

TI_GERICHTE 35.2002.51 vom 7. Mai 2002

TI Tribunale d'appello, 2002-05-07, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2002.51

FR: TI_GERICHTE 35.2002.51 du 7 mai 2002

IT: TI_GERICHTE 35.2002.51 del 7 maggio 2002

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 1

/

E. 2

Se sì, di quale entità? I disturbi neuropsicologici del paziente devono essere considerati di entità da media a grave. La valutazione neuropsicologica del 16 e 17.9.99 mostrava una sindrome psicoorganica di entità media.

E. 3

Questa problematica è dovuta alla serie d'infortuni di cui è stata vittima il paziente? L'apparizione di disturbi neuropsicologici è da mettere in relazione con l'incidente del 1.9.99 nel quale il paziente ha subito un trauma cranio-vertebrale. E' invece improbabile che questi disturbi fossero già presenti dopo il primo incidente del novembre 98. Il peggioramento dei disturbi mnesici, dell'affaticabilità e del rallentamento è probabilmente legato all'aggravamento dello stato depressivo. Il paziente ha sviluppato uno stato depressivo reattivo di fronte ai disturbi fisici e cognitivi emersi dopo l'incidente del 1.9.99 e alla mancata ripresa del lavoro. Da notare, che già durante il primo esame neuropsicologico, il paziente affermava di essere giù di morale perché non fa niente tutto il giorno. Il fatto che il paziente ritenga che non sia stato riconosciuto il suo stato di malattia contribuisce con ogni probabilità a peggiorare lo stato depressivo." (doc. _) - rapporto 8.2.2001 del dott. _____, spec. FMH in neurologia, Divisione medica dell'_____ : Am 21.10.1998, bei einem Treppensturz, wurde der Patient durch einen Backstein an der rechten Hand und an der Stirn getroffen. Keine Bewusstlosigkeit. Er zog sich dabei eine mehrfragmentäre extraartikuläre Fraktur des Os metacarpale I zu, welche operativ behandelt werden musste. Die 100%ige Arbeitsfähigkeit erreichte der Patient am 12.4.1999 und somit war der Status quo sine erreicht. Am 1.9.1999 stürzte er eine Böschung hinunter mit wahrscheinlich kurzer Bewusstlosigkeit. Radiologische Abklärungen (CT-Neurocranium mit und ohne Kontrastmittel vom 10.9.1999 und MRI-Untersuchung des Neurocraniums) ergaben keine Hinweise auf eine intrakranielle Läsion. Die neurologische Untersuchungen bei Dr. _____ und Dr. _____ ergaben ebenfalls einen normalen Status mit Hinweisen auf eine eindeutige psychogene Überlagerung. Die vom Patienten demonstrativ gezeigte Gehunfähigkeit lässt sich ebenfalls weder klinisch-neurologisch noch radiologisch erklären. Die von Frau _____, Neuropsychologin der Klinik _____, festgestellte Verschlechterung der kognitiven Funktionen lassen sich ebenfalls neurologisch nicht begründen. Die festgestellte

Verschlechterung der neuropsychologischen Defizite, können im Rahmen einer depressiven Entwicklung erklärt werden oder weniger wahrscheinlich im Rahmen eines dementiellen Syndroms. Ich empfehle deswegen eine stationäre Demenzabklärung in der neurologischen Abteilung des Ospedale _____ . Eine stationäre Abklärung und die genauere Beobachtung des Patienten würde uns bessere Aufschlüsse geben über diesen sonderbaren Fall." (doc. _) - perizia 14.11.2001 del dott. _____ , spec. FMH in neurologia, Direttore medico della Divisione di neurologia dell'Institution de _____ : " (...) Il s'agit d'un patient âgé de 41 ans, d'origine albanaise, père de famille, droitier, travaillant comme manoeuvre en Suisse depuis 15 ans sans problèmes médicaux signalés et objectivés, à part une hypoacousie (gauche ou droite?), non invalidante. Le premier accident en date est celui du 21.10.1998. Ce traumatisme implique la main droite par une fracture multi-fragmentaire du premier métacarpien, compliquée d'un syndrome de loge. Le patient semble avoir eu des douleurs très vives au moment de l'atteinte. La fracture se consolide au cours de 6 mois qui suivent, mais le patient nous dit avoir gardé une main douloureuse. La reprise du travail est dès lors signalée comme difficile, avec rendement très réduit. Elle aboutit tout de même à une reprise de travail à 100 %. Le patient nous dit que son existence a basculé depuis ce premier traumatisme. En effet, M. _____ ne comprend pas que les médecins le déclarent guéri, alors que sa main droite demeure douloureuse. D'ailleurs, il ne peut pas assumer non plus que le travail doit être repris à 100 %, alors qu'il est obligé de prendre des analgésiques et des psychotropes pour tolérer la douleur, qui est certainement séquellaire au traumatisme. D'ailleurs, il développe des malaises qui, anamnestiquement, évoquent plutôt des lipothymies et des syncopes, favorisées par le psychotropes. Dans ce contexte s'inscrit l'autre aspect du traumatisme d'octobre 1998: il s'agit d'un traumatisme frontal par une brique, traumatisme qui a entraîné une lésion superficielle du front. Y a-t-il répercussions cérébrales de ce traumatisme? L'observation initiale prouve le contraire: les premiers médecins n'ont pas constaté de troubles de la conscience ou d'amnésie. Un scanner-X pratiqué d'urgence est normal. Le patient signale aujourd'hui, 3 ans plus tard, une amnésie de 2 heures environ. Tout en retenant «possible» une commotion cérébrale, on doit tout de même admettre que des séquelles d'une commotion au delà de 2 ans ne sont pas admises habituellement. Quelles sont donc les conséquences de ce premier traumatisme? Il s'agit premièrement des douleurs chroniques à la main droite; de plus, le patient souffre depuis lors de lipothymies et des syncopes. C'est dans ce contexte que survient le deuxième traumatisme du 1.9.1999, 10 mois après le premier. A la suite d'une probable syncope, cette chute d'environ 4 mètres dans un fossé entraîne certainement un traumatisme crânien avec plaies superficielles (qui guérissent sans séquelles) accompagné probablement d'une brève perte de connaissance: d'après les témoignages qui se recoupent, la perte de connaissance ne dépasse pas 10 min. L'amnésie traumatique et post-traumatique est de l'ordre de 2 heures. Ces faits sont avérés et recoups: nous admettons donc que, lors de ce deuxième traumatisme, le patient subit une commotion cérébrale brève. Il subit de plus des contusions multiples et on diagnostique dans un premier temps des fractures D12-L1. La notion de fractures est rejetées par la suite. Ce diagnostic était probablement favorisé par le comportement douloureux et démonstratif du patient, comme en témoigne l'observation de la clinique _____ en septembre 1999 (Dr. _____). S'agit-il d'une simulation? On parlera plutôt de comportement douloureux et démonstratif, le patient ne tirant visiblement pas de bénéfice évident d'une situation de ce type et cela tant sur le plan familial que professionnel et social. Retenons donc une commotion cérébrale: on admet aujourd'hui, comme déjà noté pour le premier traumatisme, qu'un dysfonctionnement

