

## **TI\_GERICHTE 35.2003.64 vom 2. Juli 2003**

TI Tribunale d'appello, 2003-07-02, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_35.2003.64](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2003.64)

FR: TI\_GERICHTE 35.2003.64 du 2 juillet 2003

IT: TI\_GERICHTE 35.2003.64 del 2 luglio 2003

### **Regeste**

caduta da circa 6 metri con grave trauma cranio-cerebrale. Persistenza di un complesso di disturbi, in particolare neuropsicologici. Perizia giudiziaria. Ammessa la causalità naturale ed adeguata con l'infortunio. Sorveglianza dell'assicurato ordinata dall'assicuratore LAINF. Audizione del perito

### **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. Per accertare l'esistenza di un nesso di causalità adeguata tra disturbi psichici e infortunio, la giurisprudenza ha sviluppato dei criteri oggettivi (DTF 123 V 104 consid. 3e, 115 V 138ss. consid. 6-7, 405ss. consid. 4-6). Il TFA ha in particolare classificato gli infortuni, a seconda della dinamica, nella categoria degli eventi insignificanti o leggeri, in quella degli eventi gravi e in quella di grado medio. 2.7. Nei casi di infortunio insignificante (l'assicurato per esempio ha leggermente battuto la testa o si è slogato il piede) o leggero (egli ha fatto una caduta o scivolata banale) l'esistenza di un nesso di causalità adeguata può di regola essere negata a priori. Secondo l'esperienza della vita e ritenute le cognizioni acquisite in materia di medicina degli infortuni, può in effetti essere ammesso, senza dover procedere ad accertamenti psichici particolari, che un infortunio insignificante o leggero non sia di natura tale da provocare un'incapacità lavorativa e di guadagno di origine psichica. 2.7.1. Se l'assicurato è rimasto vittima di un infortunio grave, l'esistenza del nesso di causalità adeguata fra l'evento e successiva incapacità lavorativa dovuta a disturbi psichici deve di regola essere riconosciuta. 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. 2.7.2. Sono considerati infortuni di grado medio tutti gli eventi che non possono essere classificati nelle due predette categorie. La questione a sapere se tra simile infortunio e incapacità lavorativa e di guadagno di origine psichica esista un rapporto di causalità adeguata non può essere risolta con solo riferimento all'evento stesso. 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.

2.7.3. Non in ogni caso è necessario che tutti i criteri appena menzionati siano presenti. La presenza di un unico criterio può bastare per ammettere l'adeguatezza del nesso di causalità quando l'infortunio va classificato fra quelli al limite della categoria degli eventi gravi. Inoltre un solo criterio può, in tutta la categoria degli infortuni di grado medio, essere sufficiente se riveste un'importanza particolare o decisiva. Nel caso in cui nessuno dei criteri di rilievo riveste un'importanza particolare o decisiva, occorrerà invece riferirsi a più criteri. Ciò vale tanto più quanto meno grave sia l'infortunio in questione (cfr. DTF 115 V 140s., consid. 6c/aa e bb e 409s., consid. 5c/aa e bb, 117 V 384, consid. 4c; RAMI 2002 U 449, p. 53ss. consid. 4a).

2.8. 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 (pur ammettendo la causalità naturale, ad esempio per la presenza di disturbi psichici, cfr. SZS 1986, p. 84 seg.) 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 veniva 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 è 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 è 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 sentenza citata l'Alta Corte 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 è, 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 è stata dimostrata. Ne ha pure dedotto che, per decidere circa l'adeguatezza della relazione di causalità, non è 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 è 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 è 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, è stato sviluppato in relazione ai traumi cranio-cerebrali, allorquando 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). 2.9. 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) 2.10.

