

TI_GERICHTE 35.2002.52 vom 25. April 2002

TI Tribunale d'appello, 2002-04-25, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2002.52

FR: TI_GERICHTE 35.2002.52 du 25 avril 2002

IT: TI_GERICHTE 35.2002.52 del 25 aprile 2002

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 5

b/bb, 118 V 286 e 117 V 365 in fine; cfr., pure, U. Meyer-Blaser, Kausalitätsfragen aus dem Gebiet des Sozialversicherungsrechts, in SZS 2/1994, p. 104s. e M. Frésard, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], n. 39). 2.6. Diversa invece è la situazione per quel che riguarda le affezioni di carattere psichico, dove la nozione di causalità adeguata assume un'importanza fondamentale. In merito all'adeguatezza del rapporto causale fra infortunio e disturbi di natura psichica manifestatisi dopo di esso, il TFA ha avuto modo di esprimersi ripetutamente e la sua giurisprudenza è stata sottoposta a profonde trasformazioni. Di questa evoluzione significative sono le sentenze in DTF 112 V 37 (l'adeguatezza è riconosciuta solo nei casi in cui l'infortunio riveste un'importanza rilevante nell'insieme delle circostanze; l'idoneità del trauma a provocare turbe psicogene non si misura più per rapporto alle reazioni di una persona "normale"); in DTF 113 V 316 e 324 (l'adeguatezza difficilmente può essere negata se alla luce della personalità pretraumatica dell'assicurato l'infortunio non è, con le circostanze concomitanti, relegato all'irrelevanza); in RAMI 1988 U 47 pag. 225 in cui il TFA ha ribaltato la precedente formulazione negativa esigendo che l'infortunio rivesta "una certa importanza" per rapporto a tutto il complesso delle circostanze; e infine in DTF 115 V 133, in cui la somma istanza ha ritenuto utile procedere ad una classificazione degli infortuni sulla base di criteri oggettivi anziché fondarsi direttamente sul modo in cui la vittima ha vissuto ed elaborato il trauma. Il TFA conferisce valore paradigmatico non all'esperienza dell'infortunio (Unfallerlebnis) ma all'evento infortunistico come tale (Unfallereignis), valutato oggettivamente (objektivierte Betrachtungsweise) in funzione del modo in cui è avvenuto l'infortunio propriamente detto (cfr. DTF 115 V 408 consid. 5; RAMI 1992 U 154 p. 246ss). " A seconda della dinamica dell'infortunio, esso è classificato in una delle tre categorie seguenti: nella categoria degli eventi insignificanti o leggeri, in quella degli eventi gravi e in quella degli eventi di grado medio." Di regola l'adeguatezza del nesso causale viene ammessa nel caso di infortuni gravi ("secondo il corso ordinario delle cose e l'esperienza della vita gli infortuni gravi sono in effetti idonei a provocare danni invalidanti alla salute psichica"). Per contro, nel caso di infortuni insignificanti ("l'assicurato per esempio ha leggermente battuto la testa o si è slogato il piede") o leggeri (ad esempio caduta o scivolata banale) l'adeguatezza può di regola essere negata a priori (RAMI 1992 U 154, p. 246ss.). L'infortunio sarà tutt'al più ritenuto la causa fortuita delle turbe nondimeno manifestatesi. La vera causa è da ricercare in fattori extra-infortunistici, per esempio nella predisposizione costituzionale. "E' noto per esperienza che gli infortuni

della presente categoria, data la loro minima importanza, non possono influire sulla salute psichica dell'infortunato". Per quanto attiene, invece, agli infortuni di grado medio - cioè a quegli "eventi che non possono essere classificati nelle due predette categorie" - l'adeguatezza non può essere stabilita facendo semplicemente riferimento all'evento infortunistico. " Occorre piuttosto tener conto, da un profilo oggettivo, di tutte le circostanze che sono strettamente connesse con l'infortunio o che risultano essere un effetto diretto o indiretto dell'evento assicurato. Esse possono servire da criterio di apprezzamento nella misura in cui secondo il corso ordinario delle cose e l'esperienza della vita sono tali da provocare o aggravare, assieme all'infortunio, un'incapacità lavorativa e di guadagno di origine psichica." I criteri di maggior rilievo sono: - le circostanze concomitanti particolarmente drammatiche o la particolare spettacolarità dell'infortunio; - la gravità o particolare caratteristica delle lesioni lamentate, segnatamente la loro idoneità, secondo l'esperienza, a determinare disturbi psichici; - la durata eccezionalmente lunga della cura medica; - i disturbi somatici persistenti; - la cura medica errata che aggrava notevolmente gli esiti dell'infortunio; - il decorso sfavorevole della cura e le complicazioni rilevanti intervenute; - il grado e la durata dell'incapacità lavorativa dovuta alle lesioni fisiche. Il TFA opera all'interno della classe medio-grave un'ulteriore, doppia distinzione. Gli infortuni medio-gravi si dividono in tre sottogruppi a seconda della loro relativa gravità: - infortuni la cui gravità raggiunge il punto più alto della categoria e li avvicina addirittura agli infortuni della categoria superiore; - infortuni di media gravità all'interno della categoria medio-grave; - infortuni di poca rilevanza, al limite della categoria inferiore (infortuni insignificanti o leggeri). Nel primo caso basta la presenza di uno solo dei fattori sopra elencati. Nel secondo bisogna nuovamente distinguere: - se un fattore è particolarmente incisivo (ad esempio durata particolarmente lunga dell'incapacità lavorativa per l'intervento di complicazioni durante la cura), l'adeguatezza è ammessa; - in caso contrario occorre l'intervento di più fattori. Nel terzo sottogruppo è richiesta alternativamente: - la presenza, cumulativamente, di tutti i fattori elencati, o - la particolare intensità dei fattori effettivamente intervenuti. Solo a queste condizioni si ammetterà l'adeguatezza del nesso causale. Se però queste condizioni sono adempiute, non si dovrà più ricercare se vi siano altre cause atte a spiegare le turbe psichiche, per esempio in relazione alla predisposizione costituzionale della vittima. Può essere infatti affermato che se l'infortunio e i fattori concomitanti sono particolarmente importanti, al punto da poter causare le turbe psichiche anche se la personalità della vittima non vi sia particolarmente predisposta, l'infortunio avrà la valenza di "causa sopravveniente", che eclissa gli altri fattori. Basta da solo a scompensare la psiche e relega all'irrilevanza la sua eventuale particolare vulnerabilità. Non importa che qualsiasi altro choc avrebbe potuto scompensarla; l'infortunio è in ipotesi idoneo in sé a produrre quel risultato ed è irrilevante che altri traumi avrebbero potuto provocarlo in sua vece. In RAMI 1995 U 215, p. 90ss., il TFA ha ribadito che la qualifica degli infortuni va effettuata secondo criteri puramente oggettivi senza far riferimento al vissuto dell'infortunio elaborato dalla persona coinvolta.

2.7. Anche in materia d'infortunio del tipo "colpo di frusta" alla colonna cervicale, vige una particolare giurisprudenza relativa alla questione della causalità. Nella giurisprudenza applicabile sino all'emanazione della sentenza di principio 4 febbraio 1991 in re S., pubblicata in DTF 117 V 359ss. e RAMI 1991 U 121, p. 95ss., il TFA considerava che in assenza di deficit neurologici e d'alterazioni visibili attraverso radiografie, delle lesioni neuropsichiche non erano, in generale, atte a provocare dei disturbi evolutivi di natura patologica, di modo che - trattandosi d'infortuni del tipo "colpo di frusta" alla colonna

cervicale - senza prova di deficit funzionale organico e senza alterazioni radiologicamente oggettivabili, l'esistenza di una relazione di causalità adeguata era negata, facendo difetto dei postumi durevoli derivanti da un infortunio di quel tipo (DTF 117 V 359 consid. 5c). Con la DTF 117 V 359, il TFA ha definito il quadro clinico tipico di una lesione del tipo "colpo di frusta". In presenza di un tale quadro, si può, di regola, ammettere l'esistenza di una relazione di causalità naturale fra l'infortunio e la susseguente incapacità lavorativa, rispettivamente lucrativa. Questo quadro clinico é caratterizzato da disturbi multipli, quali diffusi mal di testa, vomito, vertigini, disturbi della concentrazione e della memoria, facile stanchevolezza, disturbi visivi, irritabilità, labilità affettiva, depressione, cambiamento della personalità, ecc.. Tale giurisprudenza é stata ulteriormente confermata (DTF 119 V 334; DTF 122 V 415 = SVR 1997 UV 85, p. 309ss.; DTF 123 V 98 = SVR 1997 UV 96, p. 349ss.; cfr., inoltre, gli estratti pubblicati in RAMI 1995 U 221, p. 109ss.). Nella succitata pronunzia, la Corte federale ha ricordato che, secondo le ultime pubblicazioni scientifiche, in caso di "colpo di frusta" alla colonna cervicale, dei deficit funzionali molto diversi possono apparire a distanza di anni, anche senza uno stato patologico oggettivabile. Il fatto che in molti casi i disturbi tipici del "colpo di frusta" non siano oggettivabili con gli attuali mezzi tecnici (RX, TAC, EEG) non deve indurre a qualificarli di puri disturbi soggettivi e, pertanto, a negare ogni rilevanza nell'ambito dell'assicurazione contro gli infortuni. Il TFA ha considerato - modificando così la sua giurisprudenza anteriore - che un infortunio del tipo "colpo di frusta" alla colonna cervicale é, secondo il corso ordinario delle cose e l'esperienza della vita, suscettibile di provocare un'incapacità lavorativa o di guadagno, anche se la natura organica dei deficit funzionali non é stata dimostrata. Ne ha pure dedotto che, per decidere circa l'adeguatezza della relazione di causalità, non é determinante sapere se, da un profilo medico, i disturbi consecutivi al "colpo di frusta" devono essere qualificati piuttosto di natura fisica che psichica, nella misura in cui una tale distinzione, in certi casi, potrebbe essere la causa di notevoli difficoltà d'apprezzamento, vista la complessità e la varietà del quadro clinico. L'Alta Corte ha, peraltro, stabilito che la sua vecchia prassi non avrebbe più potuto essere mantenuta, in quanto, per valutare il carattere adeguato del nesso causale, essa si basava esclusivamente sulle lesioni riportate a seguito dell'infortunio, quando, in ossequio alla giurisprudenza elaborata in materia di turbe psichiche, la medesima questione dev'essere apprezzata riferendosi all'evento infortunistico ed alle circostanze concomitanti ad esso. La particolare natura delle lesioni subite costituisce, in questo ambito, soltanto uno dei criteri che devono essere presi in considerazione. Se ne deduce che, trattandosi di un infortunio del tipo "colpo di frusta" alla colonna cervicale, senza prova di un deficit funzionale oggettivo, la questione della causalità adeguata deve essere valutata basandosi sull'evento infortunistico nonché sull'insieme delle circostanze che, da un punto di vista oggettivo, sono strettamente connesse con lo stesso o che risultano essere un effetto diretto o indiretto dell'evento assicurato, di modo che, secondo il corso ordinario delle cose e l'esperienza della vita, sono atte a provocare o aggravare, assieme all'infortunio, un'incapacità lavorativa o di guadagno. Posto che, tanto in caso di turbe psichiche consecutive ad infortunio quanto in caso di disturbi provocati da un "colpo di frusta" alla colonna cervicale, ci si trova confrontati a deficit che non é possibile oggettivare da un profilo organico, il TFA ha precisato che, per valutare l'adeguatezza del nesso di causalità fra un infortunio ed un'incapacità al lavoro o lucrativa consecutiva ad un "colpo di frusta" alla colonna cervicale, conviene applicare, per analogia, il metodo elaborato per le turbe psichiche. La Corte federale ha, in effetti, statuito che, dal momento in cui la causalità adeguata é stata ammessa in caso d'incapacità al lavoro o di guadagno d'origine psichica

