

TI_GERICHTE 35.2002.6 vom 17. Oktober 2001

TI Tribunale d'appello, 2001-10-17, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2002.6

FR: TI_GERICHTE 35.2002.6 du 17 octobre 2001

IT: TI_GERICHTE 35.2002.6 del 17 ottobre 2001

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 10

LAINF, l'assicurato ha diritto alla cura appropriata dei postumi d'infortunio (cfr. DTF 109 V 43 consid. 2a; art. 54 LAINF) e, in applicazione dell'art. 16 LAINF, l'assicurato totalmente o parzialmente incapace di lavorare a seguito d'infortunio, ha diritto all'indennità giornaliera. Il diritto all'indennità giornaliera nasce il terzo giorno successivo a quello dell'infortunio. Esso si estingue con il ripristino della piena capacità lavorativa, con l'assegnazione di una rendita o con la morte dell'assicurato. Parimenti, il diritto alle cure cessa qualora dalla loro continuazione non sia da attendersi un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato: nemmeno persistenti dolori bastano a conferire il diritto alla continuazione del trattamento se da questo non si può sperare un miglioramento sensibile dello stato di salute (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), Losanna 1992, p. 41ss.). Se, al momento dell'estinzione del diritto alle cure mediche, sussiste un'incapacità lucrativa, viene corrisposta una rendita d'invalidità o un'indennità unica in capitale: l'erogazione di indennità giornaliera cessa con il diritto alle prestazioni sanitarie. 2.4. Nondimeno, è utile ricordare che presupposto essenziale per l'erogazione di prestazioni da parte dell'assicurazione contro gli infortuni è l'esistenza di un nesso di causalità naturale fra l'evento e le sue conseguenze (danno alla salute, invalidità, morte). Questo presupposto è da considerarsi adempiuto qualora si possa ammettere che, senza l'evento infortunistico, il danno alla salute non si sarebbe potuto verificare o non si sarebbe verificato nello stesso modo. Non occorre, invece, che l'infortunio sia stato la sola o immediata causa del danno alla salute; è sufficiente che l'evento, se del caso unitamente ad altri fattori, abbia comunque provocato un danno all'integrità corporale o psichica dell'assicurato, vale a dire che l'evento appaia come una condizione sine qua non del danno. È questione di fatto lo stabilire se tra evento infortunistico e danno alla salute esista un nesso di causalità naturale; su detta questione amministrazione e giudice si determinano secondo il principio della probabilità preponderante - insufficiente essendo l'esistenza di pura possibilità - applicabile generalmente nell'ambito dell'apprezzamento delle prove in materia di assicurazioni sociali. Al riguardo essi si attengono, di regola, alle attestazioni mediche, quando non ricorrano elementi idonei a giustificare la disattenzione (cfr. DTF 119 V 31; DTF 118 V 110; DTF 118 V 53; DTF 115 V 134; DTF 114 V 156; DTF 114 V 164; DTF 113 V 46; cfr. pure sentenza inedita 17 ottobre 1989 in re F.). Ne discende che ove l'esistenza di un nesso causalità tra infortunio e danno sia possibile ma non possa essere reputata probabile, il diritto a prestazioni derivato dall'infortunio assicurato dev'essere negato (DTF 117 V 360