organique de ce type au niveau du cerveau prolonge ses conséquences au maximum jusqu'à 2 ans après le traumatisme, mais pas au delà. Si des troubles subsistent, ces derniers doivent être attribués à d'autres causes et cela même en cas de persistance de ce qu'on appelle communément un syndrome subjectif des traumatisés crâniens. Aujourd'hui, 2 ans plus tard, nous sommes confrontés à un patient qui se plaint avant tout de douleurs chroniques, qui présente cliniquement un syndrome douloureux diffus, une main droite douloureuse (que nous n'avons pas pu examiner dans les détails). Le comportement évoque un trouble de la personnalité avec comportement de type dissociatif et troubles phobiques. Il y a de plus des traits dépressifs. De plus, à l'examen neurologique, nous constatons des troubles à caractère fonctionnel et/ou de non organicité. Nous avons demandé un examen neuropsychologique, comparé aux deux examens antérieurs (Clinique _____). On note avant tout une variabilité des résultats, variabilité qui était déjà présente entre les deux évaluations de la Clinique _____. Ce fait parle contre une origine organique (contusion cérébrale) des troubles chez un patient souffrant de troubles de la personnalité avec traits dépressifs, ainsi que de douleurs chroniques. L'examen neuropsychologique doit être interprété de la même manière qu'on doit interpréter l'examen neurologique (signes de «non organicité»). Y a-t-il un vécu traumatique particulier ? La présence de rêves particulièrement vifs évoquerait plutôt cet aspect diagnostique. Cependant, l'éloignement des événements en cause écarte cette hypothèse, en tout cas pour ce qui concerne notre Caisse Nationale. Nous retenons donc l'absence d'atteinte du système nerveux central. Cela est dès lors corroboré et étayé par deux scanners-X normaux (en aigu), deux IRM cérébrales, dont la dernière avec contraste et un EEG, lui aussi normal. Notons enfin que l'importante médication psychotrope et analgésique que le patient prend chroniquement peut certainement favoriser les céphalées chroniques dont il se plaint, ainsi que les lipothymies et les syncopes. D'autre part, les crises à caractère dissociatif décrites au courant de 2001 s'inscrivent bien dans un trouble de la personnalité, qui s'est donc installé progressivement à la suite du premier traumatisme et qui a été aggravé par le deuxième traumatisme. En conclusion, nous examinons un patient de 41 ans qui souffre, à la suite d'un premier traumatisme en octobre 1998, d'une fracture métacarpienne consolidée, mais encore douloureuse, nécessitant la prise de médicaments. Ces médicaments favorisent la survenue de lipothymies et de syncopes. Dans ce contexte, il subit un deuxième traumatisme dix mois plus tard. Ce traumatisme provoque probablement une commotion cérébrale et est associée à des contusions multiples. Aujourd'hui, 2 ans après le deuxième traumatisme, il présente un trouble de la personnalité avec un comportement de type phobique, de crises dissociatives et traits dépressifs. Il est gravement inadapté, y compris dans sa vie de famille. Cliniquement, on constate un syndrome douloureux diffus, des céphalées, des douleurs électives à la main droite, qui n'ont pas été investiguées plus avant, et un comportement douloureux. Si, du point de vue des critères énoncés plus haut, on peut écarter des séquelles centrales des deux traumatismes, l'état douloureux chronique du patient devrait être réévalué, en tout cas pour ce qui concerne la main droite, compte tenu des séquelles objectives du premier traumatisme. Cette évaluation orthopédique et ergonomique devrait permettre de répondre à la question s'il y a lieu, oui ou non, d'entreprendre des traitements ou s'il y a lieu d'aménager la profession du patient en fonction des séquelles douloureuses de cette fracture compliquée. D'autre part, le patient nécessite une prise en charge à caractère psychosocial. Au vu de ce qui précède, on peut donc répondre aux questions posées: 1. Concorda con quanto affermato nel rapporto della Dr.ssa _____, neuropsicologa ASNP del 15.12.2000, che i disturbi attualmente lamentati dall'assicurato sono da mettere in relazione (entità da media a grave) con