anche in assenza di lesione organica oggettivabile, sarebbe contrario al principio dell'uguaglianza di trattamento fra gli assicurati esigere la prova di una tale lesione in caso d'infortunio del tipo "colpo di frusta" alla colonna cervicale (DTF 117 V 359, consid. 5d/bb). Un discorso analogo, del resto, è stato sviluppato in relazione ai traumi cranio-cerebrali, allorché le lesioni non possono essere sufficientemente dimostrate da un profilo organico (cfr. DTF 117 V 382s. consid. 4b; cfr., pure, S. Leuzinger, *Versicherungsrechtliche Kriterien bei psychischen Unfallfolgen - zur Leistungspflicht im Rahmen der obligatorischen Unfallversicherung*, in P. Zangger/ D. Erb Egli (Hrsg.), *Die verunfallte Psyche*, Zurigo 1999, p. 90).

2.8. Alla luce dei principi evocati al precedente considerando - qualora ci si trovi confrontati a dei sintomi sprovvisti di sostrato organico oggettivabile - è necessario, dapprima, chiedersi se, tenuto conto della dinamica dell'infortunio e dei disturbi diagnosticati, si è o meno in presenza di un infortunio del tipo "colpo di frusta" alla colonna cervicale: " Das Vorliegen eines Schleudertraumas wie seine Folgen müssen somit durch zuverlässige ärztliche Angaben gesichert sein. Trifft dies zu und ist die natürliche Kausalität - aufgrund fachärztlicher Feststellungen in einem konkreten Fall - unbestritten, so kann der natürliche Kausalzusammenhang ebenso aus rechtlicher Sicht als erstellt gelten, ohne dass ausführliche Darlegungen zur Beweiswürdigung nötig wären (BGE 119 V 340 E. 2b/aa)." (DTF 122 V 415 = SVR 1997 UV 85, p. 309ss.).

L'esistenza di un infortunio del tipo "colpo di frusta" così come delle sue conseguenze, presuppone, dunque, delle attendibili certificazioni medico-specialistiche (cfr. RAMI 2000 U 395, p. 316ss. consid. 3 = SVR 2001 UV 1, p. 1ss.; DTF 122 V 415 = SVR 1997 UV 85, p. 309ss.; DTF 119 V 340 consid. 2b/aa; STFA del 12 maggio 2000 nella causa B., consid. 4b/bb, U 404/99 ; cfr., pure, U. Meyer-Blaser, op. cit., p. 104). Per costante giurisprudenza, decisivo dev'essere ritenuto l'apprezzamento diagnostico espresso da uno specialista in neurologia, oltre, beninteso, la presenza del quadro tipico dei disturbi, contraddistinto da un'accumulazione di disturbi (P. Gomm, *Kausalität in der Unfallversicherung*, Plädoyer 3/97, p. 29; J. Senn, *Das "Schleudertrauma" der Halswirbelsäule - Bemerkungen zum Stand der Diskussion*, SZS 4/1996, p. 322; cfr., pure, sentenza 10.8.1998 del TA del Canton Lucerna, pubblicata in Plädoyer 5/98, p. 80ss.).

Se l'esistenza del nesso di causalità naturale è stata ammessa, è ancora necessario pronunciarsi sulla questione riguardante il rapporto di causalità adeguata, questione che dev'essere valutata secondo il metodo elaborato per le turbe psichiche (DTF 115 V 138 consid. 6): " Entgegen der Auffassung des kantonalen Gerichts besteht kein Anlass, bei medizinisch zwar angenommenem, jedoch nicht (hinreichend) organisch nachweisbarem natürlichem Kausalzusammenhang zwischen einem Unfall mit Schleudertrauma der HWS und andauernden Beschwerden, welche die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit einschränken, von einer Prüfung der Adequanz abzusehen, welche grundsätzlich bei sämtlichen Gesundheitsschädigungen, die aus ärztlicher Sicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als natürliche Unfallfolgen gelten können, Platz zu greifen hat (BGE 121 V 49 E. 3a mit Hinweisen; MAURER, a.a.O., S. 460; MEYER-BLASER, a.a.O., S. 82)." (DTF 122 V 417 = SVR 1997 UV 85, p. 310).

2.9. Volendo sintetizzare quanto esposto ai precedenti considerandi - si tratta, in primo luogo, di valutare se l'interessato è rimasto vittima di un trauma d'accelerazione alla colonna cervicale, di un trauma equivalente (cfr. SVR 1995 UV 23, p. 67 consid. 2) oppure di un trauma cerebrale (cfr. DTF 117 V 382 consid. 4). Se ciò dovesse essere il caso, per gli infortuni di grado medio, è necessario applicare i criteri elencati dalla giurisprudenza di cui alla DTF 117 V 366 consid. 6a e 382 consid. 4b. In caso contrario, la valutazione dell'adeguatezza del nesso causale va operata, trattandosi sempre degli infortuni di grado

medio, secondo i fattori elaborati dal TFA nella DTF 115 V 140 consid. c/aa (cfr. RAMI 2000 U 395, p. 316ss. consid. 3 = SVR 2001 UV 1, p. 1ss.). A differenza degli infortuni che hanno comportato un trauma d'accelerazione al rachide cervicale, per l'apprezzamento della causalità adeguata, in caso di disturbi psicogeni, bisogna differenziare le componenti psichiche da quelle somatiche, giacché solo queste ultime vanno considerate. Deve ancora essere aggiunto che l'applicabilità della giurisprudenza federale in materia di causalità adeguata in caso di trauma d'accelerazione alla colonna cervicale, giusta la quale è irrilevante determinare se i disturbi accusati dall'assicurato siano di natura organica e/o psichica (cfr. DTF 117 V 363 consid. 5d/aa), presuppone che questi disturbi siano a tal punto intrecciati fra loro che "eine Differenzierung angesichts des komplexen und vierschichtigen Beschwerdebildes in heiklen Fällen gelegentlich grosse Schwierigkeiten bereitet" (DTF 117 V 363 consid. 5d/aa). Per applicare questa prassi è dunque necessario che i disturbi psichici siano stati provocati dall'infortunio e che unitamente ai disturbi somatici, anch'essi di natura traumatica, formino un complesso di disturbi psicosomatici difficilmente differenziabili (cfr. SVR 2001 UV 13, p. 47ss. = RAMI 2000 U 397, p. 327ss.). Per contro, il tema dell'esistenza del nesso di causalità adeguata va affrontato alla luce dei principi applicabili nel caso di evoluzione psichica abnorme conseguente ad infortunio (DTF 115 V 133) - e, quindi, non alla luce dei criteri che sono stati sviluppati in materia di colpo di frusta alla colonna cervicale (cfr. DTF 117 V 359) - quando le menomazioni rientranti nel quadro tipico dei postumi di un "colpo di frusta" alla colonna cervicale, ancorché, in parte accertate, sono relegate in secondo piano rispetto a marcate turbe psichiche (RAMI 2000 U 397, p. 327ss., DTF 123 V 98ss. = SVR 1997 UV 96, p. 349ss.; STFA del 17 marzo 1995 nella causa Z., STFA del 6 gennaio 1995 pubblicata parz. in RAMI 1995 U 221, p. 177; STFA 9 settembre 1994 pubblicata parz. in RAMI 1995 U 221, p. 115). In una sentenza del 18 giugno 2002 nella causa W., U 164/01, consid. 3a e b, parzialmente pubblicata in RAMI 2002 U 465, p. 437ss., la Corte federale ha ulteriormente precisato la propria prassi. Essa ha, in effetti, stabilito che l'esame della causalità adeguata può essere effettuato sulla base dei principi applicabili nel caso di evoluzione psichica abnorme conseguente ad infortunio, conformemente a quanto sancito dalla DTF 123 V 99 consid. 2a, soltanto se la problematica psichica predomina in maniera chiara già immediatamente dopo l'incidente, ritenuto che, in caso contrario, un'ulteriore applicazione di tale giurisprudenza in un momento successivo si giustifica solo se, nel corso dell'intera evoluzione - dall'infortunio fino al momento determinante per il giudizio -, i disturbi fisici, complessivamente, hanno giocato un ruolo assai secondario e sono stati completamente relegati in secondo piano. Il TFA ha così motivato la suesposta sua precisazione giurisprudenziale: "De r Rechtsprechung gemäss BGE 123 V 99 Erw. 2a liegt der Sachverhalt zu Grunde, dass sehr bald nach einem Unfall mit Schleudertrauma der HWS oder äquivalenten Verletzungen, gleichsam an diesen anschliessend, die psychische Problematik derart überwiegt, dass die mit dem Schleudertrauma einhergehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen (buntes Beschwerdebild) völlig in den Hintergrund treten. Die Formulierung in BGE 123 V 99 Erw. 2b, «das in den ersten Monaten nach dem Unfall durch die Schleuderverletzung geprägte Beschwerdebild (habe) in der Folge in eine psychische Überlagerung umgeschlagen, welche schliesslich eindeutige Dominanz aufwies», ist insofern nicht unmissverständlich, als die Wendung «in der Folge» unter Umständen auf eine gewisse zeitliche Distanz zum Unfall schliessen lassen könnte. Die in BGE 123 V 99 Erw. 2a zitierten Urteile (Urteil C. vom 28. November 1994, U 107/94, auszugsweise publiziert in RKUV 1995 S. 116 Nr. 8 und F. vom 6. Januar 1995, U 185/94,