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 cranio-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, in relazione con l'evento assicurato (cfr. 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. 117; STFA 9 settembre 1994 pubblicata parz. in RAMI 1995 U 221, p. 115; G. Scartazzini "Considérations sur dix ans de développement en matière de causalité dans les assurances sociales", in Mélanges en

l'honneur de J. L. Duc, Ed. IRAL Losanna 2001, p. 239seg. (270 nota 75)). 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) 2.11. In concreto, il 10 settembre 1998, RI 1 è caduto da una scala che aveva appoggiato al ramo di un albero ed è stato trasportato immediatamente all'\_\_\_\_\_, dove è rimasto degente sino al 24 settembre 1998. I sanitari hanno diagnosticato un trauma cranio-cerebrale grave, in presenza di contusioni cerebrali multiple e di un'emorragia subaracnoidea (cfr. doc. 4 e 21). Il decorso post-infortunistico è stato segnato da persistenti ed invalidanti disturbi neurologici e neuropsicologici. Dalle tavole processuali emerge che, nel corso dei primi mesi del 2001, l'assicurato è stato periziato, per conto della CO 1, dalla dott.ssa \_\_\_\_\_, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia.

Secondo questa specialista, l'insorgente presentava una incapacità lavorativa del 50% da ricondurre ad una malattia depressiva cronica, patologia non più in una relazione di causalità naturale con l'evento traumatico del mese di settembre 1998: " Dagli atti e dall'esame clinico emerge come punto saliente l'insorgenza della problematica depressiva cronica, che si è sovrapposta insidiosamente all'evento traumatico del settembre 1998. Dall'inizio i risultati dei test neuro-psicologici non erano di entità grave, le capacità cognitive, le prassie e le gnosie erano conservate. Persisteva la problematica legata alla difficoltà di concentrazione e alla paura a svolgere l'attività di prima. Questa sintomatologia è aspecifica e può confondersi con un quadro depressivo concomitante. L'assicurato era una persona che svolgeva contemporaneamente il lavoro di giardiniere in proprio, di contadino e di allevatore, domatore di cavalli. Egli stesso riconosce di essere stato alquanto spericolato nel suo mestiere, ossia negava i pericoli, non era una persona prudente. Anzi, dove c'era il maggior pericolo egli si buttava, sempre per un interesse di lucro. Questo funzionamento psichico e' da collegare alla struttura di personalità pre-morbosa, ossessivo-compulsiva. Appare un uomo rigido, testardo, ostinato, cocciuto, strutturato in maniera controllata con in atto meccanismi difensivi inconsci di tipo isolamento, scissione, negazione, formazione reattiva, trasformazione al suo contrario. Meccanismi compatibili con una strutturazione della personalità prevalentemente ossessiva con tratti anche psicotici, nel senso della scissione e della negazione. Ogni tentativo d'approccio degli aspetti psicologici in questi due anni dopo l'infortunio era destinato all'insuccesso. Le sue capacità introspettive sono paralizziate dall' "Io" che si protegge strutturato in modo rigido contro ogni "intrusione" nella sfera intrapsichica. Egli vive gli interventi dall'esterno come intrusivi, non francamente persecutori, ma minacciosi. Attaccamento rigido ossessivo al denaro, alle "sue cose", gli altri sono intrusi, minacciosi. L'incidente, in quanto pericolo scampato, scuote automaticamente questo funzionamento, le difese inconscie dell'Io vengono attaccate. Egli si destruttura sul piano di funzionamento precedente, senza più "riconoscersi" in queste nuove condizioni emotive di paura, angoscia, apprensione, tensione, inquietudine, di fronte alla realtà lavorativa che per lui fino a quel punto - a suo dire - non rappresentava nessun problema. A questo punto rifiuta con la rigidità da sempre ogni legame intrapsichico o introspezione su questi aspetti e proietta all'esterno, sull'infortunio, le ragioni e la causa di tutti i suoi mali. In questo diventa irremovibile, rifiuta ogni suggerimento verso gli eventuali approcci psichici del suo disagio e perpetua la richiesta del risarcimento assicurativo per i danni legati all'infortunio. Si scopre inoltre, in concomitanza all'infortunio, la problematica organica dell'epatite C che necessita cure specifiche. La stessa epatite come anche le cure medicamentose possono aggravare il decorso depressivo già in atto insidiosamente. In conclusione: la problematica depressiva cronica attuale a mio parere risulta causata dal crollo delle difese intra-psichiche e dalla conseguente fragilizzazione dell'Io strutturato rigidamente e incapace di riorganizzarsi accettando le nuove condizioni di vita e i limiti dalle stesse imposti. Questo fatto, scatenato dall'infortunio, avrebbe potuto anche essere scatenato da qualsiasi evento impreveduto nella sua vita futura. L'infortunio e' di conseguenza il fattore scatenante. Attualmente per il decorso depressivo cronico non esiste più il nesso di causalità naturale con l'incidente del '98. Dalla malattia organica dichiarata, ossia dal 22.01.'00, il nesso naturale causale con l'infortunio e' da prosciogliere, non esiste più! Gli aspetti depressivi cronici sono da collegare all'impossibilità dell'assicurato - vista la struttura della personalità premorbosa - a elaborare l'evento traumatico con la fissazione sullo stesso e con le rivendicazioni conseguenti verso il risarcimento post-infortunio. (Restituzio ad integrum -> "Ridatemi me