l'infortunio occorso in data 1.9.1999? - Non. Les troubles à caractère neuropsychologiques du patient ne sont pas en relation avec une atteinte organique cérébrale. Ils doivent être interprétés dans le cadre des troubles de la personnalité du patient, souffrant d'ailleurs de douleurs chroniques, en partie en relation de causalité naturelle avec une fracture compliquée du premier métacarpien de la main droite survenue il y a 3 ans. 2. Un'eventuale riqualifica professionale può entrare in considerazione ? In caso affermativo : in quale professione? - Une requalification professionnelle devrait entrer en ligne de compte après une réévaluation des séquelles de la fracture à la main droite, avec éventuel traitement. D'autre part, l'état psychique du patient ne permet pas actuellement une activité professionnelle quelconque. Une prise en charge psychiatrique est nécessaire. 3. Oppure una ripresa lavorativa nella sua attuale professione (manovalegruista) è attuabile? In caso affermativo : in che misura e da quando ? - Cf. la réponse à la question 2. Une reprise actuelle dans la profession de manoeuvre-grutier n'est pas envisageable. Remarque: une hospitalisation à la clinique de la _____ à _____ est proposée, avec sevrage de la médication actuelle (qui favorise lipothymies et syncopes) et évaluation des séquelles du traumatisme de la main droite, ainsi qu'une évaluation psychiatrique." (cfr. doc. _) - rapporto 21.12.2001 del dott. _____, spec. FMH in neurologia, Divisione medica dell'_____ : " In meiner neurologischen Stellungnahme vom 31.10.00 sowie 08.02.01 äusserte ich grosse Zweifel an der Organizität der von Herr _____ präsentierten Beschwerden. Klinische neurologische Untersuchung sowie zahlreiche neuroradiologische Untersuchungen (CT des Schädels, MRI des Neurokraniums) ergaben keine Hinweise auf eine erlittene traumatische Läsion des zentralen Nervensystems. Eine neuropsychologische Kontrolluntersuchung vom 12.12.00 ergab eine Verschlechterung der kognitiven Funktionen im Vergleich zu einer Voruntersuchung vom September 1999. Trotz fehlender anamnestischer und klinischer Hinweise auf ein geeignetes Schädelhirntrauma äusserte Frau _____ den Verdacht auf ein psychoorganisches Syndrom. Hier muss ich einmal zum Ausdruck bringen, dass Frau _____ die klinischen Kompetenzen fehlen, um in Unkenntnis der genauen Anamnese der neuroradiologischen und neurologischen Befunde eine so schwerwiegende Diagnose zu stellen. Im Rahmen einer Begutachtung wurde der Versicherte am 04.09.01 neurologische am Hôpital Neurologique de _____ und am 24.09.01 erneut neuropsychologisch am in der Division autonome de Neuropsychologie des _____ untersucht. Die erneute neuropsychologische Evaluation ergab wiederum ein anderes Resultat als die bereits divergierende neuropsychologische Untersuchung in der Klinik _____ vom September 98 und Dezember 99. Aufgrund dessen verneint Dr. _____ eine zugrunde liegende cerebrale Läsion der neuropsychologischen Störung. Die präsentierte neuropsychologische Störung ist eher im Rahmen einer Persönlichkeitsstörung und der chronischen Schmerzsymptomatik zu interpretieren. Mit den Diagnosen und klinischen Überlegungen von Dr. _____ bin ich prinzipiell einverstanden." (cfr. doc. _) - rapporto 28.1.2002 della dott.ssa _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, medico fiduciario della Cassa malati _____ : " rispondo alla sua richiesta di delucidazioni in merito al caso del sig. _____, dopo aver preso visione della perizia del dott. _____, eseguita in data 14.11.2001. Due sono gli elementi che nelle considerazioni esposte dal dott. _____. La prima a pag. 20, riga 15, ove afferma: "D'autre part, les crises à caractère dissociatif décrites au courant de 2001 s'inscrivent bien dans un trouble de la personnalité, qui s'est donc installé progressivement à la suite du premier traumatisme et qui a été aggravé par le deuxième traumatisme. " Quindi il collega riprende l'ipotesi da me proposta nel mio primo scritto peritale in data 5 aprile

2000, ove affermavo non solo uno stato depressivo sufficientemente grave ed invalidante, ma anche una relazione causale fra il primo evento traumatico e lo sviluppo dello stato psichico successivo, stato psichico che si è aggravato o forse cronicizzato a causa del secondo evento traumatico. Il rapporto peritale del dott. _____, in data 11.05.2000 ci chiarisce perché per quest'uomo gli eventi abbiano assunto un tale risvolto psichico. Il dott. _____, grazie alla valutazione testistica, valuta che ci troviamo di fronte ad una personalità di per sé fragile che si è scompensata di fronte agli eventi traumatici accaduti; sottolinea inoltre (pag. 4) che non c'è da parte del sig. _____ tendenza all'aggravamento della sintomatologia manifestata. Impressione che d'altra parte condivido. Inoltre il dott. _____, a pag. 17 riga 10, avverte. "Or, dans le contexte de cette expertise, l'assurance ne se satisfait pas d'un critère de causalité naturelle. Dès lors, il demande aux médecins de se prononcer sur l'évolution communément admise et décrite d'une lésion, notamment d'une lésion cérébrale, lorsque les critères de définition de celle-ci correspondent à ceux retenus par la communauté scientifique internationale permettant d'affirmer sa présence." Più avanti il collega chiarisce (pag. 21, riga 20): "Les troubles à caractère neuropsychologiques du patient ne sont pas en relation avec un atteinte organique cérébrale. Ils doivent être interprétés dans le cadre des troubles de la personnalité du patient, souffrant d'ailleurs de douleurs chroniques en partie en relation de causalité naturelle avec une fracture compliquée du premier métacarpien de la main droite survenue il y a 3 ans." Quindi egli ammette che un paziente con turbe della personalità, forse preesistenti al trauma, ma fino a quel momento compensato, possa accusare disturbi psichici che si possono considerare come conseguenza (causalità naturale) al trauma pregresso. In conclusione mi ritengo d'accordo con la vostra opinione che il caso sia di pertinenza dell'assicurazione infortuni _____ come già da me esposto nei miei precedenti rapporti e considerata la perizia del dott. _____." (cfr. doc. _) - rapporto 6.2.2002 della dott.ssa _____, Capo clinica presso il Servizio di psichiatria e di psicologia medica di _____, interpellata nell'ambito degli accertamenti multidisciplinari ordinati dall'assicurazione per l'invalidità: " Sulla base di quanto emerso dal colloquio, unitamente alle informazioni anamnestiche raccolte, l'orientamento diagnostico é di **Sindrome da disadattamento, Reazione depressiva prolungata (ICD 10-F43.21)** nell'ambito di una **Sindrome post-commotiva (F07.2)**. E' molto verosimile, inoltre, che tale stato psicopatologico sia andato nel tempo peggiorando con una conseguente compromissione del funzionamento socio-lavorativo. Pertanto, allo stato attuale, riteniamo che il danno alla salute dal punto di vista psichiatrico influenzi nella misura del 80% la capacità lavorativa. Dal punto di vista psicofarmacologico, consigliamo di aumentare progressivamente la posologia della paroxetina, rinviando l'A. all'attenzione del dott. _____, psichiatra curante." (cfr. doc. _) - rapporto 11.2.2002 del dott. _____, spec. FMH in neurologia, interpellato nell'ambito degli accertamenti multidisciplinari ordinati dall'assicurazione per l'invalidità: "**CONCLUSIONI E VALUTAZIONE:** Questo paziente aveva subito un primo trauma nell'ottobre '98, in quell'occasione verosimilmente senza rilevanti conseguenze a livello cranico. Il 1° settembre '99 vi è stato un ulteriore trauma, questa volta con una perdita di conoscenza della durata massima di un paio d'ore. Da allora lamenta disturbi cognitivi con difficoltà di concentrazione e memoria, cambiamento di carattere come pure dolori diffusi alla colonna vertebrale e cefalee. All'esame neurologico dettagliato non ho potuto evidenziare deficit riferibili ad un danno da parte del sistema nervoso centrale o periferico. Ricordo ancora una RM cerebrale che non ha mostrato alterazioni significative, in particolare neppure lesioni post traumatiche. Negli atti a disposizione viene a più riprese