auszugsweise publiziert in RKUV 1995 S. 117 Nr. 9) zeigen aber ganz klar, dass die psychische Problematik unmittelbar nach dem Unfall eindeutige Dominanz aufweisen muss, damit anstelle von BGE 117 V 351 die zur Adäquanz bei Unfällen mit anschliessend einsetzender psychischer Fehlentwicklung geltende Rechtsprechung Anwendung findet. Würde auf das Erfordernis eines nahen zeitlichen Zusammenhangs zwischen Unfall und überwiegender psychischer Problematik verzichtet, hätte dies zur Folge, dass der adäquate Kausalzusammenhang bei den meisten Versicherten, die ein Schleudertrauma der HWS oder eine äquivalente Verletzung erlitten haben und im Zusammenhang mit diesem Unfall auch an psychogenen Beschwerden leiden, nach BGE 115 V 133 zu beurteilen wäre. Denn bei Opfern eines Schleudertraumas der HWS, bei welchem keine organischen Befunde vorliegen, steht mit zunehmender zeitlicher Distanz zum Unfall immer häufiger die psychische Problematik im Vordergrund. Damit würde jedoch die Rechtsprechung zum adäquaten Kausalzusammenhang bei Schleudertraumen der HWS ohne organisch nachweisbare Befunde (BGE 117 V 359) unterlaufen, für deren Anwendung eben gerade nicht entscheidend ist, ob Beschwerden medizinisch eher als organischer und/oder psychischer Natur bezeichnet werden. " (RAMI succitata, consid. 3a). 2.10. Nella presente fattispecie, in data 13 settembre 1997, _____ é rimasto coinvolto in un incidente della circolazione stradale, avvenuto in territorio del Comune di _____. Dalle tavole processuali emerge che l'autovettura condotta dall'assicurato, una _____, si era arrestata ad uno "Stop", quando il conducente dell'automobile che lo seguiva l'ha tamponato (cfr. doc. _). Il 14 settembre 1997, l'assicurato si è recato presso il Servizio di PS dell'Ospedale regionale di _____, dove i sanitari hanno diagnosticato un trauma del tipo "colpo di frusta" al rachide cervicale, in assenza di lesioni ossee. Dal profilo terapeutico, gli è stato prescritto l'utilizzo di un collare morbido, nonché l'assunzione di antinfiammatori (cfr. doc. _). In data 6 ottobre 1997, _____ ha consultato il dott. _____, presso il Reparto di ortopedia e chirurgia ortopedica dell'Ospedale regionale di _____, il quale ha consigliato l'abbandono progressivo del collare e l'inizio di una fisioterapia con massaggi della muscolatura e mobilizzazione della colonna cervicale (doc. _). Con certificato del 30 ottobre 1997, il medico curante, dott. _____, ha fatto stato della persistenza di cervicalgie accompagnate da cefalea nonché di contratture a livello dei trapezi (cfr. doc. _). L'11 novembre 1997, _____ è stato in grado di riprendere l'esercizio a tempo pieno della propria attività lavorativa (cfr. doc. _). Visto comunque il protrarsi di una sintomatologia dolorosa a livello cervicale, con tendenza ad espandersi anche verso la regione toracale e lombare (cfr. doc. _), il 13 maggio 1998, il ricorrente è stato visitato dal medico di fiducia della _____, dott. _____, spec. FMH in ortopedia e chirurgia ortopedica, il quale ha dato il proprio consenso all'esecuzione di una cura riabilitativa su base stazionaria presso la Clinica _____ (cfr. doc. _). Dal 1° al 27 giugno 1998, _____ è rimasto degente presso la suddetta Clinica di riabilitazione, dove è stato sottoposto a misure fisioterapiche attive e passive, accompagnate da una terapia farmacologica miorilassante, tutto ciò per la cura di una sindrome cervico-cefalica cronica su tensione delle strutture miofasciali, turbe statiche e degenerative e tendenza depressiva (cfr. doc. _). Dimesso dal nosocomio, l'insorgente ha immediatamente ripreso (in data 29 giugno 1998) il proprio lavoro presso l'Hotel _____ (cfr. doc. _). In data 17 novembre 1998, ha avuto luogo una nuova visita di controllo da parte del dott. _____, il quale, ritenendo ormai cronicizzate le condizioni di salute del ricorrente, ha proposto di procedere alla definizione del caso, con riconoscimento di un'indennità per menomazione all'integrità per i disturbi presenti al rachide cervicale (al netto, 10%), riservato il diritto dell'assicurato

di riannunciarsi in caso di peggioramento con incapacità lavorativa: " (...) Raffrontando la situazione attuale con quella al momento della prima valutazione nel mese di maggio, devo ammettere che non è cambiato nulla. Se da una parte l'assicurato accusa un parziale peggioramento del suo stato di salute, in particolare dei disturbi agli occhi poco significativi e delle parestesie alle mani a più riprese nella giornata, dall'altra il corteo delle lamentele è rimasto invariato ed il reperto oggettivo può essere sovrapposto punto per punto a quello del 13.05.98. Si deve quindi prendere atto che il miglioramento parziale ottenuto con le cure stazionarie a _____ è stato perso dopo alcune settimane e che con il passare del tempo si è cristallizzata una sindrome dolorosa tendomiotica diffusa dall'occipite ai glutei con coinvolgimento anche della radice dei membri soprattutto superiori. Si tratta purtroppo della cronicizzazione che speravo di poter evitare con le cure stazionarie. In tale contesto la presenza di uno stato depresso resistente da più mesi alle terapie farmacologiche fa pensare ad un'evoluzione fibromialgica. Tale stato tuttavia non è necessariamente di origine traumatica. Ricordo che lo scompenso psichico è apparso gradualmente nelle settimane seguenti la ripresa lavorativa normale a partire dall'11.11.97. Ci si può quindi chiedere se lo stato depresso potrebbe eventualmente essere una conseguenza dell'infortunio o meno. Pur ammettendo che questo genere di valutazione sia di competenza del magistrato e non del medico, mi pare opportuno aprire una parentesi in merito alla causalità dei disturbi neuropsicologici. Infatti, essi non sono mai stati oggettivati da un esame neuropsicologico. D'altro canto l'assicurato non ha subito un trauma cranico ma una distorsione cervicale per meccanismo di accelerazione all'occasione di un tamponamento posteriore poco dopo essersi fermato alla guida della propria automobile con la cintura di sicurezza allacciata. La cintura di sicurezza ha senz'altro impedito la proiezione in avanti del tronco dopo l'impatto contro lo schienale. Ma, pur evitando un colpo diretto alla testa contro il parabrezza o il cruscotto, non ha potuto impedire il rimbalzo in avanti della testa dopo l'urto contro l'appoggio-testa. Ma l'accelerazione in avanti del capo a questo momento avviene con un'energia ben inferiore a quella esistente al momento dell'accelerazione posteriore sotto effetto del tamponamento da dietro. È quindi molto poco probabile che si possa mettere in evidenza con degli esami speciali di tipo artro-RM o SPECT delle lesioni cerebrali di origine traumatica. Potrebbe anche verificarsi la presenza di alterazioni vascolari degenerative in rapporto non solo con l'età biologica apparentemente più avanzata di quella cronologica ma anche con il tabagismo ed il fumo passivo durante l'attività di cameriere. Risulterebbe comunque necessario fare ancora una valutazione neurologica e neuropsicologica in modo da verificare se ci sono dei deficit oggettivabili e, se del caso, se corrispondono ad aree cerebrali e/o del tronco cerebrale affette da lesioni traumatiche. Infine non si potrebbe fare a meno di una valutazione anche psichiatrica. Una procedura del genere, complessa e costosa, costituisce attualmente l'unico metodo proponibile per stabilire con probabilità preponderante l'esistenza o meno di una relazione tra una contusione cerebrale e/o del tronco cerebrale in seguito ad una distorsione cervicale per meccanismo di accelerazione (effetto di rebound della massa cerebrale nella calotta cranica) e l'esistenza di deficit neuropsicologici. Dal punto di vista biomeccanico ci sono quindi delle grosse differenze tra i meccanismi di accelerazione della testa a seconda che il tamponamento avviene da davanti o da dietro. Nel primo caso le forze di accelerazione in avanti possono essere considerevoli mentre, nel secondo caso, sono molto inferiori. Quanto all'impatto della testa contro l'appoggio-testa nel caso di un tamponamento posteriore esso non provoca abitualmente delle lesioni cerebrali e del tronco cerebrale perché l'energia viene assorbita dall'appoggio-testa (il colpo alla testa viene ammortizzato). Dal punto di vista medico, si