consid. 4a e sentenze ivi citate). 2.5. Il diritto a prestazioni assicurative presuppone pure l'esistenza di un nesso di causalità adeguata tra gli elementi summenzionati. Un evento è da ritenere causa adeguata di un determinato effetto quando secondo il corso ordinario delle cose e l'esperienza della vita il fatto assicurato è idoneo a provocare un effetto come quello che si è prodotto, sicché il suo verificarsi appaia in linea generale propiziato dall'evento in questione (DTF 117 V 361 consid. 5a e 382 consid. 4a e sentenze ivi citate). Comunque, qualora sia carente il nesso di causalità naturale, l'assicuratore può rifiutare di erogare le prestazioni senza dover esaminare il requisito della causalità adeguata (cfr. DTF 117 V 361 consid. 5a e 382 consid. 4a; su queste questioni vedi pure: Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 51-53). La giurisprudenza ha inoltre stabilito che la causalità adeguata, quale fattore restrittivo della responsabilità dell'assicurazione contro gli infortuni allorché esiste un rapporto di causalità naturale, non gioca un ruolo in presenza di disturbi fisici consecutivi ad un infortunio, dal momento che l'assicurazione risponde anche per le complicazioni più singolari e gravi che solitamente non si presentano secondo l'esperienza medica (cfr. DTF 127 V 102 consid. 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'irrilevanza); 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. "È 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 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 30 aprile 1998, _____ è caduta a causa del pavimento bagnato ed ha battuto a terra la testa (cfr. doc. _). L'assicurata è stata immediatamente ricoverata presso la Clinica _____, dove essa lavorava e dove è pure avvenuto l'infortunio (cfr. doc. _). Il medico curante dell'insorgente, dott. _____, spec. FMH in chirurgia, ha diagnosticato una ferita lacero-contusa alla regione temporale sinistra, una commozione cerebrale ed una frattura dell'osso temporale sinistro (cfr. doc. _). Dimessa il 4 maggio 1998 dal succitato nosocomio, _____, il 7 maggio 1998, ha consultato il dott. _____, lamentando capogiri, mancanza di equilibrio e difficoltà alla messa a fuoco. Il sanitario le ha prescritto della fisioterapia e medicinali, certificando peraltro una completa inabilità lavorativa (cfr. doc. _). In data 8 maggio 1998 ha avuto luogo un consulto specialistico presso il dott. _____, spec. FMH in neurologia, il quale ha espresso le seguenti considerazioni: " La P. ha riportato il 30.4.98 un trauma cranico fronto-parietale sin con ferita lacero-contusa al cuoio capelluto, senza commozione cerebrale, sulle Rx e TAC vi è una sospetta fessura temporale sin. (reperto compatibile anche con una semplice accentuazione dei solchi ossei bilaterali), senza lesioni del parenchima cerebrale. Persiste da quella data una sindrome post-traumatica con cefalee fronto-temporali, una leggera sindrome cervicale probabilmente per trauma indiretto, inoltre disturbi d'equilibrio con presenza effettivamente di una modica instabilità assiale sospetta di una contusione labirintica. Sarà da sorvegliare nelle prossime settimane l'apparizione di episodi vertiginosi di tipo posizionale per cupololiti post-traumatica, che a volte si manifestano con una certa latenza. I disturbi vertiginosi essendo attualmente in primo piano ho rimpiazzato il Dihyergot con Stugeron forte 1x1, ti propongo di prevedere una Rx cervicale di profilo per escludere lesioni traumatiche, nei prossimi giorni si potrà iniziare una fisioterapia dolce per la regione cervicale. Per il momento la P. rimane inabile al lavoro in misura completa" (doc. _). Con rapporto del 7 luglio 1998, il dott. _____ ha riferito di uno stato di salute sostanzialmente immutato, con persistenza di dolori al rachide cervicale (doc. _). In data 4 agosto 1998, _____ è stata sottoposta ad una visita di controllo da parte del dott. _____, medico-chirurgo. Il medico di fiducia della _____ ha posto la diagnosi di, citiamo: "esiti di infortunio in data 30 aprile 1998 in seguito al quale l'assicurata ha subito un trauma cranico con ferita lacero contusa temporale sinistra, commotio cerebri, probabile trauma di flessione cervicale sinistra, sospetta fessura ossea temporale sinistra.

Permane sintomatologia cervico-cefalica centrata da C3 a C5 con componente cefalgica importante associata a saltuari capogiri. Sindrome ansioso depressiva". Secondo lo stesso dott. _____, i disturbi cervico-cefalici costituivano ancora una naturale conseguenza dell'infortunio assicurato. Egli ha comunque sottolineato la presenza di alterazioni degenerative plurisegmentali a livello della colonna cervicale (C5-C7), messe in luce grazie all'esame di risonanza magnetica del 6 agosto 1998. Egli ha peraltro ritenuto indicato predisporre un consulto psichiatrico presso la dott.ssa _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia (cfr. doc. _). _____ è stata periziata dalla dott.ssa _____ il 17 ed il 28 agosto 1998. Questo, in particolare, il contenuto del relativo referto datato 3 settembre 1998: " Dal punto di vista psichiatrico non trovo segni evidenti di turbe psichiche, la paziente appare ben compensata. Ansiosa e preoccupata per l'evoluzione della sua salute. Pesa evidentemente un sovraccarico emotivo legato ai fattori socio-culturali (origini) dei suoi disturbi che sono fonte, probabilmente di un'eccessiva preoccupazione da parte della paziente. Bisogna appunto tenere molto conto di questo e il medico curante deve spiegare alla paziente molto bene l'evoluzione e l'inevitabilità dei suoi disturbi attuali che passeranno, adagio adagio, col tempo. La paziente ha bisogno di spiegazioni esaustive di quello che le sta capitando e deve essere incoraggiata a riprendere il lavoro progressivamente, partendo dal 25% in su. Bisogna verificare con cura e attenzione gli esiti e i miglioramenti, possibili dopo le varie fisioterapie che la paziente riceve. Così facendo dovrebbe poter riprendere il lavoro progressivamente, adagio, adagio da ottobre. Il medico curante dovrebbe discutere con la paziente a fondo attorno all'inutilità del viaggio in India, che è solo un strapazzo inutile, in quanto non credo esista la cura migliore per quello che ha, non ne vedo l'indicazione. Questi dolori e il mal di testa legati alla sindrome post-commozionale se ne andranno ma ci si deve convivere per un po'. Non esiste la bacchetta magica e non la si può incoraggiare a cercarla. C'è un'artrosi cervicale (Rem del 6 agosto 1998) che preesiste al trauma e che le darà del filo da torcere per il resto della vita, indipendentemente dalla caduta attuale che ha forse con un'iperflessione sinistra infiammato le articolazioni intervertebrali causandole i dolori al collo e alla nuca. L'attuale inabilità lavorativa è certamente legata, nel senso di causalità, direttamente all'infortunio del 30 aprile 1998. Tenendo conto delle sue origini, del sovraccarico emozionale dei dolori e della sua professione d'infermiera che rischia anche inconsciamente di entrare in competizione con i medici e di voler sapere meglio di loro cos'ha e come curarlo, si dovrebbe poterla aiutare seguendola da vicino psicologicamente per portarla entro breve ad accettare la durata dei disturbi, il lento miglioramento progressivo per rientrare sul lavoro di conseguenza " (doc. _). In data 9 novembre 1998, la ricorrente è stata nuovamente esaminata dal dott. _____, il quale ha fatto stato di una persistente sindrome post-traumatica, caratterizzata da una moderata sindrome cervicale, da intermittenti cefalee e da episodi vertiginosi di breve durata. A proposito di questi ultimi, il neurologo ha affermato che potrebbe trattarsi "... di disturbi su base otolitica legati ai postumi di una contusione labirintica, ev. di manifestazioni su base spondilogenica. All'esame neurologico non vi sono deficit vestibolo-cerebellari, nessun nistagmo evidenziabile anche con le manovre di provocazione, può essere esclusa una classica canalolitiasi post-traumatica. Un'origine epilettica è molto improbabile vista la breve durata dei disturbi" (cfr. doc. _). Dalle tavole processuali emerge che, già a partire dal mese di luglio 1998, l'assicurata non ha più voluto recarsi dal proprio medico curante, il dott. _____ (cfr. doc. _). D'altro canto, risulta pure che, a cavallo fra il 1998 ed il 1999, _____ si è recata in India, suo paese di origine, dove è stata sottoposta, su base stazionaria, a massaggi ed a trattamento