stesso di prima", per esempio). Attualmente l'assicurato soffre di una malattia depressiva cronica che a mio parere invalida questo paziente nella misura del 50 %. Per l'altro 50% egli è abile al lavoro e presenta delle risorse, scegliendo tra diverse attività da lui intraprese può ancora lavorare nella misura del 50%" (doc. 170). L'incarto è successivamente stato sottoposto al dott. \_\_\_\_\_, medico-chirurgo, il quale, con rapporto del 24 settembre 2001, ha raccomandato all'assicuratore LAINF di chiudere definitivamente il caso, data la totale assenza di postumi residuali dell'infortunio in questione: " Riassumendo si è confrontati con l'infortunio del 10 settembre 1998 a seguito del quale il signor RI 1, il quale non ha esternato altre lamentele oltre ai disturbi rientranti nella sfera psichica, e il quale beneficia di una copertura Lainf presso il vostro ente, ha subito • frattura della clavicola sinistra, trattata conservativamente, guarita senza reliquati; • contusioni multiple al rachide vertebrale, guarite senza reliquati; • trauma cranico cerebrale con multiple contusioni cerebrali, emorragia sub-aracnoidea parieto-occipitale sinistra, conseguente iniziale sindrome psicomotoria e stato di agitazione. Parimenti vi è la diagnosi psichiatrica di reazione depressiva prolungata in sindrome da disadattamento su disturbo di personalità anancastica (ossessivo-compulsivo). A fronte della causalità naturale, dal lato ortopedico non vi sono reliquati a livello della clavicola sinistra e rachide vertebrale. La malattia psichiatrica, che determina per altro una inabilità lavorativa in misura del 50%, a parere della specialista D.ssa \_\_\_\_\_, non ha più, a partire dal 22.1.2000, un nesso di causalità probabile preponderante con l'evento in causa, che ha giocato un ruolo di fattore scatenante. Dal lato della capacità lavorativa, il paziente è da considerare incapace al lavoro in misura del 50% per la malattia psichiatrica mentre dal profilo post-traumatico non vi è inabilità lavorativa derivante dai postumi infortunistici. Ai sensi Lainf non sussistono, infine, postumi infortunistici indennizzabili nell'ambito della menomazione alla integrità fisica" (doc. 183). Facendo propria la valutazione espressa dalla dott.ssa \_\_\_\_\_, rispettivamente, dal dott. \_\_\_\_\_, la CO 1 ha rilasciato la decisione formale del 31 ottobre 2002, mediante la quale ha posto termine alle proprie prestazioni a contare dalla fine del mese di febbraio 2001 (cfr. doc. 198). Con il ricorso del 30 settembre 2003, l'assicurato ha contestato la tesi difesa dai medici fiduciari dell'assicuratore, sottolineando che i disturbi di cui egli ancora soffre vanno ricondotti ad una sindrome psicorganica, conseguenza del trauma cranio-cerebrale riportato il 10 settembre 1998 (cfr. I, p. 9). In corso di causa, RI 1 ha prodotto una perizia, datata 1° ottobre 2003, allestita dal dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia. Per quanto qui di interesse, il dott. \_\_\_\_\_ ha affermato che il suo paziente presenta un disturbo post-concussivo e, d'altra parte, che la depressione, pur presente, non ha, citiamo: "... alcun valore pratico in un soggetto con una lesione cerebrale con danni irreversibili": " Dalla documentazione medica (neurologica e psichiatrica) messi a disposizione, si osserva il decorso cronico del disturbo neuro-cognitivo e neuro-psicologico, indotto dalle lesioni cerebrali subite nell'incidente, menzionando diverse comorbidità: l'epatite C, probabilmente preesistente all'incidente; la depressione collegata alle nuove condizioni di vita. Entrambe le comorbidità, non hanno alcun valore pratico in un soggetto con una lesione cerebrale con danni irreversibili. La prima non ha ripercussioni sulla capacità lavorativa, mentre la seconda deve essere vista anche come parte della diagnosi principale. A mio modo di vedere, la diagnosi principale deriva già dalla documentazione medica, psichiatrica e neurologica. La documentazione deve essere compresa come un'unità indivisibile ed integra. Letta in questa maniera, indubbiamente induce verso la conclusione diagnostica di Disturbo post-concussivo . Questo disturbo è giunto ormai al suo quinto anno, arricchitosi con diverse apparenti