descritta una sindrome psico-organica, in particolare nell'ambito di una valutazione neuropsicologica presso la Clinica _____: qui vengono descritti ancora nel dicembre 2000 deficit da moderati a severi della memoria con disturbi di concentrazione, di ragionamento, anche dei test frontali, del calcolo orale ed un generale rallentamento psicomotorio. L'evoluzione dell'esame aveva mostrato un peggioramento dei deficit cognitivi. Dal punto di vista prettamente neurologico non vi sono deficit che implicino un'inabilità lavorativa del paziente quale gruista rispettivamente manovale. Queste attività sarebbero ancora praticabili almeno a medio termine in misura completa. Se almeno nella fase iniziale era pensabile che i deficit cognitivi descritti fossero riferibili al trauma cranico subito, che ha sicuramente comportato anche una commozione cerebrale, essendosi trattato comunque di un trauma cranico relativamente discreto, senza lesioni evidenziabili alla RM cerebrale e vista l'evoluzione poco favorevole con un peggioramento secondario dei sintomi penso che gli attuali disturbi cognitivi non siano da mettere in relazione primaria al trauma subito ma debbano essere riferiti piuttosto alla situazione psichica del paziente. In quest'ottica l'abilità lavorativa dipende primariamente dalla valutazione psichiatrica e neuropsicologica. Come già ricordato più sopra non penso però che si possa parlare di una sindrome psico-organica post traumatica ma piuttosto di deficit cognitivi da interpretare primariamente nell'ambito della patologia psichiatrica. Se venissero confermati all'esame neuropsicologico deficit di entità da moderata a grave, questo comporterebbe secondo la tabella SUVA una lesione dell'integrità fisica del 70%, ancora da valutare la componente psichiatrica e funzionale." (cfr. doc. _) - rapporto 11.2.2002 del dott. _____, spec. FMH ORL, interpellato nell'ambito degli accertamenti multidisciplinari ordinati dall'assicurazione per l'invalidità : " VALUTAZIONE: clinicamente al momento dell'esame specialistico riscontriamo un'ipoacusia molto grave, di tipo misto, sul lato dx, riconducibile a un infetto cronico discreto nella cassa timpanica, accertato al momento dell'intervento esplorativo eseguito recentemente a _____. Non ancora eventualmente regredite le alterazioni postoperatorie, per cui non è stato possibile eseguire un eventuale test vestibolare di calorizzazione, test che però ci sembra praticamente non indicato in quanto anamnesticamente non sembra essere coinvolto l'apparato vestibolare. Anche i tests uditivi potrebbero eventualmente essere leggermente migliori, nondimeno comparando la curva attuale a quella di tre anni fa, penso che la situazione sia al momento abbastanza stabile. In base al reperto operatorio recente l'affezione dell'orecchio è di un'eziologia poco chiara e un risanamento definitivo non è quasi pensabile. Vi è stata una lenta evoluzione, probabilmente anche con degli effetti tossici sull'orecchio interno, accertabile nella perdita di 30dB di tipo percettivo. La valutazione della perdita funzionale di udito è, in base alle tabelle SUVA, dell'85% sul lato dx e del 10% sul sin al test tonale. Il vocale dà una perdita del 100% a dx (test di Fournier) e del 13% a sin. In entrambi i casi è stimabile un danno di integrità del 15%. Per quanto attiene alla diminuzione della capacità lavorativa è da considerare una certa importanza dovuta soprattutto alle grosse difficoltà di localizzazione dei suoni con un influsso netto quale gruista, meno quale manovale. L'attività attuale sarebbe praticabile, almeno come manovale, al 100% ma il paziente presenta talmente tanti altri grossi problemi con un influsso ben maggiore sulla possibilità di una ripresa lavorativa. Dal punto di vista _____ non vi è nessuna indicazione atta a migliorare la capacità lavorativa, in particolare non è indicata una protesizzazione acustica." (cfr. doc. _) - rapporto 20.2.2002 del dott. _____, spec. FMH in reumatologia e riabilitazione, interpellato nell'ambito degli accertamenti multidisciplinari ordinati dall'assicurazione per l'invalidità : " (...)

DIAGNOSI - sindrome pan-vertebrale in stato dopo frattura dei corpi vertebrali di Th12/L1 nel settembre del 1999 - tendenza allo sviluppo di un reumatismo delle parti molli e di una generalizzazione della sintomatologia nell'ambito di una problematica depressiva con disturbi neuro-psicologici dopo un trauma cranico - aggravazione

E. 5

GRADO DI CAPACITA' DI LAVORO IN % NELL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' LUCRATIVA O DELL'ATTIVITA' ABITUALE SVOLTA PRIMA DELL'INSORGENZA DEL DANNO ALLA SALUTE Il paziente presenta un'evoluzione piuttosto cronica in uno stato dopo un trauma della colonna vertebrale avvenuto nel settembre del 1999 con caduta e manifestazione di una frattura a livello dei corpi vertebrali di Th12/L1, con impressione del muro anteriore, con una minima deformazione delle vertebre a cuneo con un angolo di deformazione estremamente limitato. Le radiografie da me eseguite attualmente non mostrano alterazioni degenerative rilevanti al passaggio toracolombare e le deformazioni a cuneo delle vertebre, sono di modesta entità e non provocano delle alterazioni statiche rilevanti. Il quadro clinico è caratterizzato inoltre non solo da una dolenzia localizzata a questo passaggio, ma di una tendenza alla generalizzazione dei disturbi con interessamento praticamente di tutta la colonna con un'estrema dolenzia alla palpazione anche solo superficiale della colonna vertebrale e della muscolatura para-vertebrale stessa. Il quadro clinico è inoltre caratterizzato da una chiara tendenza all'aggravazione della sintomatologia con un atteggiamento tipico alla deambulazione che è a piccoli passi, con espressione cronica di sofferenza, nonché appoggio delle mani nella zona lombare. Tenendo quindi in considerazione i reperti clinici e radiologici di ben modesta entità, nonché le problematiche sopraelencate con tendenza alla generalizzazione della sintomatologia e quindi lo sviluppo di una problematica del reumatismo delle parti molli e la problematica di aggravazione, ritengo che dal punto di vista puramente reumatologico, il paziente non presenti un'incapacità lavorativa nelle attività svolte precedentemente e più precisamente nelle attività di manovale edile. Anche per qualsiasi altro tipo di attività sia medio pesante o medio leggera, il paziente non ha limitazioni particolari." (cfr. doc. _) - rapporto 20.3.2002 del dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica, interpellato nell'ambito degli accertamenti multidisciplinari ordinati dall'assicurazione per l'invalidità : "