denominato "Pankarama" (cfr. doc. _). In occasione della visita fiduciaria di controllo del 23 febbraio 1999, il dott. _____ ha predisposto l'esecuzione di una valutazione neurologica presso un centro svizzero di livello universitario (cfr. doc. _). Il 17 giugno 1999, l'assicurata è quindi stata sottoposta, per conto della _____, ad una approfondita valutazione neurologica da parte degli specialisti del Servizio di neurologia del _____. Queste le conclusioni contenute nel loro referto del 15 settembre 1999: " (...). Si tratta di una paziente di 47 anni, vittima di un trauma cranico non commotivo il 30.4.98, che lamenta dal giorno del trauma sintomi vertiginosi parossistici, crisi frequenti di cefalea mista (tensionale e emicranica), disturbi dell'attenzione, della concentrazione e della memoria, e sintomi depressivi. All'esame clinico riscontriamo unicamente una moderata sindrome cervicale (rettilinearizzazione della colonna cervicale, dolenzia alla palpazione) con discreta limitazione funzionale. Agli esami radiologici (radiografie funzionali) attuali e quelli effettuati in passato non vengono messi in evidenza alterazioni strutturali della colonna cervicale. Tali reperti sono compatibili con una sindrome cervicale (patologia muscololigamentaria). Le prove cerebellari e vestibolari (stimolazione calorica, prove di Barani con soppressione della fissazione, head-shaking test, test del funambolo, della marcia a stella) non permettono di individuare dei segni patologici che possano essere messi in relazione con i sintomi lamentati dalla paziente. La diminuzione della percezione auditiva a sinistra all'audiogramma potrebbe suggerire la sequela di una commozione cocleare (o di un deficit pre-esistente) ma rimane asintomatica e difficilmente correlabile ai sintomi attuali lamentati dalla paziente. In questo contesto clinico la nostra diagnosi è di sindrome posttraumatica cronica per il protrarsi dei sintomi da più di sei mesi. Non riteniamo necessari effettuare altri esami radiologici come una IRM cerebrale alla ricerca di una patologia labirintica, dell'angolo ponto-cerebellare, demielinizzante, o vascolare (conflitto vascolonervoso) , in presenza di un esame neurologico e oto-vestibolare normale. Un esame neuropsicologico dettagliato sarebbe tuttavia consigliabile per poter mettere in evidenza dei disturbi di memoria o altri deficit neuropsicologici infraclinici non imputabili ad una sindrome depressiva. In quel caso una risonanza magnetica cerebrale potrebbe mettere in evidenza delle sequele contusionali che tuttavia non sono state messe in evidenza ad uno scanner cerebrale. Una valutazione neuropsicologica permetterebbe di valutare l'effetto delle misure terapeutiche a distanza sui problemi di memoria se questi sono oggettivabili al primo esame. La sindrome posttraumatica è una sindrome conseguente ad un trauma cranico, spesso ma non necessariamente di intensità severa, i cui sintomi classici sono cefalea cranica o cervicale, vertigini mal sistematizzate, sintomi depressivi, disturbi della memoria e della concentrazione, in assenza di lesioni cerebrali o cervicali. La cefalea, nel caso della paziente assume un carattere misto, tensionale e emicranico. I dolori cervicali sono in relazione ad una moderata sindrome cervicale di origine muscolo-tendinea, senza patologie ossee o ligamentarie. Constatiamo un consumo cronico di AINS che potrebbe essere un fattore ulteriore responsabile della cronicizzazione delle algie cervicali e craniche. Le vertigini parossistiche di breve durata sono sovente riferite dei pazienti con sindrome cervicale, imputabili alla contrattura della muscolatura cervicale. La sintomatologia depressiva è, a nostro avviso in primo piano, (netti disturbi della concentrazione e della memoria, senso di un isolamento sociale, paura del futuro, dipendenza dall'entourage, sentimenti di colpeabilità e di grande tristezza). La durata di tali sintomi, sebbene benigni in quanto all'assenza di una patologia strutturale, può essere variabile da mesi o anni e ha una ripercussione sulla professione di infermiera della paziente che richiede una certa concentrazione e calma sufficienti per le situazioni di urgenza e per evitare gravi errori . Al