comorbidità come disturbo generalizzato d'ansia o disturbi depressivi di media entità, in una persona estremamente volenterosa ma quotidianamente confrontata con il proprio impedimento legato alle sequele d'infortunio. Tuttavia non bisogna dimenticare che ansia, depressione e labilità affettiva fanno parte dei sintomi classici del disturbo post-concussivo. Vi sono presenti anche modificazioni della personalità in seguito a questo grave evento traumatico e psicosociale stressante. Il quadro attuale, non corrisponde alla PTSD e, nemmeno il decorso, mi sembra tipico per una sindrome postraumatica. Temo che il danno neuro-psicologico e cognitivo causato dall'incidente, sia consistente e che vi sia rimasto soltanto un molto esiguo grado di capacità lavorativa, privo di valore pratico. Ora il suo quadro di personalità appare un miscuglio d'elementi interpretativi ed oppositivi. Egli appare con una personalità immatura, quasi infantile ed insistente in maniera inappropriata. Questo quadro si presta facilmente alle interpretazioni errate, in particolare, se visto in modo separato dalle considerazioni neurologiche, può apparire addirittura come un quadro psicotico o demenziale. Per illustrare meglio il mio punto di vista, le propongo in allegato la lettura della trascrizione dei criteri di ricerca della DSM-IV" (V). 2.12. Alla scopo di chiarire la fattispecie da un profilo medico, lo scrivente TCA ha ordinato una perizia giudiziaria, affidandone l'allestimento al dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in neurologia, Primario presso la Clinica di riabilitazione \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, già Direttore medico della Clinica \_\_\_\_\_ per l'epilessia e la neuroriabilitazione di \_\_\_\_\_ (cfr. VIII). L'esperto designato dal TCA ha consegnato il proprio referto, composto di 36 pagine più allegato, in data 1° settembre 2003 (XXVII). Dallo stesso emerge che l'assicurato, il 27 aprile 2004, è stato sottoposto a valutazione neuropsicologica da parte del dott. \_\_\_\_\_, responsabile dell'Unità operativa di neuropsicologia e logopedia della Clinica \_\_\_\_\_. Dopo aver ricostruito, in maniera minuziosa, l'anamnesi del ricorrente (cfr. XXVII, p. 2-20) ed averne, altrettanto puntualmente, descritto lo status neurologico e neuropsicologico (cfr. XXVII, p. 20-24), il dott. \_\_\_\_\_ ha posto le seguenti diagnosi: " Diagnosi Stato dopo grave trauma cranio-cerebrale chiuso (multiple contusioni cerebrali, con una minima presenza di emorragia subaracnoidea parieto-occipitale sinistra) il 10.09.1998 con - Deficit neurologici (disturbi della memoria anterograda, deficit di attenzione selettiva, disturbi di attenzione divisa, deficit di attenzione sostenuta). - Emisindrome sinistra residua discreta (disturbi della coordinazione delle estremità, distalmente sensibilità superficiale è leggermente diminuita all'arto superiore, diminuzione della forza prossimale all'arto superiore e inferiore). - Disturbi dell'equilibrio in parte di origine posttraumatica. - Stato dopo frattura clavare sinistra, ora asintomatica. - Stato dopo paresi del muscolo sovraspinato e infraspinato a sinistra, ora non più presente. - Stato dopo trauma dell'emitorace sinistro, asintomatico. - Stato dopo lesione di un dente incisivo a sinistra " (XXVII, p. 24s.). Per quanto qui d'interesse, il perito giudiziario - avallando in tale modo la valutazione espressa, a suo tempo, dallo psichiatra \_\_\_\_\_ (cfr. V, doc. B) - ha affermato che la sintomatologia denunciata dal ricorrente va inquadrata in una cosiddetta sindrome post-concussiva e che, pertanto, si trova in una relazione causale certa con l'infortunio del 10 settembre 1998, in assenza di fattori extra-traumatici: " 2) In particolare, il perito concorda con la diagnosi posta dal dott. \_\_\_\_\_ di disturbo post concussivo contenuta nel suo scritto del 1° ottobre 2003? Sì, concordo con la diagnosi posta dal dott. \_\_\_\_\_ di disturbo post concussivo contenuta nel suo scritto del 1° ottobre 2003. Le motivazioni sono state addotte nella Perizia neuropsicologica e da parte mia nella "Valutazione". Ricordo gli argomenti principali che parlano per uno stato dopo trauma craniocerebrale con una sintomatologia che si può ritenere del tipo post concussivo: - Sono