può ammettere che i disturbi dell'assicurato si siano stabilizzati almeno da quando l'ho visto nel mese di maggio, che le cure stazionarie nel mese di giugno hanno consentito un miglioramento parziale ma solo transitorio e che quindi ulteriori cure non hanno più senso. In modo da non tralasciare nulla, ho preso nuovamente contatto con il Dr. _____ che vede ancora il paziente ad intervalli di circa 1 mese. Non gli prescrive più cure particolari ma cerca di aiutarlo ad accettare la propria situazione ed a dipendere il meno possibile dai farmaci limitandosi ad un sostegno psicologico. A questo punto, ci si può chiedere se non conviene chiudere il caso dal momento che il paziente lavora normalmente da quando ha ripreso le sue attività di cameriere il 29 giugno (appena dopo le cure stazionarie a _____) e che i disturbi vertebrali dipendono in buona parte da alterazioni statiche e degenerative in rapporto con l'età. Propongo quindi un compromesso pragmatico: chiusura del caso concedendo all'assicurato un indennizzo per menomazione di integrità limitatamente ai disturbi cervicali su riserva di una clausola interna che garantisca al paziente la possibilità di annunciarsi di nuovo in caso di peggioramento con un'incapacità lavorativa. Si dovrebbe allora procedere a tutti gli accertamenti appena evocati al fine di definire il diritto ad una rendita di invalidità. È possibile che si debba allora concedere un complemento di indennità per menomazione di integrità per dei disturbi neuropsicologici secondari a delle lesioni cerebrali obbiettivabili. Ma, come già detto, tale evenienza mi pare poco probabile. Per quanto concerne la menomazione di integrità per i disturbi cervicali, può venire valutata al circa 20% secondo la tabella n. 7 della Suva. Tale percentuale corrisponde a dolori più o meno intensi, anche di notte ed a riposo, che vengono accentuati dagli sforzi e diminuiscono solo lentamente dopo aggravamento. Ma, tenuto conto dell'influenza sfavorevole delle alterazioni statiche e degenerative preesistenti, si può applicare una riduzione di metà. La menomazione di integrità per i disturbi cervicali in rapporto con l'infortunio del 13.09.97 può quindi venire valutata al 10%" (doc. __, p. 5-7) L'assicuratore LAINF convenuto ha quindi posto termine alle prestazioni di corta durata (cura medica e indennità giornaliera) a partire dal 29 giugno 1998 ed ha assegnato a _____ un'IMI del 10%, corrispondente ad un capitale di fr. 9'720.-- (cfr. doc. __). Con rapporto del 21 aprile 1999, il dott. _____ ha informato la _____ che il suo paziente nel frattempo ha accusato, citiamo: "... una recrudescenza della sua plurisintomatologia cervicale accompagnata da una notevole evoluzione depressiva con un quadro che influisce in maniera sempre più rilevante sulla qualità di vita ed in particolare sulla capacità lavorativa". In ragione di ciò, egli ha proposto all'assicuratore di riconoscere l'assicurato invalido nella misura del 33.3% (doc. __). In data 2 giugno 1999, riferendosi alla precedente sua certificazione, lo stesso dott. _____ ha attestato una inabilità lavorativa del 33.3% a contare dal 1° giugno 1999 (doc. __). Al riguardo, la _____ ha ammesso la propria responsabilità ed ha di nuovo posto _____ al beneficio delle indennità giornaliera (cfr. doc. __). In data 2 luglio 1999, l'insorgente è rimasto vittima di una perdita di conoscenza di breve durata, successiva ad un improvviso intenso dolore in sede occipitale. A seguito di ciò, egli è rimasto degente presso il Reparto di neurologia dell'Ospedale " _____ " di _____ durante il periodo che va dall'8 al 13 luglio 1999, quando i sanitari lo hanno dimesso con la diagnosi di sindrome post-traumatica, in presenza di uno status neurologico normale (cfr. doc. __). Da parte sua, il dott. _____ ha certificato una completa inabilità lavorativa sino al 18 luglio 1999. Dal giorno successivo, _____ è stato nuovamente dichiarato abile al lavoro nella misura di 2/3 (cfr. doc. __). Un nuovo episodio di svenimento, svoltosi secondo delle modalità analoghe al primo, si è verificato in data 15 ottobre 1999 (cfr. doc. __). Chiamato ad esprimersi in merito

a questi svenimenti, il dott. _____ ha negato qualsiasi relazione di causalità con l'evento traumatico del mese di settembre 1997, con tutto ciò che ne è conseguito per quanto riguarda il rimborso dei costi generati dagli accertamenti diagnostici a cui stato sottoposto l'assicurato, nonché per quanto concerne il grado dell'incapacità lavorativa (confermato al 33.3%, cfr. doc. _). Nel corso dell'estate e dell'autunno del 2000, il ricorrente ha fatto oggetto di alcuni accertamenti specialistici, di varia natura (neurologica, neuropsicologica e psichiatrica), allo scopo di finalmente chiarire l'eziologia dei disturbi da lui lamentati: - rapporto 19.6.2000 del dott. _____, spec. FMH in neurologia: " (...) CONCLUSIONI E VALUTAZIONE: Questo paziente aveva presentato un importante trauma distorsivo cervicale in seguito a tamponamento dell'auto sulla quale si trovava il 13.09.97. Da allora vi è un'importante sindrome cervicale cronica sulla quale il paziente ha sviluppato una sindrome depressiva. All'esame neurologico odierno non ho potuto evidenziare rilevanti reperti patologici dal punto di vista strettamente neurologico. Il paziente presenta d'altro canto una netta limitazione della mobilità cervicale. Negli ultimi 10 mesi vi sono stati inoltre 3 episodi con improvvisa accentuazione delle cefalee cervicali e successivamente breve perdita di conoscenza: a questo proposito il paziente è già stato indagato in modo esteso in passato tramite TAC, puntione lombare, RM cerebrale e EEG, tutti esami che non hanno mostrato reperti patologici, escludendo lesioni vascolari, emorragiche o processi espansivi. Penso che questi episodi non siano di origine epilettica: in prima ipotesi si è trattato di esacerbazione dei dolori cervicali improvvisa (almeno in un caso avvenuta probabilmente con movimenti bruschi del capo giocando con la nipotina) e successivamente si è verificata una sincope di origine vasovagale nell'ambito dell'accentuazione dei dolori. Il paziente lamenta pure disturbi mnestici. Per completare il quadro diagnostico, come da te richiestomi, l'ho dunque annunciato anche alla dottoressa _____, neuropsicologa presso l'Ospedale _____ e al dottor _____, psichiatra pure presso l'Ospedale _____, per una valutazione." (doc. _) - rapporto 31.7.2000 della psicologa _____, attiva presso il Servizio di neurologia dell'Ospedale regionale di _____ : " (...) Si tratta di un paziente collaborante e motivato, adeguato, orientato nella persona, nel tempo e nello spazio (confonde tuttavia la propria età e sbaglia la data della valutazione di un giorno). Il dinamismo vitale è ridotto. Si osserva un globale rallentamento psicomotorio. L'affettività è appiattita, la prosodia monotona, l'umore depresso. Con il procedere della valutazione, il paziente diventa più loquace. Lavora in generale in modo impegnato, preciso e concentrato. Buona la comprensione degli esercizi. Il ritmo di lavoro è leggermente rallentato. Al termine della valutazione, il paziente lamenta "fastidio» agli occhi e "confusione in testa" perché dice che si è applicato. Il dolore alla zona cervico-occipitale è aumentato (su una scala da 1 a 10, il paziente lo reputa d'intensità 5-6). Con un globale profilo neuropsicologico nella norma, l'odierna valutazione evidenzia soprattutto lievi-moderati deficit d'attenzione e di concentrazione che si ripercuotono sul globale rendimento, ma soprattutto sulla capacità di cogliere informazioni verbali quando il loro contenuto è complesso, e sulla capacità mnesica verbale. La stanchezza mentale è elevata. Lieve-moderatamente ridotto l'apprendimento visivo-spaziale. Leggermente ridotti: la flessibilità del pensiero, la fluency figurale, la capacità di concentrazione protratta, l'apprendimento verbale, la capacità di cogliere e mantenere informazioni visivo-spaziali, i calcoli mentali, la percezione visiva (differenziazione figura-sfondo). Nella norma: la fluency verbale, i calcoli scritti, la memoria semantica, la comprensione di situazioni sociali. Ridotto il dinamismo vitale. I risultati indicano un disturbo neuro-psicologico lieve-medio. I disturbi soggettivi descritti dal paziente si riscontrano spesso dopo un

violento trauma cervicale di tipo distorsivo. I costanti dolori di intensità variabile nella regione cervico-occipitale influenzano con ogni probabilità le capacità di prestazioni tanto che il paziente a volte è in grado di rendere di più e altre volte di meno. La diminuita resistenza mentale, rispettivamente la diminuita capacità di attenzione e di concentrazione, sono con molta probabilità conseguenze dell'infortunio del 13.09.97. (...)" (doc. _) - rapporto 23.10.2000 del dott. _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia : " (...)

Il periziando si è dimostrato molto collaborante ai colloqui, malgrado le evidenti difficoltà, a tratti, a sostenere il colloquio, in particolare entrando in tematiche riguardanti i genitori in particolare e la famiglia d'origine in generale. A 17 anni lascia infatti la casa dei genitori per seguire il fratello in Germania, lasciando la famiglia ed anche una discreta opportunità lavorativa in quanto i genitori gestivano un negozio di generi alimentari in _____.