momento stimiamo che l'incapacità lavorativa non debba essere superiore al 50% per più di 3 mesi, se durante questo periodo le misure terapeutiche proposte vengono messe in atto. (...) (doc. __, p. 4-5). Rispondendo ai quesiti postigli, il Prof. dott. _____, _____ del Servizio di neurologia, ha, fra l'altro, confermato la chiara natura infortunistica dei disturbi accusati da _____, escludendo qualsiasi interazione di fattori preesistenti: " I disturbi lamentati dalla paziente sono una sicura conseguenza dell'infortunio del 30.4.1998 a ragione di un forte trauma cranico e cervicale in grado di aver causato una ferita lacero-contusa e una sicura distorsione cervicale. La diagnosi di sindrome post-traumatica è possibile in assenza di lesioni cerebrali come sembra essere indicato dall'esame clinico e da una TAC cerebrale normale effettuata subito dopo l'incidente, dall'assenza di perdita di conoscenza. Un esame neuropsicologico e comportamentale dettagliato permetterebbe di oggettivare e quantificare meglio i disturbi mnemonici e comportamentali lamentati dalla paziente (nel caso fossero oggettivabili) e la loro evoluzione futura con le terapie. Nel caso fossero messi in evidenza dei deficit neuropsicologici non compatibili con una sindrome depressiva, e nel caso di non miglioramento dopo le terapie proposte, solo in quel caso una risonanza magnetica cerebrale dovrebbe essere effettuata per escludere delle sequele contusive non messe in evidenza con la TAC cerebrale" (doc. __, risposta al quesito n. 3; cfr. pure, risposta al quesito n. 4). Dal profilo terapeutico, gli specialisti losannesi hanno proposto, principalmente, una presa a carico psichiatrica dell'insorgente, con instaurazione di una terapia farmacologica antidepressiva. D'altro canto, essi hanno ritenuto auspicabile - quale misura d'accompagnamento alla cura psichiatrica vera e propria - una ripresa dei provvedimenti fisioterapici, seguiti da esercizi di rinforzo della muscolatura cervicale: " (...). Un miglioramento è senz'altro possibile fino alla guarigione completa. Le misure terapeutiche a nostro avviso da prendere in considerazione sono una presa a carico psichiatrica nell'ottica di instaurare una terapia antidepressiva farmacologica efficace (antidepressivi triciclici ad alte dosi se necessario) e una terapia comportamentale che consenta alla paziente di prendere atto della benignità della sua sintomatologia e della possibilità di una guarigione completa. La paziente deve apprendere ad adeguarsi ai suoi sintomi prendendone atto della benignità. Non è chiara l'efficacia di terapie tipo biofeedback. Una terapia con antidepressivi triciclici costituirebbe a nostro avviso una terapia analgica efficace in grado di ridurre le algie cervico-cefaliche abbassando la soglia soggettiva al dolore. Occorre inoltre ridurre il consumo di antiinfiammatori che favorisce la cronicizzazione dei sintomi. La terapia antidepressiva dovrebbe essere effettuata a dosi efficaci almeno per sei mesi, anche in presenza di effetti collaterali che la paziente deve essere istruita a sopportare. Il prosieguo di una fisioterapia analgica (massaggi, calore, ultrasuoni, fanghi etc ...) è auspicabile seguita poi da esercizi di rinforzo della muscolatura cervicale. Lo scopo di proseguire la fisioterapia sarebbe anche quello di correggere le posture viziate, di effettuare esercizi di equilibrio per assicurare la paziente sulle sue abilità di coordinazione che sono normali. Il ricorso a delle infiltrazioni di corticosteroidi e anestetici nei punti dolorosi cervicali è a nostro avviso indicato. Sembrerebbe che la risoluzione in tempi brevi dei problemi medico-legali e/o assicurativi sia un fattore che possa condizionare la prognosi favorevolmente. (...) (doc. __, p. 6-7). Infine, i sanitari del _____ hanno dichiarato _____ abile al lavoro in misura del 25% per tre mesi (durante i quali mettere in atto le terapie proposte), del 50% per altri tre mesi e, in seguito, del 90% almeno (cfr. doc. __, risposta al quesito n. 7). In data 18 ottobre 1999, il neurologo dott. _____ ha osservato l'insorgenza di un netto peggioramento per quel che concerne il tono dell'umore