VALUTAZIONE La valutazione di questo caso è resa difficile dalla discrepanza tra l'anamnesi, l'esame clinico ed i referti radiologici. Esiste una probabile tendenza all'aggravamento che lascio valutare ai miei colleghi psichiatri. Per quanto riguarda la problematica delle mani il paziente presenta delle chiare limitazioni funzionali, più a destra che a sinistra, in seguito a lesioni traumatiche. Sul piano terapeutico non penso che siano indicate delle misure chirurgiche a livello della mano destra. Anche per quanto riguarda la mano sinistra con la pseudoartrosi del navicolare, attualmente poco sintomatica e tenendo conto della persistente limitazione della mano controlaterale, sconsiglio un trattamento chirurgico nella situazione attuale. Per quanto riguarda la capacità lavorativa ritengo che il paziente sia inabile per i lavori pesanti e manuali. In un lavoro adatto, leggero (attività tipo sorveglianza), in cui non deve assumere posizione non ergonomiche ed effettuare sforzi a livello degli arti superiori, la capacità potrebbe superare il 50%." (cfr. doc. _) Con l'impugnata decisione su opposizione, l'assicuratore infortuni ha stabilito che _____ non presentava più alcun postumo infortunistico organico (fatta eccezione per la mano destra) e, per quanto riguarda i disturbi psichici, ha negato l'esistenza di una relazione di causalità adeguata con gli eventi traumatici assicurati (lasciando aperta la questione della causalità naturale, cfr. doc. _, p. 4). 2.5.1.2. Una attenta valutazione della documentazione

medica agli atti permette al TCA di concludere che - tenuto conto unicamente dei postumi somatici oggettivamente degli infortuni assicurati (riservati i disturbi residuali localizzati all'estremità superiore destra, in relazione ai quali l'Istituto assicuratore convenuto si è detto disposto a valutare l'eventuale diritto ad una rendita di invalidità e/o ad un'indennità per menomazione dell'integrità e, in seguito, ad emanare una nuova decisione formale al riguardo, cfr. doc. __, p. 5 in fine - inc. __) - l'assicurato ha riacquisito la piena capacità lavorativa nei tempi e nei modi indicati dall'_____ nella decisione impugnata, circostanza che, del resto, non appare neppure contestata, visto che la _____ ha incentrato il proprio ricorso sui soli disturbi psichici (cfr. I e V). In particolare, grazie agli accertamenti specialistici predisposti dall'assicuratore LAINF, rispettivamente, dall'_____, si è potuto accertare che i disturbi a carattere neuropsicologico accusati dall'assicurato non potevano essere inquadrati nell'ambito di una sindrome post-commozionale. Essi non erano altro che l'espressione di turbe di natura psichica e, quindi, non la conseguenza di una lesione organica a livello del sistema nervoso centrale (cfr. perizia 14.11.2001 del dott. _____, doc. __, p. 21: "(...). Les troubles à caractère neuropsychologiques du patient ne sont pas en relation avec une atteinte organique cérébrale. Ils doivent être interprétés dans le cadre des troubles de la personnalité du patient, souffrant d'ailleurs de troubles chroniques, en partie en relation de causalité naturelle avec une fracture compliquée du premier métacarpien de la main droite survenue il y a 3 ans" - la sottolineatura è del redattore; perizia 11.2.2002 del dott. _____ acclusa al doc. __: "(...). Dal punto di vista prettamente neurologico non vi sono deficit che implicino un'inabilità lavorativa del paziente quale gruisa rispettivamente manovale. (...). Se almeno nella fase iniziale era pensabile che i deficit cognitivi descritti fossero riferibili al trauma cranico subito, che ha sicuramente comportato anche una commozione cerebrale, essendosi trattato comunque di un trauma cranico relativamente discreto, senza lesioni evidenziabili alla RM cerebrale e vista l'evoluzione poco favorevole con un peggioramento secondario del sintomi, penso che gli attuali disturbi cognitivi non siano da mettere in relazione primaria al trauma subito ma debbano essere riferiti piuttosto alla situazione psichica dell'assicurato. In quest'ottica, l'abilità lavorativa dipende primariamente dalla valutazione psichiatrica e neuropsicologica. Come già ricordato più sopra non penso però che si possa parlare di una sindrome psico-organica post traumatica ma piuttosto di deficit cognitivi da interpretare primariamente nell'ambito della patologia psichiatrica" - la sottolineatura è del redattore; rapporto 8.2.2001 del dott. _____, doc. __: "Die von Frau _____, Neuropsychologin der Klinik _____, festgestellte Verschlechterung der kognitiven Funktionen lassen sich ebenfalls neurologisch nicht begründen. Die festgestellte Verschlechterung der neuropsychologischen Defizite, können im Rahmen einer depressiven Entwicklung erklärt werden oder weniger wahrscheinlich im Rahmen eines dementiellen Syndroms" - la sottolineatura è del redattore). D'altro canto, il dott. _____, spec. FMH in reumatologia e riabilitazione, ha indicato che i modesti reperti oggettivamente a livello della colonna toraco-lombare, interessata dall'evento traumatico del settembre 1999, non correlano con la sintomatologia soggettivamente accusata dall'assicurato e, in tutti i casi, non sono tali da incidere negativamente sulla sua capacità lavorativa (cfr. perizia 20.2.2002 acclusa al doc. __: "(...). Tenendo quindi in considerazione i reperti clinici e radiologici di ben modesta entità, nonché le problematiche sopraelencate con tendenza alla generalizzazione della sintomatologia e quindi lo sviluppo di una problematica del reumatismo della parti molli e la problematica di aggravamento, ritengo che dal punto di vista puramente reumatologico, il paziente non presenti un'incapacità lavorativa nelle

