mnemonica verbale. Leggermente ridotta la capacità di risolvere calcoli scritti (errori di distrazione). È molto probabile che queste difficoltà rendano il paziente più irritabile e nervoso. Egli lamenta pure una diminuzione del dinamismo vitale. Nella norma: la flessibilità del pensiero, la fluenza verbale e figurale, la capacità di pianificazione, le prassie costruttive, la capacità di apprendere informazioni (verbali e visivo-spaziali), la capacità mnemonica visivo-spaziale, la memoria semantica, i calcoli mentali, la percezione visiva (differenziazione figura-sfondo), lo schema corporeo (attribuzione destra-sinistra). I risultati indicano un disturbo neuropsicologico lieve-medio. I deficit neuropsicologici riscontrati nell'odierna valutazione sono con molta probabilità conseguenze dell'infortunio del 17.10.99. Alla base c'è senz'altro una personalità ansiosa, con cefalee ricidivanti. È tuttavia ben possibile che, dall'infortunio, si sono sovrapposti deficit neuropsicologici sentiti soggettivamente dal paziente, sia nell'ambito professionale che privato, e rilevati anche dall'odierna valutazione " (doc. _). Successivamente, il 10 luglio 2000, il ricorrente è pure stato investigato da un profilo neurologico, a cura del dottor _____, spec. FMH in neurologia. Questa la valutazione contenuta nel relativo referto del 24 luglio 2000: " (...). Lo stato neurologico a parte una minima asimmetria della commissura labiale all'innervazione massima e delle parestesie all'emifaccia sinistra è risultato normale. Presenza di parestesie anche alla mano sinistra probabilmente in relazione con un'irritazione del nervo mediano al canale carpale. Nessun altro segno di

lateralizzazione. Normale la MRI cerebrale con angio-RM arteriosa e con una piccola immagine cistica a livello del peduncolo cerebrale sinistro, che sicuramente non può essere messa in relazione con la patologia attuale. Si tratta di un paziente emicranico, ambidestro, che ha manifestato una patologia amnestica prolungata, associata a delle cervicalgie., la cui origine non è chiara. Da come descritto sospetterei in primo luogo un episodio amnestico transitorio, patologia analoga all'emicrania basata su probabili vasospasmi, eventualmente nel territorio vertebro-basilare. Nella DD un episodio di emicrania complicata, con eventuale disfunzione ischemica transitoria nel talamo eventualmente destro. Il paziente, essendo ambidestro è difficile stabilire quale sia l'emisfero dominante. Impossibile sapere se il paziente, buon sciatore, sia effettivamente caduto in una pista non difficile, battendo violentemente il capo o provocando una violenta distorsione cervicale: nessuno l'ha visto cadere, apparentemente non era particolarmente bagnato o sporco di neve. Dall'evento tuttavia il paziente mantiene dei disturbi soprattutto a livello della concentrazione e della memoria verbale apparentemente, con difficoltà soprattutto sul lavoro, non riuscendo più a concentrarsi e mantenere efficiente la sua attività di consulente aziendale. Un recente esame neuropsicologico confermerebbe la presenza di modiche difficoltà, concentrate effettivamente sia sulla concentrazione che sulla memoria verbale. La MRI cerebrale permette di escludere delle lesioni vascolari evidenti o delle stenosi dei grossi e medi vasi intracranici. Perfettamente normale anche l'EEG senza segni di irritabilità corticale. Paziente normoteso, non presenta un fattore di rischio per malattie cerebro-vascolari. Per il momento bisogna dunque supporre degli esiti di un disturbo dal carattere funzionale di tipo emicranico su vasospasmo prolungato con una disfunzione a livello del circuito della memoria. Difficile da valutare se i disturbi della concentrazione siano primari o secondari eventualmente allo stato d'ansia ed allo stress secondario. In questi casi è meglio non prescrivere delle benzodiazepine, tutt'al più un antidepressivo con effetto ansiolitico, possibilmente non ipnotico (Zoloft?) a piccole dosi. Per il momento tuttavia gli ho prescritto del Nootropil 1300 mg 3 volte al dì. Mi sono permesso di convocarlo fra circa un mese per giudicarne l'evoluzione. In assenza di lesioni organiche alla MRI, la prognosi dovrebbe comunque essere buona per quel che concerne un recupero totale delle funzioni perse, eventualmente a distanza di ancora 6 mesi " (doc. _). Interpellato direttamente da questo TCA a proposito dell'evoluzione delle condizioni di salute di _____, il dottor _____, con rapporto del 6 settembre 2001, ha affermato quanto segue: " Dal controllo non sono emersi ulteriori elementi. La diagnosi risulta dunque piuttosto basata sulla descrizione degli eventi da parte dei colleghi del paziente, il quale, conservando un'amnesia totale dell'evento acuto, non può ricordare cosa fosse successo. Da quanto già descritto si tratta di un ottimo sciatore, istruttore, la discesa in causa non sarebbe stata difficile, le prove assolute di un evento traumatico non sono state portate. Ricordo tuttavia che un trauma cranico o una distorsione cervicale, se adeguate, possono comportare, in casi relativamente rari, manifestazioni analoghe a quelle riportate dal paziente. L'episodio amnestico transitorio, analogo a manifestazione emicranica, può tuttavia manifestarsi senza causa scatenante esterna. In conclusione, è impossibile stabilire se ci sia stato un trauma o meno alla base della sintomatologia " (VI - la sottolineatura è del redattore). Prima di procedere all'emanazione della querelata decisione, in sede di procedura d'opposizione, l'_____ si era rivolto al proprio medico di circondario, il dottor _____, spec. FMH in chirurgia, il quale aveva formulato il seguente apprezzamento: " All'assicurato, dopo una caduta con gli sci, unicamente in base a un'amnesia circostanziale, viene diagnosticata una "probabile commozione cerebrale", motivo di un'ospedalizzazione di 24 ore, quindi per