dell'assicurata e, perciò, le ha prescritto l'assunzione di un antidepressivo (doc. _). Il 16 ottobre 1999, l'insorgente è stata valutata, da un punto di vista neuropsicologico, dalla psicologa _____, la quale ha potuto oggettivare un'aumentata stancabilità mentale, una diminuita resistenza mentale, nonché dei deficit di attenzione e di concentrazione. Essa ha ritenuto "... fortemente indicata una presa a carico psicologica-psichiatrica per aiutare la paziente ad accettare meglio la sua attuale situazione. È da spiegare chiaramente alla paziente che un accompagnamento psicologico-psichiatrico può darle la possibilità di parlare dei propri vissuti emotivi, aiutandola nel processo di accettazione della situazione attuale" (doc. _). Nel corso dell'autunno/inverno del 1999, _____ è entrata in cura psichiatrica presso il dott. _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia (cfr. doc. _). Con certificato del 21 febbraio 2000, questo specialista ha posto la diagnosi di " Shaken Sense of Self Syndrome " ed ha indicato che la terapia consisteva in incontri psicoterapici di sostegno (uno ogni 15 giorni). Egli ha peraltro ritenuto indicato un eventuale ricovero dell'assicurata presso l'Unità di medicina psicosomatica della Clinica _____ (cfr. doc. _). Durante il periodo 22-28 agosto 2000, l'insorgente è rimasta degente presso la Clinica psichiatrica di _____ a _____, degenza nel corso della quale essa è stata periziata dalla dott.ssa _____ per conto della _____. Questo il decorso risultante dal rapporto di uscita 12 settembre 2000 di quel nosocomio: " (...). La paziente veniva dunque ricoverata nel reparto di osservazione. All'atto della ammissione negli effetti personali venivano trovate compresse sciolte di Ponstan e Deanxit. È curioso rilevare che queste erano imballate in bende igieniche, insieme a banconote per un valore di 480 Fr. Inizialmente appariva disorientata nello spazio e nel tempo, confusa e a tratti perplessa. Mutacica nella relazione, la comunicazione verbale era impossibile. A qualsiasi domanda posta la paziente verbalizzava la paura di cadere o la paura che il marito fosse caduto tanto che a volte alzandosi si lasciava cadere a terra con una modalità vagamente isteriforme. Durante il colloquio fissava spesso la parete con attenzione. Confrontata con il suo atteggiamento affermava di vedere macchie di sangue. Nei giorni successivi il quadro clinico descritto migliorava, la paziente si mostrava più collaborante, tanto da potersi sottoporre alle investigazioni testistiche durante le quali appariva più lucida e progressivamente più orientata. Era inoltre possibile una migliore comunicazione verbale; interrogata sul contesto del suo incidente riappariva confusa tanto da non poterlo risituare nel tempo e tanto da non poter valutare se il soggetto dell'incidente fosse lei o il marito, con il quale nel periodo post-traumatico è entrata in un rapporto di totale dipendenza. Era dunque presente una confusività di tipo simbiotico con il marito, all'interno della quale la paziente non era in grado di differenziare il proprio vissuto e le proprie reali esperienze da quelle del marito. A tratti ancora disorientata, la paziente operava inoltre falsi riconoscimenti, scambiando per es. l'infermiere della notte con il marito. Va segnalato inoltre che la paziente ha trascorso tutte le notti in Clinica insonni, dormendo al massimo 1 ora e 30 min. Con il trascorrere dei giorni di degenza si è assistito ad un progressivo miglioramento dello stato confusionale, la paziente appariva più lucida e orientata. La paziente appariva dunque più ancorata alla realtà contestuale e più adeguata affettivamente nella relazione. (...)" (doc. _, p. 2) Queste, invece, le conclusioni a cui sono giunti il Primario della clinica, dott. _____, e la psicologa _____, a proposito dello stato di salute psichica dell'interessata: " (...). L'osservazione clinica, i test eseguiti mettono in luce un quadro di grave regressione psichica tale da rendere difficile ulteriori precisazioni diagnostiche. Vi sono però alcune ipotesi: 1. L'insieme dei sintomi presenti può corrispondere ad uno stato di psicosi confusionale onirica descritta da Chaslin con il nome