attività svolte precedentemente e più precisamente nelle attività di manovale edile. Anche per qualsiasi altro tipo di attività sia medio pesante o medio leggera, il paziente non ha limitazioni particolari" - la sottolineatura è del redattore). Infine, il dott. _____, che ha periziato _____ dal profilo _____, ha diagnosticato un'importante ipoacusia di tipo misto all'orecchio destro riconducibile ad un infetto cronico discreto nella cassa timpanica, affezione che potrebbe rivelarsi di parziale impedimento nell'esercizio dell'attività di gruista, meno in quella di manovale. Secondo il suddetto specialista, l'eziologia di questa patologia è comunque "poco chiara" (cfr. perizia 11.2.2002 acclusa al doc. _). Da parte loro, i dott. _____ e _____, autori della perizia _____ del 25 marzo 2002, hanno fatto accenno ad una "possibile partecipazione posttraumatica" (doc. _, p. 15 - la sottolineatura è del redattore). In queste condizioni, la problematica uditiva di cui soffre _____ non può essere annoverata fra le conseguenze naturali degli infortuni assicurati (cfr., al riguardo, consid. 2.4.1.).

2.5.2. Affezione psichica

2.5.2.1. _____ presenta indubbiamente dei seri disturbi di natura psichica. Dagli atti all'inserto si evince che lo stato psichico dell'assicurato è stato indagato in più di un'occasione, da diversi specialisti nella materia. La dott.ssa _____, psichiatra di fiducia della Cassa malati ricorrente, in data 5 aprile 2000, ha diagnosticato - per quanto qui d'interesse - un episodio depressivo di media gravità senza sintomi biologici (ICD 10 F 32.10, cfr. doc. _, p. 4). Da parte sua, il dott. _____, psichiatra curante, ha posto la diagnosi di sindrome organica di personalità con deficit a livello mnemonico e a livello dell'organizzazione spaziale (cfr. rapporto 11.5.2000 accluso al doc. _). Con referto del 9 agosto 2000, la dott.ssa _____ ha modificato la propria valutazione, evidenziando la presenza di una sindrome post-commotiva (ICD 10 F 07.2). Essa ha inoltre sostenuto l'esistenza di una relazione di causalità naturale con il primo infortunio, non potendo peraltro escludere un aggravamento successivo dovuto al secondo trauma (cfr. doc. _, p. 2). Chiamata a prendere posizione in merito al contenuto della perizia allestita dal dott. _____, la dott.ssa _____, in data 28 gennaio 2002, parrebbe essere ritornata all'originaria diagnosi di stato depressivo, naturale conseguenza dell'infortunio dell'ottobre 1998 (cfr. rapporto 28.1.2002 accluso al doc. _). Per finire, la dott.ssa _____, interpellata nell'ambito degli accertamenti ordinati dall'_____, ha diagnosticato una sindrome da disadattamento, reazione depressiva prolungata (ICD 10 F 43.21), nell'ambito di una sindrome post-commotiva (ICD 10 F 07.2 - cfr. rapporto 6.2.2002 accluso al doc. _). Da quanto precede emerge che già l'aspetto diagnostico delle turbe psichiche lamentate da _____, ha fatto oggetto di valutazioni contrastanti fra loro. A maggiore ragione, non è possibile trarne delle conclusioni affidabili per quel che riguarda la loro eziologia. Questa Corte ritiene, comunque, di potersi esimere dall'esaminare più da vicino la questione riguardante la natura dei disturbi psichici di cui è portatore l'assicurato, poiché, anche nell'ipotesi in cui si dovesse ammettere che questi ultimi costituiscono una naturale conseguenza degli infortuni assicurati, ciò non sarebbe ancora sufficiente per poter fondare l'obbligo contributivo dell'assicuratore LAINF convenuto, facendo difetto - così come verrà meglio dimostrato in seguito - l'adeguatezza del nesso di causalità, aspetto che deve essere valutato alla luce dei criteri sviluppati nella DTF 115 V 133ss. (cfr. STFA del 20 dicembre 1994 nella causa L., inedita). In questo ordine d'idee - essendo l'esame della causalità adeguata una mera questione giuridica - è inutile che il TCA ordini una perizia psichiatrica.

2.5.2.2. Si tratta ora d'esaminare l'adeguatezza del legame causale. Occorre, avantutto, procedere alla classificazione degli infortuni occorsi all'insorgente. Da notare che se, a seguito di due o più infortuni, si presenta una elaborazione psichica abnorme, il nesso