motivi di sicurezza (sorveglianza). Oggettivamente non sono state riscontrate delle lesioni corporali di rilievo, segnatamente a livello cerebrale-neurologico. Lo stesso vale per la documentazione radiologica effettuata allora. La questione è se i disturbi attualmente lamentati dall'assicurato siano conseguenza organica diretta della caduta con gli sci dell'ottobre 1999 o meno. Al riguardo il signor _____ è stato sottoposto a tutta una serie di esami medici e pure strumentali, tutte delle indagini che non hanno rivelato alcuna lesione strutturale, tanto meno di natura post-traumatica. Dal lato medico-infortunistico è quindi più che fondato che i disturbi cranici, soprattutto cefalgici, sono di natura morbosa, considerazione suffragata pure da pregressi esami neurologici (nel 1992, per cefalee vaso-motorie). Dallo scritto del signor _____ (del 25.9.2000) si evince inoltre l'opinione che la responsabilità della _____ in caso di ricaduta sia data anche nella situazione in cui la relazione con l'infortunio sia solo possibile (questione tuttavia non medica). Dal lato medico più grave comunque è il fatto che il signor _____ parte dalla premessa erronea che la signora _____ sia dottoressa o sia persona portante il titolo di dottore nella scienza di medicina. In sintesi, sulla scorta di tutti gli esami medici oggettivi finora esperiti, non permettono di stabilire un nesso causale più che possibile fra i disturbi accusati attualmente dal signor _____ e l'infortunio dell'ottobre del 1999 " (doc. _).