di confusione mentale primitiva. La causa di questi stati è in genere esogena (intossicazioni, infezioni, traumatismi). I sintomi presenti sono, insonnia, inappetenza, cefalea, ansia o agitazione fisica e cambiamenti dell'umore e della personalità. Il sintomo essenziale è lo stato di confusione mentale, la mancanza di lucidità e di chiarezza della coscienza. Ne segue un disorientamento spazio-temporale e disturbi della memoria. A questi disturbi della memoria e a prova dello stato confusionale sono in genere presenti falsi riconoscimenti. Sono inoltre presenti esperienze deliranti e allucinatorie, tipiche degli stati confusionali. Questi stati confuso-onirici hanno generalmente una prognosi favorevole e durata breve. 2. Potrebbe trattarsi di uno scompenso della personalità pre-traumatica - sulla quale tuttavia non è rilevabile alcuna informazione - in una modalità psicotico-regressiva legato alle conseguenze del traumatismo e allo sradicamento culturale. La paziente dopo l'incidente ha infatti perso il proprio ruolo professionale e sociale, il ruolo di madre con il distacco dai figli, trovandosi in una situazione di dipendenza completa dal marito. 3. Un abuso farmacologico non è escluso, tale abuso aggraverebbe entrambi i quadri clinici sopra descritti. " (doc. __, p. 3). Da parte sua, la psichiatra di fiducia della _____ - che come detto ha periziato _____ nel corso del suo soggiorno presso la Clinica di _____ - ha diagnosticato una grave regressione in evoluzione depressiva a decorso cronico, accompagnata da uno stato confuso-onirico, nell'ambito di un disturbo di personalità misto, istero-paranoide (F61.0 dell'ICD-10), affezione ritenuta non può trovarsi in una relazione di causalità naturale con l'evento infortunistico dell'aprile 1998: " Durante la mia prima valutazione psichiatrica mi trovo confrontata con una persona normotimica, d'aspetto più giovane dell'età reale, sorridente, apparentemente iperadattata alla realtà, che descrive una vita familiare acconfittuale, negando ogni implicazione psichiatrica dei suoi disturbi. Essendo all'inizio dell'iter infortunistico, anche se questa descrizione mi pare idilliaca e poco realistica, credo ancora nella possibilità di una rapida riacquisizione della capacità lavorativa. Rimango perplessa di fronte alla squalifica di medici e delle cure mediche (strano per un'infermiera), e nei confronti di una sopravvalutazione mistica delirante delle cure omeopatiche. Siamo dunque di fronte ad un doppio registro di funzionamento: uno conscio, apparente, docile ed iperadattato, uno inconscio, aggressivo e rivendicativo, con tendenze alla mistificazione. Dall'iniziale diniego di un risarcimento danni (vuole solo guarire), avviene un progressivo rovesciamento della situazione, qualsiasi indennizzo non basta per quanto da lei subito. Il suo apparente essere docile e scrupolosa nasconde una personalità rigida e poco malleabile. Queste caratteristiche funzionali e di meccanismo difensivi (scissione e proiezione) parlano in favore della diagnosi di personalità premorbosa che incide gravemente sull'ulteriore decorso della guarigione. Riesce a manipolare ed a metter in scacco ogni proposta terapeutica, squalificandola. Assistiamo ad un progressivo deterioramento di questa personalità paranoide sensitiva, con una massiccia regressione psichica. La paziente sviluppa un delirio di rapporto concentrico con il trauma. La sua vita si ferma. I suoi dolori espressi teatralmente la pongono in primo piano, quale costante oggetto d'interesse. Operando una massiccia regressione oggettuale, il marito diventa l'esecutore delle sue rivendicazioni inconsce, investito massicciamente dalla pulsione aggressiva di lei, diventando il suo giustiziere; lo scenario psichiatrico è quello di una "follia condivisa" (folie à deux). Evidentemente esso non ha più nulla a che vedere con il trauma intercorso nella vita della peritanda due anni orsono. Ogni nesso di causalità è estinto " (doc. __, p. 7). A proposito del ruolo giocato dall'infortunio assicurato, la dott.ssa _____, segnatamente rispondendo al quesito n. 3.2, ha indicato quanto segue: " (...). Dal punto di vista psichiatrico esiste un disturbo di personalità preesistente all'infortunio,