Non spiega veramente le ragioni di questa partenza. In seguito dimostra buone capacità di adattamento, perlomeno sul piano lavorativo, inserendosi dapprima in Germania, poi in Francia, poi rientrando in Germania, cambiando quindi numerose occupazioni. All'epoca si definiva una persona molto estroversa, allegra, capace di instaurare buoni rapporti con i colleghi ed anche con i superiori a prezzo di grossi sforzi di iperadattamento. Arrivava ad accettare compromessi francamente pesanti, al fine di evitare conflitti, in certe situazioni sentendosi anche francamente umiliato. Anche nei confronti della moglie, descritta dal periziando come una figura molto forte e direttiva, egli ha assunto un atteggiamento iperadattativo. Non ricorda infatti una sola discussione, un solo momento di disaccordo con la moglie, pur esprimendo al colloquio concetti più o meno apertamente in disaccordo con la moglie, principalmente sull'educazione dei figli. Dopo l'incidente, il periziando riconosce un netto e marcato cambiamento della propria qualità di vita. Si sente via via più insicuro, più giù di morale, più insofferente, meno sicuro di gestire bene le situazioni conflittuali, più irritabile, perde facilmente la pazienza e viene colto da momenti di collera. Inoltre, è preoccupato per i sintomi ed i dolori accusati, che lo limitano fortemente nella propria attività, e comincia a temere di poter perdere, in conseguenza a ciò, il proprio lavoro. Cerca, per quanto possibile, di mantenere l'occupazione, dapprima rientrando al lavoro malgrado la sintomatologia non fosse completamente regredita, dopo un iniziale miglioramento e, malgrado i disturbi, cerca di non fare assenze, sempre nel timore di compromettere la situazione lavorativa, sia a causa della sintomatologia dolorosa, sia forse anche a causa del timore di reazioni incontrollate dovute allo stress. Devo qui ricordare che, meno di un paio di anni prima dell'incidente in oggetto, la moglie del periziando è stata operata di un grave aneurisma cerebrale, intervento al quale è seguita una lunga riabilitazione e, per lungo tempo, il periziando ha avuto il timore di perdere la moglie o che comunque residuassero gravi conseguenze anche visto il parere piuttosto pessimistico o comunque prudente da parte dei medici curanti. Inoltre, in pochi mesi, dopo l'incidente del 1997, il periziando perde entrambi i genitori, sperimentando quindi altre due situazioni importanti di abbandono, a breve distanza. Il periziando parla molto poco di questa circostanza, anzi, non mi sa nemmeno esattamente indicare la causa del decesso e comunque prova ancora oggi un certo disagio a parlare dei propri genitori. Non mette in ogni caso in relazione il probabile sviluppo depressivo di quel tempo con questi eventi luttuosi. E' probabile invece che l'intervento della moglie prima, e la perdita dei genitori poi, abbiano una certa importanza nello sviluppo depressivo. L'evento traumatico dell'incidente rappresenta più che altro un elemento catalitico, al quale il paziente ha attribuito tutta la responsabilità del proprio star male. Inoltre, il periziando ha potuto constatare che, dopo l'incidente, ma in particolare nei due episodi lipotimici del 1999, anche l'atteggiamento della moglie nei suoi confronti è

cambiato. La consorte è più amorevole, meno dura verso di lui ed egli sente la moglie anche più collaborante. È cambiato anche il rapporto con il figlio, che vive ancora con loro. Il periziando riesce ad ottenere dal figlio molto di più ora di quanto potesse ottenere in passato. Concludendo, ritengo che il periziando presenti un quadro depressivo di lunga durata, dove l'incidente rappresenta un importante evento stressante catalizzante, peraltro meno pericoloso da un punto di vista psicologico di quanto possa essere la perdita temuta della moglie o la perdita reale dei genitori. RISPOSTA AI QUESITI POSTIMI 1. Componente depressiva e ruolo rivestito da quest'ultima nella cronicizzazione dei dolori. Il periziando presenta una sindrome depressiva, peraltro già da tempo in trattamento farmacologico. Il paziente, a mio avviso, potrebbe anche trarre beneficio da una psicoterapia di sostegno. In ogni caso, è difficile prevedere una futura ripresa dell'attività lavorativa. Per quanto concerne la seconda parte del quesito, è molto probabile che esista una relazione tra lo sviluppo depressivo e la cronicizzazione dei dolori. 2. Relazione della componente depressiva con il trauma cervicale subito nel 1997. Il periziando stesso riferisce che ha iniziato a stare male dall'incidente e non prima, e che da quel momento è cambiata la sua vita. E' altamente verosimile che l'incidente abbia rotto un equilibrio e rappresentato un evento stressante facilmente individuabile dal paziente stesso, ma che in realtà altri eventi meno consapevoli possano aver contribuito alla genesi del quadro depressivo." (doc. _) L'insieme della documentazione specialistica raccolta è quindi stata sottoposta al dott. _____. Questo medico ha stabilito che _____ ha raggiunto lo status quo sine a partire dalla sua dimissione dalla Clinica di riabilitazione di _____, pertanto nel mese di giugno 1998: " (...) Sulla base dei chiarimenti neurologici, neuropsicologici e psichiatrici svolti tra l'estate e l'autunno di quest'anno si può affermare che il caso poteva venire chiuso definitivamente senza prestazioni di lunga durata dopo la dimissione dalla Clinica _____ il 26.11.98 in quanto lo status quo sine era stato raggiunto. La concessione di un'indennità per menomazione d'integrità del 10% come proposto nel mio rapporto fiduciario 26.11.98 ora non mi risulta più giustificata. Infatti, sia i disturbi cervico-scapulo-dorsali essenzialmente muscolotensivi che i disturbi psichici e neuropsicologici non sono di origine organica bensì psichica senza rapporto con l'infortunio. La distorsione cervicale quindi non ha provocato un'aggravazione determinante delle alterazioni degenerative cervicali pre-esistenti, seppure significative ma certamente non gravi." (doc. _) Con decisione formale del 18 ottobre 2001, la _____ ha comunicato all'assicurato che la propria responsabilità si è estinta con effetto retroattivo dal 29 giugno 1998, di modo che le prestazioni corrispostegli dopo tale data (nonché l'IMI del 10%) lo sono state, in realtà, indebitamente (cfr. doc. _). In sede di decisione su opposizione, l'assicuratore LAINF ha tuttavia rinunciato a chiedere in restituzione la somma versata all'insorgente a titolo di IMI (cfr. doc. _). Ulteriori indagini diagnostiche (di natura psichiatrica, reumatologica e neurologica) sono state disposte, fra i mesi di maggio e giugno 2002, nell'ambito degli accertamenti multidisciplinari ordinati dall'assicurazione per l'invalidità: " (...) 4.3.1 Consulto psichiatrico del dr. _____ del 14.06.2002, allegato In entrata il dr. _____ riassume i dati anamnestici, riferendosi al capitolo 3. della perizia. Fa notare come quest'A. abbia sempre avuto una buona salute psicofisica, con sviluppo psichico nella norma, fino al 13.09.1997, data dell'evento traumatico subito (distorsione della colonna cervicale). Ricorda, inoltre, come già nel maggio dell'anno successivo a questo trauma, nell'ambito della perizia del dr. _____, FMH ortopedia, si costatassero non solo disturbi della sfera ortopedica, ma anche uno stato depressivo, con labilità emotiva importante. Nel giugno 1998, in occasione

di un ricovero presso la Clinica riabilitativa _____, si conferma la presenza di uno stato depressivo. Nell'aprile 1999 il dr. _____, reumatologo curante, segnala una notevole evoluzione depressiva. Per finire, il dr. _____ ricorda come, nel giugno 2000, nell'ambito di una perizia neurologica, si confermasse di nuovo la presenza di una sindrome depressiva con disturbi cognitivi e mnestici, e come l'A., dal 20.09.2000, benefici per la prima volta di una presa a carico psichiatrica presso la dr.ssa _____, _____ . Il nostro consulente passa quindi alla descrizione dello stato psichico attuale, dove il dr. _____ costata una diminuzione della concentrazione e difficoltà mnestiche per quanto riguarda la memoria recente. Descrive un'attenzione, durante il colloquio, di tipo torbida, con flusso ideico lento, emotività labile ed affettività depressa, accompagnata da un'impotente ansia ed apatia, con comportamento tuttavia adeguato. Si segnala, infine, una certa abulia ed importante rallentamento psicomotorio. Nelle conclusioni, il dr. _____ ritiene assolutamente importante evidenziare come l'A., prima dell'infortunio del 1997, non avesse mai avuto alcuna patologia psicofisica. Egli sostiene che il peritendo, persona coscienziosa ed intelligente, ha sempre lavorato ed è riuscito a superare le difficoltà socioaffettive, in particolare per quel che riguarda la morte dei suoi genitori, accettandola con una certa serenità ed un comportamento adeguato. Per quanto riguarda la psicopatologia attualmente evidenziata, ritiene si tratti di una sindrome postraumatica da stress, con risposta ritardata sottoforma di un o stato ansiosodepressivo, disturbi del sonno, vari problema comportamentali e paure che si sono esacerbate gradualmente. Ricorda come l'A, ancora attualmente presenti incubi notturni, un graduale isolamento sociale, con diminuita reattività al mondo circostante. Aggiunge che, come spesso accade in questi casi, questa psicologia non é stata presa in considerazione e l'A. non ha potuto beneficiare di una psicoterapia di sostegno immediata, con un lavoro di debriefing Egli ha invece dovuto riprendere la sua attività lavorativa senza poter elaborare il trauma subito, con evoluzione fallimentare. Sul piano diagnostico, il dr. _____ evidenzia una sindrome da disadattamento, con reazione depressiva prolungata (ICD10 F43.21). Ritiene che la prognosi psichiatrica, per quanto riguarda lo stato valetudinario dell'A., sia poco favorevole e stabilisce un grado di capacità lavorativa,, dal punto di vista psichiatrico, nella misura del 30%. Dall'ottobre 2000 a tuttora vi é stato ancora un peggioramento della situazione generale dell'A., in particolare sul piano psichiatrico, con tuttavia un leggero beneficio degli ultimi tempi a seguito dell'introduzione di un'importante psicofarmacoterapia. 4.3.2 Consulto reumatologico del dr. _____ del 16.05.2002, allegato In entrata, come di solito, il dr. _____ riprende i dati anamnestici facendo riferimento al capitolo 3. della perizia. Sottolinea come i problemi dell'A all'apparato locomotorio siano iniziati dopo un incidente stradale avvenuto il 13.09.1997, con violento tamponamento da tergo, mentre l'A. era fermo al volante della propria vettura all'incrocio della discesa, di _____. Già nel novembre 1997 l'A. riprende l'attività lavorativa, ma, essendo i disturbi tali da non poter continuare quest'attività, consulta reumatologo dr. _____, il quale pone la diagnosi di una sindrome cervicovertebrale residuale in stato dopo probabile distorsione cervicale, nonché turbe statiche ed alterazioni degenerative del rachide. Ricorda, in seguito, come l'A. abbia evidenziato uno stato depressivo evolutivo. Ricorda come il decorso, sul piano reumatologico, sia caratterizzato dalla persistenza di disturbi e soprattutto dallo sviluppo di dolori importanti, sempre più intensi a livello occipitale. Afferma, infine, che durante: tutti questi anni i disturbi dell'A. hanno mostrato un carattere sempre più tendente al peggioramento, malgrado più di 50 sedute di fisioterapia senza successo. Passa quindi in dettaglio i disturbi soggettivi dell'A. e lo stato clinico reumatologico, che evidenzia una