ancora presenti deficit neurologici in forma di emisindrome sinistra residua discreta (disturbi della coordinazione, distalmente sensibilità superficiale è leggermente diminuita all'arto superiore, diminuzione della forza prossimale all'arto superiore e inferiore) - Sono ancora presenti deficit neuropsicologici (Disturbi della memoria anterograda, deficit di attenzione selettiva, disturbi di attenzione divisa, deficit di attenzione sostenuta) da ritenere tipici per lo stato dopo un trauma come quello avuto dall'assicurato e inoltre i deficit neuropsicologici si possono ben mettere in relazione con le lesioni focali subite dal paziente, inoltre complicate da un sanguinamento sottoacronoidale (multiple contusioni cerebrali con una minima presenza di emorragia subaracnoidea parieto-occipitale sinistra). -

Esiste una amnesia post-traumatica. - Inoltre sono presenti i sintomi seguenti: facile affaticamento, disturbi del sonno, vertigini, irritabilità, ansia e tendenza alla depressione, una certa labilità affettiva, tendenza all'apatia, cambiamenti nella funzionalità sociale. 3) I disturbi (fisici c/o psichici) di cui soffre l'assicurato sono in relazione causale naturale certa, probabile o solo possibile con l'infortunio del 10.09.1989? I disturbi (fisici e/o psichici) di cui soffre l'assicurato sono in relazione causale naturale certa con l'infortunio del 10.09.1989. (...). 4) Concorrono fattori extratraumatici a causare i disturbi? In caso affermativo, qual è la loro natura e la loro importanza ? No, a mio avviso non concorrono fattori extratraumatici a causare i disturbi accusati dall'assicurato" (XXVII, p. 32-34). Rispondendo ai quesiti peritali n. 5 e 6, l'esperto designato dal TCA ha categoricamente negato che RI 1 abbia già raggiunto lo status quo sine a margine del sinistro assicurato, sottolineando in particolare che la data di chiusura del caso decisa dalla CO 1 (28 febbraio 2001) non rappresenta, citiamo: "... nessun punto di riferimento nello sviluppo della storia clinica del paziente. Non ci sono elementi di riferimento che possano suffragare l'ipotesi che a partire da un certo momento la sintomatologia dell'assicurato non sia da riferire all'incidente occorso nel 1998": " 5) L'assicurato ha già raggiunto lo stato "quo sine" a margine dell'infortunio dei 10 settembre 1998? No, l'assicurato continua ancora a soffrire delle conseguenze fisiche (emisindrome residua a sinistra) e psichiche (in particolar modo neuropsicologiche) dell'infortunio del 10 settembre 1998. Vedi "Diagnosi". Oggi si constatano ancora deficit fisici e neuropsicologici e sintomi comportamentali che si devono riferire all'infortunio del 10 settembre 1998. Si tratta dei deficit seguenti: - Dalle lesioni cerebrali focali sono conseguiti i deficit neurologici in forma di emisindrome sinistra residua discreta (disturbi della coordinazione, distalmente sensibilità superficiale è leggermente diminuita all'arto superiore, diminuzione della forza prossimale all'arto superiore e inferiore). - Dalle lesioni cerebrali focali sono conseguiti i deficit neuropsicologici (Disturbi della memoria anterograda, deficit di attenzione selettiva, disturbi di attenzione divisa, deficit di attenzione sostenuta). - Danni psichici: vedi Perizia neuropsicologica, pag. 3 e seguenti. - I disturbi dell'equilibrio del paziente sono difficili da classificare. Possono essere in parte già stati presenti prima dell'incidente in questione. Bisogna considerare che spesso i traumatizzati cranio-cerebrali si lamentano di disturbi dell'equilibrio non specifici, riferibili alle lesioni stesse e al fatto che la presenza di una emisindrome, anche se discreta, influenza con la presenza di deficit sensomotori il senso dell'equilibrio. In parte dunque i disturbi dell'equilibrio sono da riferire allo stato dopo trauma cranio-cerebrale. - La caduta ha provocato una frattura clavare sinistra, ora consolidata e asintomatica. - È stata diagnosticata una paresi del muscolo sovraspinato e infraspinato a sinistra, ora non più constatabili. - La caduta ha provocato un trauma dell'emitorace sinistro, ora asintomatico. Nella valutazione ho motivato questo mio giudizio. Ricorderò ancora qui, che la sintomatologia si è stabilizzata e negli ultimi anni non

ci sono stati cambiamenti qualitativi o quantitativi di rilievo da parte di questa sintomatologia. La data del 22.01.2000 o del 28.02.2001 non rappresentano nessun punto di riferimento nello sviluppo della storia clinica del paziente. Non ci sono elementi clinici a disposizione che possano suffragare l'ipotesi che a partire da un certo momento la sintomatologia dell'assicurato non sia da riferire all'incidente occorso nel 1998. 6)