causale adeguato deve essere di regola valutato separatamente per ognuno degli infortuni, conformemente alla giurisprudenza relativa alle conseguenze psichiche di infortuni (cfr. RAMI 1996 U 248, p. 176ss.; U. Müller, Die Rechtsprechung des EVG zum adäquaten Kausalzusammenhang beim sog. Schleudertrauma der Halswirbelsäule (HWS): Leitsätze, Kasuistik und Tendenzen, in SZS 2001, p. 425). La dinamica dell'evento traumatico del 21 ottobre 1998 risulta dal rapporto ispettivo del 9 dicembre 1999 e, d'altronde, non ha mai dato adito a discussioni fra le parti: " (...). In quell'occasione stava salendo una scala di ferro, posta all'interno di una botola. Doveva recarsi al piano superiore portando uno strumento di misurazione. Con una mano si aggrappava ai pioli, con l'altra teneva lo strumento. Giunto quasi in cima alla scala, con metà del corpo già oltre la soletta superiore, gli è scivolato un piede. Ha perso l'equilibrio. Si è istintivamente aggrappato ad un mattone in cotto di cm. 30 x 20 ca., posato lungo il bordo della botola. È caduto da un'altezza poco superiore ai due metri, trascinando con sé il mattone. Nella caduta è stato colpito dallo stesso mattone nel centro della fronte, riportando pure escoriazioni a livello della radice del naso. Questi andava in seguito a colpirlo al pollice destro, procurandogli la nota frattura." (doc. _) A causa del sinistro, l'assicurato ha riportato una frattura pluriframmentaria del primo metacarpo destro, nonché escoriazioni multiple al viso ed al dorso della mano destra, ciò che ha reso necessario il suo ricovero, durante il periodo 21-23 ottobre 1998, presso la Clinica _____, dove è stato sostanzialmente sottoposto ad un intervento chirurgico di decompressione della loggia tenarica e drenaggio, seguito da una terapia conservativa della frattura con fissazione in gesso. Da notare che il dott. _____, nel suo referto peritale del 14 novembre 2001, ha reputato soltanto possibile la circostanza che l'assicurato, in tale evenienza, abbia pure riportato una commotio cerebri (cfr. doc. _, p. 18). Dopo l'asportazione del gesso, _____ è stato sottoposto ad alcuni cicli di ergoterapia. L'assicurato ha potuto riprendere l'esercizio della propria attività lavorativa al 50% a decorrere dall'8 marzo 1999 e in misura completa a far tempo dal 12 aprile 1999. Nella sentenza pubblicata in RAMI 1998 U 307, p. 448ss., il TFA ha ritenuto che una caduta da un'altezza di cinque metri con frattura della tibia, deve essere considerato un infortunio di media gravità al limite dei casi gravi. In questa pronunzia, vi si trova una panoramica di casi concernenti delle cadute: " a) Die bisherige Rechtsprechung zur Einteilung der Unfälle mit psychischen Folgeschäden, bei denen ein Sturz aus einer gewissen Höhe als Ursache auftritt, in leichte, mittelschwere und schwere Unfälle, zeigt folgendes Bild: Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat den Sturz von einer Leiter aus einer Höhe von vier bis fünf Metern auf einen Gehsteig mit verschiedenen gravierenden Knochenbrüchen als schweren Unfall gewichtet (unveröffentlichtes Urteil R. vom 25. Juni 1989). Ebenfalls der Kategorie der schweren Unfälle zugerechnet worden ist der Absturz eines Kranführers mit einem an der Decke eines Bahntunnels montierten Krans aus mindestens acht Metern Höhe (unveröffentlichtes Urteil L. vom 23. Dezember 1997). Im weiteren hat das Eidgenössische Versicherungsgericht den Sturz in einen rund acht Meter tiefen Kaminschacht mit offener Fraktur des rechten Fusses als Ereignis im Grenzbereich zwischen den mittelschweren und den schweren Unfällen qualifiziert (unveröffentlichtes Urteil A. vom 10. Mai 1995). Den Sturz aus mehreren Metern Höhe auf Rücken und Gesäss mit Frakturen an diversen Metatarsalen und Kontusionen im Bereich des Rückens hat es ebenfalls als ein mittelschweres Ereignis an der Grenze zu den schweren Fällen eingestuft (SVR 1996 UV Nr. 58 S. 193; unveröffentlichtes Urteil G. vom 11. Juli 1995). Derselben Kategorie ist der Sturz aus einer Höhe von etwa fünf Metern von einer Leiter auf den Boden zugeordnet worden, bei welchem sich der Versicherte eine Commotio cerebri, eine

Beckenschaufelfraktur rechts, eine distale Radiustrümmerfraktur rechts mit Abriss des Processus styloideus ulnae, eine traumatische Bursitis olecrani rechts sowie eine Rissquetschwunde über dem rechten Auge zuzog (unveröffentlichtes Urteil S. vom 4 Dezember 1996). Als Ereignis im mittleren Bereich hat es den Sturz in alkoholisiertem Zustand über eine Treppe, wobei der Versicherte den Kopf aufschlug und eine Nasenbeinfraktur sowie Rissquetschwunden an der Nasenwurzel erlitt, betrachtet (unveröffentlichtes Urteil K. vom 19 September 1994). Ebenfalls als mittelschwer ist der Unfall qualifiziert worden, bei dem der Versicherte aus einer Höhe von 2,5 bis 3 m von einer Leiter stürzte und sich diverse Prellungen zuzog (unveröffentlichtes Urteil I. vom 3. November 1995). Demgegenüber hat es den Unfall, bei dem ein Versicherter das Gleichgewicht verlor, von einem 1,2 m hohen Gerüst fiel und eine Calcaneusfraktur erlitt, im mittleren Bereich, aber an der Grenze zu den leichten Fällen angesiedelt (unveröffentlichtes Urteil T. vom 20 November 1991)." (RAMI 1998 cit., consid 3a) In una sentenza dell'8 settembre 1999 nella causa S., U 122/99, il TFA ha classificato, tutt'al più, fra gli infortuni di grado medio all'interno della categoria media, l'evento in cui l'assicurato, in preda ai fumi dell'alcool, é caduto a capofitto in un canale profondo circa due metri e mezzo, riportando una commotio cerebri con ferita lacero-contusa al mento ed una frattura radiodistale intraarticolare a sinistra. Infine, in una sentenza del 4 gennaio 2000 nella causa L., inc. n. 35.1999.9, questa Corte ha considerato di grado medio, al limite della categoria inferiore, l'infortunio in cui l'assicurato si trovava a lavorare su un ponteggio alto al massimo due metri, allorquando venne colpito al piede sinistro da un puntello di ferro. Ciò gli fece perdere l'equilibrio e cadde a terra, battendo il capo e la regione lombo-sacrale e riportando una contusione lombo-sacrale, una ferita lacero-contusa alla caviglia destra, una contusione al piede sinistro nonché una commozione cerebrale. Nel caso di specie, alla luce della dinamica dell'evento e delle lesioni riportate, l'infortunio occorso a _____ non può essere classificato né fra quelli leggeri ma neppure fra quelli gravi: a mente del TCA, si tratta, tutt'al più, di un infortunio di grado medio all'interno della categoria media. Il giudice è, quindi, tenuto a valutare le circostanze connesse con l'infortunio, secondo i criteri elaborati dal TFA e qui evocati al consid. 2.4.3.. Per ammettere l'adeguatezza sarebbe, pertanto, necessaria, alternativamente, o la presenza particolarmente incisiva di un fattore (ad esempio, una durata particolarmente lunga dell'incapacità lavorativa per l'intervento di complicazioni durante la cura) o l'intervento di più fattori. Tutto ben considerato, in casu, l'unico criterio che potrebbe entrare in linea di conto é quello dei dolori somatici persistenti, ponendo mente ai disturbi localizzati a livello del pollice della mano destra, disturbi sopportabili a riposo, che aumentano di intensità alla mobilitazione ed allo sforzo. Tuttavia, questo criterio non appare soddisfatto con l'intensità richiesta dalla giurisprudenza, ritenuto soprattutto che, dopo l'infortunio del settembre 1999, questi disturbi sono stati chiaramente relegati in secondo piano, per rapporto alla restante sintomatologia. D'altro canto, il TCA non può condividere il parere secondo cui l'inabilità lavorativa conseguente al primo evento traumatico sarebbe stata particolarmente lunga (cfr. V, p. 2). In effetti, _____ è stato in grado di riprendere il proprio lavoro in misura del 50% a distanza di quattro mesi e mezzo dall'infortunio (8 marzo 1999) ed in misura completa a distanza di cinque mesi e mezzo (12 aprile 1999). A titolo di raffronto, in una sentenza del 29 marzo 1996 nella causa M. inc. n. 35.1995.277 - confermata dal TFA con pronuncia del 4 marzo 1998, U 101/96 - il TCA non aveva considerato realizzato in maniera particolarmente incisiva il criterio del grado e della durata dell'incapacità lavorativa, trattandosi di un assicurato la cui inabilità si era protratta, pur con alcune riprese parziali,