limitazione della motilità della colonna cervicale in particolar modo alla rotazione per un bloccaggio attivo del movimento a seguito dei dolori accusati. Evidenzia pure una periartropatia omeroscapolare, con sintomatologia di impingement, nonché miogelosi a livello della muscolatura del pettorale ds.. Si passa quindi alla descrizione delle radiografie in visione e di quelle effettuate presso lo studio del dr. _____. Le diagnosi espresse sono esposte al capitolo 5. Nel capitolo finale, riservato alla valutazione del grado della capacità lavorativa, il nostro consulente sostiene che quest'A., dal punto di vista reumatologico, presenti soprattutto una sindrome cervicovertebrale e cervicocefale, senza però una sindrome cervicobrachiale o una sindrome cervicoradicolare. Vi è inoltre una periartropatia omeroscapolare tendinopatica a livello della spalla ds.. Ricorda come le indagini radiologiche evidenzino reperti sostanzialmente blandi, con iniziali discopatie a livello del segmento C4-5 e C5-6 della colonna cervicale, senza importanti problematiche di tipo spondilartrosico od uncartrosico. Sostiene pertanto che, dal punto di vista prettamente reumatologico, il quadro clinico presentato dall'A. ben difficilmente spiega la tendenza invalidante. Sostiene, tuttavia, che lo stato dopo colpo di frusta cervicale è da considerare come un evento traumatico che ha modificato in modo sostanziale la vita di questo paziente, anche se, dal punto di vista puramente radiologico e clinico, all'apparato motorio non vi sono stati danni particolarmente gravi. In considerazione, quindi, di questi aspetti, il dr. _____ valuta l'A., dal punto di vista reumatologico, capace al lavoro nella sua attività lucrativa di cameriere nella misura del 80%.

4.3.3 Consulto neurologico del dr. _____ del 3.06.2002, allegato Dopo un breve richiamo anamnestico, riferito al capitolo 3. della perizia, il dr. _____ ricorda come presso quest'A., 24h dopo un trauma cervicale, sia posta la diagnosi di "whip lash". In seguito ricorda come il paziente sviluppi una sindrome algica cronica e diverse limitazioni riguardo alla vita quotidiana, presenti tuttora. Ricorda, infine, conce una valutazione psichiatrica della situazione concluda con uria "reazione depressiva prolungata in sindrome da disadattamento, con possibili episodi dissociativi di natura conversiva e, sul piano cognitivo, a moderati disturbi mnestici, attenzionali e delle capacità d'integrazione verbale complessa". Passa quindi alla descrizione dell'esame neurologico, risultato normale per quel che riguarda i nervi cranici, i riflessi, il sistema motorio, la coordinazione dei movimenti, il Romberg, la deambulazione e le sensibilità superficiali profonde complesse. Nel commento finale, il dr. _____ ritiene che attualmente, sul piano neurologico, si ritrovano elementi clinici coerenti con la cronicizzazione di una sintomatologia piuttosto classica, dopo un rilevante meccanismo discorsivo del rachide cervicale, senza conseguenze deficitarie oggettive e senza che i precedenti esami neurologici abbiano potuto mettere in evidenza anomalie importanti. Fa' notare come, nel 1999, a causa di brusche esacerbazioni di nualgie, con cefalee associate ad tue episodio di alterazione dello stato di vigilanza, siano stati effettuati esami cerebrali (TAC e MRI), risultati nella norma. Riferisce che l'eziologia di queste esacerbazioni non é stata chiaramente stabilita. Concorda pertanto con la possibilità di cefalee di tipo tensivo (ev. favorite da elementi psichici) e di una sincope vasovagale alla base della perdita di conoscenza repertoriata. Ritiene pertanto che presso quest'A. le conseguenze attuali sulla capacità lavorativa nell'ambito della precedente attività siano rilevanti, sebbene queste limitazioni siano dovute essenzialmente a disturbi soggettivi. Ritiene che l'attività di cameriere sia ancora praticabile nella misura di un massimo di due ore/die. Sostiene, infine, che la capacità lavorativa non potrà probabilmente essere migliorata, a meno che il datore di lavoro possa attribuire all'A. un tipo di attività particolarmente calmo ed esente da compiti che richiedano normali capacità di concentrazione e memoria." (doc. _). Da notare che i

dott. _____ e _____ - autori del rapporto _____ del 26 giugno 2002, hanno esplicitamente dichiarato di non condividere le conclusioni a cui è pervenuto lo psichiatra dott. _____ (cfr. doc. _), a proposito del ruolo giocato dall'evento traumatico assicurato nella genesi della patologia psichica accusata dall'insorgente: " (...) In questo ambito, non concordiamo con le conclusioni del perito psichiatra dr. _____ (atto del 23.10.2000), il quale - nella sua perizia richiesta dal medico fiduciario dell'ente assicurativo IPG- aveva ritenuto che l'evento traumatico rappresentasse un elemento catalitico al quale l'A. avrebbe attribuito tutta la responsabilità dei propri mali. Sempre lo stesso psichiatra, sosteneva che la grave malattia presentata dalla moglie dal 1994 al 1995, e la perdita degli anziani genitori in seguito, avrebbe spiegato lo sviluppo depressivo dell'A. stesso. Dall'esplorazione psichiatrica dell'A. presso il _____, dall'attento esame dell'anamnesi sociale e professionale prima del trauma del 13.09.1997, possiamo affermare che questi eventi nella vita dell'A. sono stati prevedibili (entrambi i genitori sono deceduti in età superiore agli ottantacinque anni) ed elaborati con una ben comprensibile reazione di lutto e tristezza del tutto normali. Abbiamo conosciuto l'A. come una persona coscienziosa, intelligente, che ha sempre lavorato ed è sempre riuscito a superare le sue difficoltà socioaffettive, sino al trauma del 13.09.1997. A partire da questa data, il grado di capacità lavorativa dell'A. è da ritenere inizialmente ridotto al 100% fino al novembre 1997, data della ripresa dell'attività professionale, con tuttavia un rendimento ridotto (capacità lavorativa ca. 70%). A partire, invece, dal 5.11.1999, concordiamo con il medico curante nell'affermare che il grado di capacità lavorativa del peritando non ha più potuto superare la misura del 20-30%. Da allora lo sviluppo della limitazione della capacità lavorativa è stato stazionario, senza poter migliorare. " (doc. _) 2.11. Allo scopo di chiarire la fattispecie da un profilo medico, il TCA ha ordinato una perizia giudiziaria, affidandone l'allestimento al Prof. dott. _____, spec. FMH in neurologia, già Direttore della Clinica di neurologia dell'Ospedale cantonale di _____ (). Dopo aver ricostruito, in maniera minuziosa, l'anamnesi del ricorrente (cfr. XX, p. 2-10) ed averne altrettanto puntualmente descritto lo status neurologico (cfr. XX, p. 11-12), il Prof. _____ si è scostato dalla valutazione enunciata, a suo tempo, dal medico di fiducia della _____, nel senso che egli ha affermato che né lo status quo ante né lo status quo sine sono ancora stati raggiunti da _____ a margine dell'evento traumatico assicurato (cfr. XX, risposta al quesito n. 5: "Der Unfall vom 13.9.1997 hat zu bisher andauernden Beschwerden geführt. Der Status quo ante/sine ist nicht erreicht"). Rispondendo al quesito n. 3, rispettivamente, n. 4, il perito giudiziario ha definito come molto probabile l'esistenza di un nesso di causalità naturale fra i disturbi ancora accusati dall'assicurato - fatta eccezione per quelli visivi e dell'udito, peraltro irrilevanti - e l'incidente della circolazione del 13 settembre 1997, in occasione del quale egli ha riportato una distorsione alla colonna cervicale, ed ha indicato di non disporre di indizi per ammettere la preesistenza di fattori patologici: " 3) Questo danno alla salute è con probabilità preponderante in una relazione di causalità naturale con l'infortunio del 13.9.1997? Ich halte einen Kausalzusammenhang zwischen den jetzigen Beschwerden, mit Ausnahme der Visusminderung und der möglichen Hypakusis, mit dem Unfall vom 13.9.1997 für sehr wahrscheinlich. 4) Oppure si tratta in prevalenza di disturbi della personalità rispettivamente dovuti a malattia? In che misura? In particolare, esistono disturbi psichici con valore di patologia morbosa? Diagnosi? Für das Vorliegen von vorbestehenden krankhaften Veränderungen, die für das vorliegende Beschwerdebild verantwortlich sein könnten, habe ich keine Anhaltspunkte. Insbesondere habe ich keine Hinweise für das Vorliegen von vorbestehenden psychischen Veränderungen. Wie oben