Condivide il perito la decisione della CO 1 di porre termine alle prestazioni a far tempo dal 28.02.2001, facendo difetto, da tale data, un nesso di causalità naturale fra i disturbi ancora lamentati dall'assicurato e l'infortunio del 10 settembre 1998? No, non condivido la decisione della CO 1 di porre termine alle prestazioni a far tempo dal 28.02.2001, facendo difetto, da tale data, un nesso di causalità naturale fra i disturbi ancora lamentati dall'assicurato e l'infortunio del 10 settembre 1998" (XXVII, p. 34-36). Il dott. \_\_\_\_\_, rispettivamente, il dott. \_\_\_\_\_ (con la sua perizia neuropsicologica del 27 aprile 2004), si sono esplicitamente distanziati dalla valutazione enunciata dalla psichiatra di fiducia dell'assicuratore infortuni convenuto, la quale, lo si ricorda, aveva ricondotto i sintomi accusati dall'insorgente ad un disturbo depressivo (per la precisione, ad una reazione depressiva prolungata in sindrome da disadattamento su disturbo di personalità anancastica (ossessivo-compulsivo), cfr. doc. 170, p. 13ss.): " Dunque, i disturbi presenti sono una conseguenza naturale del trauma accorso il 10.09.1998, contrariamente a quanto affermato dalla CO 1 (Decisione su opposizione della CO 1 del 02.07.2003, pag. 17). Per quanto riguarda la sintomatologia "psichica" dominante e determinante per la comprensione della situazione clinica dell'assicurato e della sua evoluzione, non si tratta di fattori "psicologici", ma di deficit neuropsicologici. La tendenza a una reazione di tipo depressivo posttraumatica è anche a mio avviso da considerare (vedi anche l'allegata "Valutazione neuropsicologica"), ma non giuoca un ruolo determinante, ma secondario. La personalità preesistente dell'assicurato non gli ha impedito di finire la sua formazione, di aver lavorato con successo per la ditta di famiglia e per il Comune di residenza, di essersi sposato e di formare una famiglia con due figli. Non ci sono mai stati a mia conoscenza problemi degni di nota riferibili a un problema di personalità. Non posso condividere le analisi seguenti: "Sul piano esclusivamente psichiatrico il paziente non presenta patologie conseguenti all'infortunio, ossia un cambiamento radicale della personalità o sindrome post-traumatica da stress alcuna. ... "Psichiatricamente egli è da considerare abile al lavoro nella misura del 100%" (Rapporto medico della Dr.ssa \_\_\_\_\_, Specialista FMH in Psichiatria e Psicoterapia, \_\_\_\_\_, del 13.11.1999) e "Reazione depressiva prolungata in sindrome da disadattamento su disturbo di personalità anancastica (ossessivo-compulsivo)." "In conclusione: la problematica depressiva cronica attuale a mio parere risulta causata dal crollo delle difese intra-psichiche e dalla conseguente fragilizzazione dell'Io strutturato rigidamente e incapace di riorganizzarsi accettando nuove condizioni di vita e i limiti dalle stesse imposte" (Rapporto peritale della Dr.ssa \_\_\_\_\_, Specialista FMH Psichiatria e Psicoterapia, \_\_\_\_\_, del 04.05.2001). In modo particolare, non posso condividere l'analisi seguente: "Questo fatto, scatenato dall'infortunio, avrebbe potuto anche essere scatenato da qualsiasi evento imprevisto nella sua vita futura. L'infortunio è di conseguenza il fattore scatenante. Attualmente per il decorso depressivo cronico non esiste più il nesso di causalità naturale con l'incidente del 1998. Dalla malattia organica dichiarata, ossia dal 22.01.2000, il nesso naturale causale con l'infortunio è da prosciogliere, non esiste più! Gli aspetti depressivi cronici sono da collegare all'impossibilità dell'assicurato - vista la struttura della personalità premorbosa - a elaborare l'evento traumatico con la fissazione sullo stesso e con le rivendicazioni conseguenti verso il risarcimento postinfortunio. ...