apparentemente compensato sul piano psico-sociale; l'infortunio costituisce il fattore scatenante per un'evoluzione successiva di tipo psicotico regressivo depressiva. Quest'evoluzione non si sarebbe mai verificata senza concomitanza di una personalità premorbosa. Un incidente di questa portata, nel corso naturale delle cose, non avrebbe mai prodotto conseguenze psichiatriche di questo tipo, altrimenti; ora assistiamo all'evoluzione di una malattia psichiatrica invalidante, a decorso cronico, con prognosi infausta. A due anni di distanza dall'infortunio, invece di assistere ad un lento ma progressivo miglioramento della sintomatologia algica, con tutte le cure del caso, ecco che assistiamo ad un importante aggravamento, nel senso di un grave deterioramento del funzionamento della personalità, oltre al peggioramento della sintomatologia dolorosa. Un trauma cranico di quest'entità non può trasformare la personalità di base di un soggetto. Da adesso, il nesso causale naturale con l'infortunio non sussiste più. " (doc. __, p. 8) Dagli atti di causa risulta infine che, prima di procedere all'emanazione della decisione del 17 ottobre 2001, l'assicuratore LAINF ha ancora interpellato il dott. _____, spec. FMH in chirurgia (cfr. doc. __), rispettivamente, il dott. _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia (cfr. doc. __), ambedue suoi medici fiduciari. 2.11. Con la querelata decisione su opposizione, la _____ ha negato la propria responsabilità a far tempo dal 6 ottobre 2000, ritenendo che, da tale data, i disturbi ancora lamentati da _____ non si trovavano più in una relazione di causalità naturale con l'infortunio del 30 aprile 1998. Essa ha giustificato questa sua posizione facendo essenzialmente capo alle risultanze della perizia 1° ottobre 2000 allestita dalla psichiatra dott. _____. L'assicuratore LAINF convenuto ha pure sostenuto che, anche qualora si volesse ammettere la persistenza di un nesso di causalità naturale oltre il 5 ottobre 2000, la decisione di sopprimere il diritto alle prestazioni risulterebbe comunque fondata, siccome i disturbi psichici accusati dalla ricorrente, non si troverebbero in una relazione di causalità adeguata con l'evento traumatico assicurato. Con il proprio gravame, _____ ha contestato la tesi difesa dalla _____, facendo valere, in sostanza, che le turbe psichiche di cui soffre sono ancora una conseguenza, naturale ed adeguata, dell'evento traumatico dell'aprile 1998. Chiamata ora a pronunciarsi, questa Corte osserva, in primo luogo, che in occasione dell'infortunio in questione l'assicurata ha riportato, in particolare, un trauma cranico semplice, senza interessamento del sistema nervoso centrale (cervello). È vero che in alcuni dei referti medici presenti all'inserto, si parla esplicitamente di commotio cerebri, dunque di un coinvolgimento del cervello nel trauma (cfr., ad esempio, i doc. __). Nondimeno, occorre rilevare che _____ ha costantemente dichiarato di non avere perso conoscenza e, d'altra parte, non emerge neppure che essa sia stata colpita da amnesia traumatica o post-traumatica. Ciò non è sfuggito al dott. _____, spec. FMH in neurologia, consultato dall'assicurata appena otto giorni dopo la caduta (cfr. doc. __: "La P. ha riportato il 30.4.98 un trauma cranico fronto-parietale sin con ferita lacero-contusa al cuoio capelluto, senza commozione cerebrale, ..."), né, tantomeno, ai sanitari del Servizio di neurologia del _____ a (cfr. doc. __, p. 6: "La diagnosi di sindrome post-traumatica [sindrome conseguente ad un trauma cranico, n.d.r.] è possibile in assenza di lesioni cerebrali come sembra essere indicato dall'esame clinico e da una TAC cerebrale normale effettuata subito dopo l'incidente, e dall'assenza di perdita di conoscenza"). Come poc'anzi indicato, la _____ ha innanzitutto negato l'esistenza di un legame causale naturale fra i disturbi che l'insorgente continua a lamentare e l'evento assicurato. Lo scrivente TCA ritiene, da parte sua, di potersi esimere dall'esaminare più da vicino il tema della causalità naturale, poiché, così come verrà meglio dimostrato ai seguenti considerandi, l'adeguatezza del nesso