dargestellt, habe ich die Argumentation von Dr. _____ nicht für stichhaltig." (XX, p. 17). L'esperto designato dal TCA ha quindi espressamente dichiarato di non potere condividere la decisione della _____ di chiudere il caso con il 26 giugno 1998 per le sole conseguenze infortunistiche (cfr. XX, risposta al quesito n. 6). Il Prof. dott. _____ ha motivato le proprie conclusioni nel seguente modo: "(...) Am 13.9.1997 wurde der damals 55 jährige, voll berufstätige und beschwerdefreie Explorand Opfer einer Auffahrkollision. Schon bald stellten sich Nacken - und Hinterkopfschmerzen sowie eine eingeschränkte Kopfbeweglichkeit ein. Es wurde die Diagnose eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule gestellt. Hinweise für eine schwerwiegende Schädigung des Nervensystems oder des knöchernen Skeletts fehlten. Unter konservativer Behandlung kam es nur zu einer schleppenden Besserung der Beschwerden, die bis heute nicht abgeklungen sind. Schon bald nach dem Unfall zeigte sich auch eine depressive Verstimmung, die mit der Zeit das Beschwerdebild immer mehr beherrschte. Auch jetzt klagt Herr _____ neben Nacken-Hinterhauptkopfschmerzen vor allem über die verlorene Lebensfreude, über fehlenden Antrieb und eine Abnahme der geistigen Leistungsfähigkeit. Bei der Untersuchung findet sich jetzt eine schmerzhaft eingeschränkte Kopfbeweglichkeit, besonders der Retroflexion. Der Visus ist links stark vermindert und links wird ein vermindertes Hörvermögen angegeben. Ausserdem macht der Explorand einen eindeutig depressiven Eindruck. Es steht wohl ausser Zweifel, dass Herr _____ beim Unfall vom 13.9.1997 eine Distorsion der Halswirbelsäule erlitten hat. Sowohl der Unfallmechanismus als auch die rasch aufgetretenen Beschwerden sind dafür typisch. Dass sich der Explorand mit der eigenen Hand noch die oberen Schneidezähne gebrochen hat, spielt im jetzigen Kontext keine Rolle und soll deshalb nicht mehr weiter diskutiert werden. Es ist bekannt, dass Distorsionen der Halswirbelsäule auch nach Unfällen, die biomechanisch nicht als schwer eingestuft werden können und die zu keinen fassbaren Verletzungen des Nervensystems oder des Skeletts führen, zu langdauernden, gelegentlich dauernden Beschwerden führen können. In den ersten Monaten nach dem Unfall stand die Kausalität der Beschwerden nicht zur Diskussion. Mit der Zunahme der Beschwerdedauer wurde die Frage nach unfallfremden Faktoren gestellt. Zuerst werden vom Vertrauensarzt der Versicherung die sehr wahrscheinlich vorbestehenden degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule, welche radiologisch festgestellt werden konnten, als Grund für eine 50%-ige Kürzung der Leistungen angesehen. Es ist unbestritten, dass Herr _____ zum Zeitpunkt des Unfalls degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule aufwies. Diese überstiegen aber die Bandbreite der Norm, welche recht gross ist, meines Erachtens keineswegs. Ich bin deshalb der Ansicht, dass die Kürzung, welche Dr. _____ am 26. November 1998 vorgeschlagen hat, nicht gerechtfertigt war. Am 23. Oktober 2000 kam der Psychiater Dr. _____ zum Schluss, dass der Unfall für die psychischen Probleme lediglich als Auslöser gedient habe, indem er ein labiles Gleichgewicht gestört habe. Als Mitursachen der Depression werden die frühere schwere Krankheit der Gattin und der Tod der beiden Eltern des Exploranden 1998 angeführt. Dies veranlasste die Versicherung, ihre Leistungspflicht rückwirkend auf den 27.6.1998 einzustellen. Zusammen mit dem psychiatrischen Gutachter des Servizio Accertamento Medico dell'Assicurazione Invalidità in Bellinzona kann ich der Schlussfolgerung von Dr. _____ nicht folgen. Es muss auch festgehalten werden, dass er keine wirkliche Begründung abgegeben hat. Seit der schweren Erkrankung der Gattin des Exploranden waren mehrere Jahre vergangen, während denen er voll gearbeitet hat und sich keine Hinweise auf eine Depression gezeigt hatten. Beim Tod der Eltern hatte die depressive Entwicklung bereits eindeutig begonnen. Es wäre

auch höchst ungewöhnlich, dass ein 56-jähriger, vorher psychisch ausgeglichener Mann, der seit ungefähr 40 Jahren weit weg von seinen Eltern wohnte, durch deren Tod im Alter von über 80 Jahren in eine anhaltende Depression gestürzt würde. Insgesamt habe ich für das vorliegende Beschwerdebild keine Hinweise für relevante unfallfremde Faktoren. Ich komme deshalb zum Schluss, dass der natürliche Zusammenhang zwischen dem heutigen Beschwerdebild und dem Unfall vom 13.9.1997 mit grosser Wahrscheinlichkeit gegeben ist. Ich muss hier allerdings einfügen, dass die wahrscheinlich vorbestehende Visusverminderung links und die mögliche Hypakusis links, die im Rahmen des Gesamtbeschwerdebildes aber keine nennenswerte Rolle spielen, als unfallfremd zu betrachten sind. Über die Adäquanz des Kausalzusammenhangs habe ich mich als medizinischer Experte nicht zu äussern, da es sich dabei um eine rechtliche Frage handelt. Die Arbeitsfähigkeit des Exploranden schätze ich auf 30 % ein. Dabei ist die psychische Symptomatik schwerer zu gewichten als das Schmerzsyndrom. Ausser einer Weiterführung der antidepressiven und der analgetischen Behandlung habe ich leider keine erfolgversprechende Therapievorschläge zu machen." (doc. _) 2.12. Tutto ben considerato, questa Corte non vede ragioni - ragioni che del resto neppure le parti sono state in grado di evidenziare (cfr. XXII e XXIII + allegato) - che le impongano di scostarsi dalle conclusioni a cui è pervenuto il dott. _____. In effetti, il referto peritale non contiene contraddizioni. D'altra parte, esso presenta tutti i requisiti posti dalla giurisprudenza affinche possa essere riconosciuto, ad un apprezzamento medico, piena forza probante (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a e le referenze ivi citate): in particolare, l'esperto giudiziario ha espresso il suo apprezzamento in modo chiaro, motivato e convincente, dopo aver proceduto ad un esame approfondito del caso. Occorre, pertanto, ritenere dimostrato, con il grado di verosimiglianza richiesto dalla giurisprudenza federale, che _____ ha presentato, anche dopo il 28 giugno 1998, dei disturbi alla salute in relazione di causalit naturale con l'evento infortunistico del settembre 1997 (fatta eccezione per i disturbi visivi e dell'udito). 2.13. L'esistenza di un rapporto di causalit naturale non  comunque sufficiente per impegnare la responsabilit della _____ oltre il 28 giugno 1998. In effetti, si tratta ancora di esaminare l'adeguatezza del legame causale fra i disturbi di cui  portatore il ricorrente e l'infortunio assicurato. Considerata la dinamica dell'evento del 13 settembre 1997 e la natura dei disturbi accusati da _____, pu innanzitutto essere ammesso che egli ha riportato un trauma distorsivo alla colonna cervicale, diagnosi che, del resto,  stata formulata da pi di uno specialista, in particolare dal perito giudiziario stesso (cfr. XX, p. 13: "Es steht wohl ausser Zweifel, dass Herr _____ beim Unfall vom 13.9.1997 eine Distorsion der Halswirbelsäule erlitten hat. Sowohl der Unfallmechanismus als auch die rasch aufgetretenen Beschwerden sind dafür typisch. Dass sich der Explorand mit der eigenen Hand noch die oberen Schneidezähne gebrochen hat, spielt im jetzigen Kontext keine Rolle und soll deshalb nicht mehr weiter diskutiert werden"). In secondo luogo, l'esame del nesso di causalit adeguata va eseguito alla luce dei principi elaborati dal TFA nella sentenza pubblicata in DTF 117 V 369 (e non secondo quanto sviluppato in materia di evoluzione psichica abnorme conseguente ad infortunio, cfr. DTF 115 V 133ss.). Infatti, da un canto, non pu essere ammesso che le turbe psichiche sono apparse immediatamente dopo l'infortunio (e, quindi, nemmeno che esse abbiano giocato gi allora un ruolo predominante). Nel caso concreto, a problemi di natura psichica si fa accenno, per la prima volta, nel referto del dott. _____ relativo alla visita di controllo del 13 maggio 1998 (cfr. doc. _), rispettivamente, nel rapporto di uscita del 26 giugno 1998 della Clinica di riabilitazione di _____ (cfr. doc. _), dunque a distanza di circa 8/9 mesi