Attualmente l'assicurato soffre di una malattia depressiva cronica che a mio parere invalida questo paziente nella misura del 50%. Per l'altro 50% egli è abile al lavoro e presenta delle risorse, scegliendo tra le diverse attività da lui intraprese può ancora lavorare nella misura del 50%" (Rapporto peritale della Dr.ssa \_\_\_\_\_, Specialista FMH Psichiatria e Psicoterapia, \_\_\_\_\_, del 04.05.2001). Le motivazioni per le quali io non posso condividere queste analisi della situazione clinica dell'assicurato derivano dalla mia valutazione qui sopra esposta (vedi paragrafi "Trauma" e "Neurostato") e dalle argomentazioni sviluppate dal Dott. \_\_\_\_\_ nella "Valutazione neuropsicologica" (vedi allegato). (XXVII, p. 30-31). " Siamo pertanto di fronte ad una menomazione acquisita nel funzionamento cognitivo, accompagnata da sintomi neurocomportamentali specifici. Tale costellazione sintomatologica appare ragionevolmente ascrivibile al trauma cranico del 1998, non solo perché la moglie del paziente descrive un drastico cambiamento di personalità del marito dopo l'incidente, ma anche perché non esistono in anamnesi antecedenti psichiatriche né difficoltà cognitive o comportamentali che hanno influenzato significativamente, in termini negativi, la sua carriera scolastica e professionale. In altre parole, prima dell'evento traumatico il paziente ha avuto una scolarizzazione ed un inserimento professionale soddisfacenti, così come normale è stata anche la sua vita sociale ed affettiva. Immediatamente dopo l'incidente, invece, il paziente ha mostrato le difficoltà sopra descritte. Una loro relazione con un disturbo puramente psichico o reattivo, ad esempio una depressione primaria, sembra alquanto improbabile: i pazienti affetti da depressione, quando sottoposti ad esame neuropsicologico, mostrano un atteggiamento costantemente rinunciatario e passivo, sono poco collaborativi e necessitano di frequenti sollecitazioni. Inoltre, invariabilmente, tendono a sovrastimare le difficoltà cognitive, ovvero le loro lamentele appaiono sproporzionate rispetto alle reali abilità che li contraddistinguono. Esistono pertanto delle precise caratteristiche cliniche, individuate già diversi anni fa (Wells, 1979) e comunemente utilizzate in ambito neuropsicologico, che consentono di comprendere se i disturbi cognitivi lamentati da un paziente siano principalmente ascrivibili ad una sottostante patologia neurologica oppure psichiatrica. Il Sig. RI 1, contrariamente ai pazienti depressi, ha mostrato un buon livello di cooperazione e di partecipazione all'esame, nonostante alcuni momenti di insofferenza attribuibili all'affaticamento mentale. Nessuna particolare sollecitazione da parte dell'esaminatore è stata necessaria. Infine, le performance ottenute ai test neuropsicologici sono apparse del tutto compatibili con l'entità dei disturbi lamentati dal paziente. Il paziente, quindi, presenta una molteplicità di