di causalità - aspetto di natura giuridica - non può, in ogni caso, venire ammessa. Appare così superfluo procedere alle misure istruttorie richieste dall'insorgente (cfr. XIII). Da un lato, anche se grazie alla perizia giudiziaria si dovesse accertare che i disturbi psichici lamentati da _____ hanno ancora un'eziologia traumatica, difettando il nesso di causalità adeguata, ciò non sarebbe comunque sufficiente per impegnare oltre la responsabilità dell'assicuratore LAINF. Dall'altro, conoscere il preesistente stato di salute dell'assicurata, è irrilevante nell'ottica della valutazione della causalità adeguata. Secondo la giurisprudenza federale, in caso di trauma cranico semplice senza lesione organica ed una sintomatologia essenzialmente psichica, la valutazione della causalità adeguata si fonda sulla prassi sviluppata in materia di evoluzione psichica abnorme conseguente ad infortunio (cfr. STFA del 28 agosto 2002 nella causa K., U 416/01, consid. 5a e riferimenti ivi menzionati). Avantutto, occorre quindi procedere alla classificazione dell'infortunio occorso all'insorgente. La dinamica dell'evento traumatico del 30 aprile 1998 non ha mai dato adito a discussioni fra le parti. _____ è semplicemente scivolata a causa del pavimento bagnato ed ha battuto violentemente il capo a terra. A seguito di questo sinistro, essa ha riportato un trauma cranico semplice, una ferita lacero-contusa alla regione temporale sinistra ed una sospetta fessura dell'osso temporale sinistro (cfr. doc. _). La diagnosi di commotio cerebri, formulata in un primo tempo, non ha potuto essere confermata nel prosieguo (cfr. consid. 2.11.). 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: si tratta, a mente del TCA, di un infortunio di grado medio al limite della categoria inferiore. Del resto, occorre osservare che il TFA, nella già citata sentenza del 28 agosto 2002 nella causa K. - riguardante un assicurato che, cadendo da un'altezza di 4.5 metri, aveva anch'egli lamentato un trauma cranico semplice - ha classificato questo evento fra gli infortuni di media gravità all'interno della categoria media (cfr. consid. 5a). Il giudice è quindi tenuto a valutare le circostanze connesse con l'infortunio, secondo i criteri elaborati dal TFA e qui evocati al consid. 2.6.. Per ammettere l'adeguatezza sarebbe, pertanto, necessaria, alternativamente, la presenza, cumulativamente, di tutti i fattori elencati o la particolare intensità dei fattori effettivamente intervenuti. Va preliminarmente sottolineato che nell'apprezzamento dell'adeguatezza del nesso di causalità in materia di turbe psichiche, vanno considerati unicamente i postumi di natura organica (cfr. RAMI 1999 U 341 p. 409 e RAMI 1993 U 166, p. 94 consid. 2c e riferimenti). L'infortunio del 30 aprile 1998 non si è svolto secondo circostanze concomitanti particolarmente drammatiche o spettacolari, né la ricorrente ha riportato delle lesioni particolarmente gravi (cfr. STFA del 28 agosto 2002 succitata, consid. 5b: "D'une part, si la chute, en soi, a pu être impressionante, elle n'apparaît pas, du point de vue objectif, seul déterminant dans l'analyse du déroulement de l'accident, comme particulièrement impressionnante ou accompagnée de circonstances particulièrement dramatiques. Arrivé le premier sur les lieux de l'accident, l'employeur du recourant n'a constaté qu'un léger écoulement de sang par le nez, sans autre séquelle visible. D'autre part, le recourant n'a subi aucune lésion physique sérieuse à la suite de sa chute; un traumatisme crânien simple, sans lésion organique ou physique, n'apparaît pas comme une atteinte d'une gravité ou d'une nature particulières"). È vero che, a differenza dell'assicurato a cui si riferisce la summenzionata pronunzia federale, _____ ha riportato anche una ferita lacero-contusa alla regione temporale ed una (peraltro solo sospetta) fessura dell'osso temporale sinistro. Nondimeno, ciò non basta per giustificare una soluzione diversa. Questa Corte ritiene inoltre che non si possa parlare né di una durata eccezionalmente lunga della cura medica né di rilevanti complicazioni né,

tantomeno, di un trattamento medico errato che avrebbe notevolmente aggravato gli esiti dell'evento traumatico, ricordato, una volta ancora, che vanno considerati unicamente i disturbi somatici (cfr. giurisprudenza succitata). A questo proposito, basti ricordare che, dal mese di gennaio/febbraio 1999 in poi - quindi a distanza di circa 9-10 mesi dall'evento traumatico - la ricorrente non si è più sottoposta ad alcuna particolare cura medica. Al trattamento di fisioterapia raccomandato dai sanitari del _____, peraltro quale semplice misura di accompagnamento alla terapia psichiatrica, _____ non ha dato alcun seguito. È qui utile ricordare che in una sentenza del 17 maggio 1999 nella causa V. G., U 235/97, il TFA ha negato che la cura medica sia stata eccezionalmente lunga, anche se il trattamento delle lesioni organiche primarie si era concluso soltanto a distanza di un anno e cinque mesi dalla data del sinistro. Visto quanto precede, questo Tribunale non può ritenere soddisfatto nemmeno il criterio del grado e della durata dell'incapacità lavorativa dovuta ai soli esiti somatici dell'infortunio assicurato, così come quello della persistenza dei dolori somatici. In effetti, non si può prescindere dal fatto che la situazione somatica è stata sfavorevolmente influenzata da importanti turbe psichiche. In simili condizioni, occorre concludere che l'infortunio assicurato non ha avuto, secondo il corso ordinario delle cose e l'esperienza della vita, un significato decisivo per l'instaurazione dei disturbi psichici di cui _____ soffre: l'adeguatezza del nesso di causalità non può, quindi, venir ammessa. Non è pertanto censurabile il fatto che la _____ abbia ritenuto estinto il diritto della ricorrente di beneficiare di ulteriori prestazioni assicurative a far tempo dal 6 ottobre 2000.

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