dall'evento in questione. A titolo di esempio, la nostra Alta Corte, in una sentenza del 21 marzo 2003 nella causa A., U 335/02 - pubblicata in Plädoyer 3/03, p. 61s. - ha stabilito che l'adeguatezza del nesso causale andava esaminata secondo i principi sviluppati nella DTF 117 V 359, trattandosi di un assicurato, vittima di una distorsione cervicale del tipo "colpo di frusta", i cui disturbi depressivi erano stati diagnosticati, per la prima volta, circa 10 mesi dopo l'infortunio. D'altro canto, i disturbi somatici lamentati dall'interessato (una sindrome cronica cervicocefalica e toracovertebrale) non avevano giocato un ruolo assai marginale rispetto alla problematica psichica. In quella stessa pronunzia, il TFA ha ricordato che il fatto che i disturbi fisici siano stati aggravati dalla componente psichica già breve tempo dopo l'infortunio (componente psichica che comunque non aveva assunto un ruolo nettamente predominante), non è decisivo, giacché uno stato depressivo costituisce un disturbo che rientra nel quadro clinico tipico di un trauma d'accelerazione al rachide cervicale. Ad analoghe conclusioni, il TFA è pure giunto nelle sentenze del 29 gennaio 2003 nella causa D., U 129/02 (nota all'assicuratore LAINF convenuto), del 27 agosto 2002 nella causa H., U 172/00 e del 20 agosto 2002 nella causa N., U 89/02. D'altro canto, nel corso dell'intera evoluzione - dall'infortunio fino al momento determinante per il giudizio -, i disturbi somatici, complessivamente, non hanno giocato un ruolo assai secondario e non sono stati completamente relegati in secondo piano rispetto alla problematica psichica. Al riguardo, basti ricordare che, in occasione dell'esecuzione degli accertamenti specialistici predisposti dalla _____, quindi nell'estate/autunno del 2000, l'insorgente accusava ancora, accanto alla sintomatologia depressiva, movimenti cervicali limitati in tutte le direzioni, un'importante dolenzia alla pressione locale su tutta la muscolatura paravertebrale (cfr. rapporto 19.6.2000 del neurologo dott. _____, doc. _), nonché dei disturbi a carattere neuropsicologico di grado lieve-medio (cfr. rapporto 31.7.2000 della psicologa dott.ssa _____, doc. _). Un quadro sostanzialmente analogo è stato osservato, del resto, ancora in seguito, dagli specialisti del _____ (cfr. perizia pluridisciplinare del 26 giugno 2002, doc. _, p. 11 in fine: accertata la presenza di cefalee di tipo tensivo, di una sindrome cervicovertebrale e cervicocefalee cronica, nonché di disturbi neuropsicologici lievi-medi), rispettivamente, dal Prof. dott. _____, in occasione della visita medica peritale del 3 luglio 2003 (cfr. XX, p. 11s.). 2.14. Dalle tavole processuali emerge che _____, al volante della propria autovettura, si trovava fermo ad uno "Stop", quando è stato improvvisamente tamponato dal conducente di un'automobile che lo seguiva. La vettura del ricorrente ha riportato danni materiali tutto sommato modesti, così come si evince dalla documentazione presente nell'incarto (cfr. doc. _). Chiamato a classificare questo sinistro, lo scrivente Tribunale ritiene che si tratti di un infortunio di grado medio al limite della categoria degli infortuni leggeri o insignificanti, conformemente ad una ormai consolidata prassi federale (cfr. STFA del 6 novembre 2002 nella causa G., U 99/01, consid. 4.1.: "Der erlittene Verkehrsunfall ist mit der Vorinstanz im mittleren Bereich, hier aber eher an der Grenze zu den leichten Unfällen anzusiedeln. Dies entspricht auch der Praxis des Eidgenössischen Versicherungsgerichts, welches Auffahrkollisionen auf ein haltendes Fahrzeug in der Regel als mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen qualifiziert (Urteil B. vom 22. Mai 2002, U 339/01)" - la sottolineatura è del redattore; cfr., pure, STFA del 21 giugno 1999 nella causa E., U 128/98, consid. 3 e riferimenti; U. Müller, Die Rechtsprechung des EVG zum adäquaten Kausalzusammenhang beim sog. Schleudertrauma der HWS: Leitsätze, Kasuistik und Tendenzen, in SZS 2001, p. 431ss.). Il giudice è quindi tenuto a valutare le circostanze connesse con l'infortunio, secondo i criteri di rilievo elaborati dal TFA. Per ammettere l'adeguatezza sarebbe, pertanto, necessaria,

alternativamente, la presenza, cumulativa, di tutti i fattori elencati o la particolare intensità dei fattori effettivamente intervenuti. In una sentenza del 12 maggio 2000 nella causa F., U 339/98, il TFA ha precisato che, in presenza di un evento infortunistico di grado medio, al limite della categoria inferiore, tre criteri soddisfatti con una certa intensità ("... avec une certaine intensité ...") sono sufficienti per ammettere l'esistenza di un legame causale adeguato (cfr., pure, STCA del 28 settembre 2001 nella causa C., inc. n. 35.2000.20, consid. 2.6., confermata dal TFA con giudizio del 17 ottobre 2002, U 371/01; M. Frésard, *L'assurance-accidents obligatoire*, in *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit*, n. 41 p. 18). Ciò è il caso nella concreta evenienza. Posto come non debba essere operata alcuna distinzione fra componente organica e componente psichica (cfr. consid. 2.9.), questa Corte ritiene infatti soddisfatti - con una certa intensità - il criterio dei disturbi persistenti, quello della lunga durata della cura medica, nonché quello del grado e della durata dell'incapacità lavorativa. Occorre innanzitutto rilevare che, dal giorno dell'infortunio in poi, _____ non è mai stato asintomatico. Egli ha infatti continuato ad accusare, senza interruzioni, dei problemi a livello cervicocefalico, ai quali si sono pure accostati, nel prosieguo, dei disturbi neuropsicologici e psichici (significativa, al proposito, è la descrizione dei disturbi contenuta nella perizia pluridisciplinare 26.6.2002 del _____: "L'A. lamenta in primo luogo un dolore cervicale-nucleare cronico, talvolta tagliente, penetrante, con la sensazione di essere bloccato nel segmento cervicale del rachide. Su una scala da 0 a 10 situa l'intensità dei dolori tra 4 e 10, dolori che vengono alleviati dal trattamento antalgico in atto (Celebrex). I dolori talvolta si diffondono alle spalle e descrive la sensazione di essere fortemente strappato da entrambe le due spalle. In secondo luogo, l'A. lamenta una perdita di concentrazione, di attenzione, di memoria a breve termine e inoltre della memoria operativa (calcolo mentale, perde il filo del discorso, ecc.). (...). Descrive pure stati di panico alla guida dell'automobile, motivo per il quale dal 1999 non guida più. (...). Infine, l'A. riprende il tema del netto cambiamento della propria persona dopo il trauma con perdita di iniziativa, di piacere, sentimenti di inutilità, di disperazione fino a preoccupanti idee di morte. (...)", doc. __, p. 8). Ancora oggi - quindi a distanza di circa 6 anni dall'evento traumatico assicurato - il ricorrente continua a lamentare una sintomatologia analoga (cfr. XX). Dagli atti di causa emerge inoltre che il decorso post-infortunistico è stato caratterizzato da costanti trattamenti, somatici e psichiatrici, effettuati su base ambulatoriale e stazionaria, che non hanno comunque consentito di risolvere i problemi di salute presentati dall'insorgente (cfr. il fatto che lo stesso Prof. dott. _____, in occasione della visita peritale del 3 luglio 2003, si è detto impossibilitato a proporre una terapia efficace, al di là dell'assunzione di medicinali antidepressivi e analgesici, cfr. XX, p. 15 e risposta al quesito n. 7). Infine, l'assicurato, soprattutto a causa delle turbe neuropsicologiche e psichiche lamentate, è stato costretto ad abbandonare, già nel corso del 1999, la sua originaria professione di cameriere (cfr. doc. __). Del resto, anche per attività più confacenti alle sue condizioni di salute, egli presenta una abilità lavorativa fortemente limitata (cfr. doc. __, p. 14: "In considerazione delle problematiche neuropsicologiche, psichiatriche, nonché neurologiche, riteniamo impossibile effettuare provvedimenti d'integrazione. Neppure possibile, riteniamo, è migliorare la capacità lavorativa dell'A. sul posto di lavoro attuale. Sul piano medico-teorico, l'A. potrebbe svolgere altre attività, dove tuttavia il grado di capacità lavorativa non potrà essere migliorato. Egli, in effetti, non potrà lavorare in misura maggiore del 30% in attività leggere, che non richiedano una concentrazione o una grossa responsabilità"), tanto da dovere essere posto al beneficio di una rendita intera da parte dell'assicurazione per

l'invalidità, a far tempo dal 1° novembre 2000 (cfr. XI 1). Concludendo, a mente del TCA, l'infortunio del 13 settembre 1997 ha avuto, secondo il corso ordinario delle cose e l'esperienza della vita, un significato decisivo per l'instaurazione dei disturbi di cui _____ ha sofferto posteriormente al 28 giugno 1998. In siffatte condizioni, l'adeguatezza del nesso di causalità deve essere ammessa. La causa va retrocessa alla _____ affinché si esprima sul diritto a prestazioni a decorrere dal 29 giugno 1998.

2.15. Vincente in causa, il ricorrente, patrocinato da un avvocato, ha diritto ad un'indennità per ripetibili da mettere a carico dell'autorità amministrativa convenuta (cfr. art. 108 cpv. 1 lett. g LAINF). La sua domanda intesa ad essere posta al beneficio dell'assistenza giudiziaria gratuita diventa pertanto priva d'oggetto (cfr., fra le tante, STFA del 9 aprile 2003 nella causa C., U 164/02 e del 18 agosto 1999 nella causa T., U 59/99).

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