per circa due anni. In data 1° settembre 1999, _____ é rimasto vittima di un secondo evento infortunistico. Mentre stava percorrendo un sentiero per recarsi sul luogo di lavoro, l'assicurato, verosimilmente a causa di una perdita di conoscenza, è rotolato per alcuni metri (4 metri secondo il rapporto di polizia [cfr. doc. _], 7-8 metri secondo il datore di lavoro, [doc. _]) nella sottostante scarpata (pietraia). Ripresa conoscenza, egli è riuscito a raggiungere di nuovo il sentiero, dove è stato finalmente soccorso da alcuni colleghi.

_____ è stato trasportato con l'elicottero presso l'Ospedale regionale di _____, dove i sanitari gli hanno diagnosticato una frattura stabile delle vertebre Th12 e L1, contusioni al fianco ed al ginocchio sinistri nonché una ferita lacerocontusa al volto (cfr. doc. _). Da parte sua, il perito dott. _____ ha riconosciuto che l'assicurato ha pure riportato una breve commozione cerebrale (cfr. doc. _, p. 19). A proposito della frattura vertebrale, va detto che l'esame scintigrafico eseguito il 26 novembre 1999 presso l'Istituto oncologico delle Svizzera italiana (), non ha permesso di confermare la diagnosi posta dai medici dell'Ospedale regionale di _____, grazie ad un'indagine radiologica convenzionale (cfr. doc. _: "Non ci sono segni scintigrafici per una frattura pregressa o recente a livello D12-L1 (corpi vertebrali D12-L1 appiattiti su Morbo di Scheuermann e ben visibile alla colonna dorsale alla Rx)"). Secondo questa Corte, quello occorso all'assicurato il 1° settembre 1999 è stato un infortunio di media gravità all'interno della categoria media. Del resto, il TFA ha proceduto ad una identica classificazione in una sentenza del 30 aprile 2001 nella causa A., U 281/00, riguardante un assicurato che, avendo perso l'equilibrio mentre stava lavorando in cima ad una scarpata, è scivolato o rotolato per diversi metri, fino in fondo al pendio. Egli ha riportato una commotio cerebri e contusioni in più parti del corpo (cfr. consid. 5b). Pertanto, anche in questo caso, 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. L'incidente non si é svolto secondo circostanze concomitanti particolarmente drammatiche o spettacolari (cfr. la suevocata STFA del 30 aprile 2001, consid. 5c). Del resto, in casi quali quello sub iudice, in cui l'assicurato é colpito d'amnesia, la nostra Corte federale ha, in più di un'occasione, escluso a priori che l'infortunio possa essere stato vissuto in modo particolarmente impressionante dall'interessato (cfr. STFA del 21 dicembre 1993 nella causa L., U 158/93 e del 2 agosto 1994 nella causa G., nonché STCA del 9 marzo 1999 nella causa J., inc. n. 35.1998.97, confermata dal TFA con giudizio del 4 agosto 1999, U 164/99). Dalle tavole processuali emerge che i disturbi di natura psichica di cui soffre l'assicurato sono apparsi molto rapidamente dopo l'evento traumatico e, di seguito, sono passati in primo piano. A questo riguardo, si osserva che già in occasione della degenza presso la Clinica di riabilitazione _____, dunque nel settembre/ottobre 1999, i sanitari avevano fatto accenno alla presenza di turbe psichiche e prescritto una specifica terapia farmacologica (cfr. doc. _). In data 30 novembre 1999, il dott. _____, medico di circondario dell'_____, aveva rilevato una profonda discrepanza fra lo stato oggettivamente constatabile e lo stato soggettivo, auspicando finalmente l'introduzione di una cura speciale per la depressione (cfr. doc. _). Con il suo rapporto del 26 gennaio 2000, il dott. _____, medico fiduciario della _____, si era dichiarato convinto che la sofferenza fisica si trovava "... associata ad una sofferenza psicologica che il signor _____ mette in relazione all'impossibilità di svolgere qualsiasi attività e al fatto di essere di peso per la famiglia nel suo stato attuale. Risulta chiaramente un contrasto durante l'esame clinico tra i sintomi lamentati dal paziente e le constatazioni oggettive e risulta difficile spiegare esattamente con le conseguenze organiche del trauma subito, l'importante

difficoltà alla marcia e al cambio di posizione che il Signor _____ esprime sia a parole sia con l'espressione del viso durante tutta la durata dell'esame" (cfr. doc. _). Ora, accertato come la problematica psichica sia sopravvenuta in tempi brevi dopo l'evento infortunistico del settembre 1999, non può essere sostenuto che la medesima patologia si sia sviluppata progressivamente e, soprattutto, che essa corrisponda al risultato di dolori somatici persistenti, di un'incapacità lavorativa per motivi organici prolungatasi nel tempo, ecc., motivo per cui i criteri di rilievo elaborati dal TFA non appaiono realizzati. Se ne deduce che né l'infortunio del 21 ottobre 1998 né quello del 1° settembre 1999 hanno avuto, secondo il corso ordinario delle cose e l'esperienza della vita, un significato decisivo per l'instaurazione dei disturbi psichici di cui è affetto _____. In siffatte condizioni, si deve negare l'esistenza del nesso causale adeguato e, con esso, la responsabilità dell'Istituto assicuratore convenuto.

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