2.6. Dopo un'attenta valutazione dell'insieme della documentazione presente all'inserto, questo Tribunale è dell'avviso che non sia stata dimostrata, almeno secondo il criterio della verosimiglianza preponderante, l'esistenza di una relazione di causalità naturale fra l'evento del 17 ottobre 1999 ed i disturbi accusati da _____ a partire dall'aprile del 2000. Al riguardo, 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 (RCC 1986 p. 202 consid. 2d; sentenza TFA del 27 ottobre 1992 in re A.B.P.; sentenza TFA del 13 febbraio 1992 in re M. O.; sentenza TFA del 13 maggio 1991 in re A.A.; sentenza TCA del 25 novembre 1991 in re G.M.; F. Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; U. Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, Zurigo 1999, p. 212; Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2a ed., p. 39 e p. 117), senza che ciò costituisca una lesione del diritto di essere sentito sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata). In particolare, non può essere sottaciuto come il dottor _____ - specialista nella materia che qui interessa - nonostante abbia sottoposto l'insorgente ad approfonditi accertamenti (clinici e radiologici), si sia trovato nell'impossibilità pratica di stabilire, con un sufficiente grado di verosimiglianza, se all'origine dei disturbi lamentati da _____ vi sia stato un evento traumatico (cfr. VI). Anzi, nel referto relativo alla visita peritale del 10 luglio 2000, il summenzionato neurologo ha addirittura dichiarato propendere piuttosto per una causa di natura squisitamente morbosa (cfr. doc. _, p. 4: "Per il momento bisogna supporre degli esiti di un disturbo dal carattere funzionale di tipo emicranico su vasospasmo prolungato con una disfunzione a livello del circuito della memoria. Difficile da valutare se i disturbi della concentrazione siano primari o secondari eventualmente allo stato d'ansia ed allo stress secondario"). Il TCA non ignora il fatto che la psicologa _____, autrice dell'apprezzamento neuropsicologico del 19 maggio 2000, abbia affermato che i deficit riscontrati sono molto probabilmente conseguenza dell'infortunio del 17 ottobre 1999, anche se, ha aggiunto la psicologa, "alla base c'è senz'altro una personalità ansiosa, con

cefalee recidivanti. È tuttavia ben possibile che, dall'infortunio, si sono sovrapposti deficit neuropsicologici sentiti soggettivamente dal paziente, sia nell'ambito professionale che privato, ..." (doc. _). Nondimeno, la giurisprudenza del TFA ha stabilito che, secondo le attuali conoscenze, la neuropsicologia non è di per sé stessa in grado di valutare in modo decisivo la questione della causalità. Gli esiti di un'indagine neuropsicologica possono certamente essere significativi nel quadro dell'apprezzamento globale delle prove. Ciò presuppone però che il neuropsicologo abbia espresso delle indicazioni persuasive a proposito della causalità, indicazioni che si devono inoltre inserire in maniera convincente nelle risultanze di altri accertamenti (cfr. DTF 119 V 341 e STFA 9.1.2001 in re R. c/ INSAI, consid. 2 c/cc [U 148/00]). I succitati presupposti non appaiono realizzati nella presente fattispecie, ponendo mente al solo fatto che, secondo lo specialista in neurologia privatamente consultato da _____, è persino lecito dubitare che quest'ultimo abbia accusato un trauma cranio-cerebrale con commotio cerebri. D'altra parte, la tesi secondo cui esisterebbe un legame causale naturale fra l'infortunio ed i disturbi a carattere neuropsicologico, poiché questi ultimi si sarebbero manifestati soltanto dopo di esso, è priva di pertinenza scientifica (cfr. I, p. 4). Va qui rilevato che la giurisprudenza del TFA insegna che, per il solo fatto d'essere apparso dopo l'infortunio, un disturbo alla salute non può già essere considerato come una sua conseguenza, secondo l'adagio "post hoc, ergo propter hoc" (DTF 119 V 341s. consid. 2b/bb con riferimenti; STFA 31.7.2001 in re A. c/ INSAI, consid. 3c [U 492/00]; STCA 2.9.1999 in re M.; cfr., pure, Th. Frei, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, Friburgo 1998, p. 30, nota 96). In simili condizioni, la decisione dell'Istituto assicuratore convenuto di negare la propria responsabilità relativamente alla ricaduta annunciata gli il 20 giugno 2000, non presta il fianco ad alcuna censura (cfr. consid. 2.2. in fine).

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