sintomi cognitivi, comportamentali e somatici (tra i quali anche le modificazioni dell'affettività) che non possono essere interpretati come entità separate, né possono essere ricondotti a categorie diagnostiche che non tengono conto della situazione neurologica. Il ricorso a classificazioni diagnostiche puramente psichiatriche, aspetto che si ritrova nella documentazione clinica concernente il paziente, può essere stato facilitato anche dall'uso di strumenti di diagnosi psicologica poco adatti per esaminare individui che hanno subito un trauma cranico. In particolar modo, nella perizia psichiatrica refertata il 04.05.2001 si fa riferimento alla somministrazione della WAIS-R, del TAT e del Test di Rorschach. La WAIS-R è un test di intelligenza molto utilizzato, ma è stato ampiamente dimostrato che la sua sensibilità, ovvero la capacità di individuare con precisione i deficit neuropsicologici conseguenti a trauma cranico, è piuttosto insoddisfacente (Kolb & Wishaw, 1995; Ardila, 1999; Ardila et al., 2000). Allo stesso modo, la validità e l'attendibilità dei test proiettivi di personalità (tra i quali anche TAT e Rorschach) è ampiamente messa in dubbio da un numero sempre più crescente di studi scientifici

(Hunsley & Bailey, 1999; Lilienfeld et al., 2000; Lilienfeld et al., 2001; Wood et al., 2003). D'altra parte anche gli accertamenti neuropsicologici ai quali il paziente è stato sottoposto in questi sei anni presentano alcuni aspetti discutibili. Le , diverse valutazioni sono state condotte essenzialmente mediante somministrazione di prove cliniche, generalmente meno sensibili rispetto ai test neuropsicologici standardizzati. Inoltre, i pochi test utilizzati facevano riferimento a valori normativi piuttosto datati e raccolti sulla popolazione di lingua non italiana. Quest'ultimo aspetto è di non poca importanza, poiché è noto in neuropsicologia che i dati normativi devono essere costantemente aggiornati e che le prestazioni di un paziente devono rigorosamente essere confrontate con quelle di un campione normativo avente medesime caratteristiche (Denes e Pizzamiglio, 1996). In altre parole, i punteggi ottenuti da un soggetto devono essere confrontati con quelli di un campione normativo sufficientemente ampio, costituito da individui che parlano la stessa lingua e che hanno età e scolarità identiche a quelle della persona esaminata. Le valutazioni neuropsicologiche eseguite in passato hanno trascurato questi aspetti metodologici di primaria importanza: è ipotizzabile, quindi, che tale fatto sia alla base dei risultati contrastanti emersi dai diversi accertamenti, discrepanze che certamente hanno contribuito a rendere poco chiara la reale situazione neuropsicologica del paziente. In conclusione, il quadro clinico, con la sua eterogeneità di sintomi cognitivi, comportamentali e somatici, rispetta tutti i criteri stabiliti dal DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) per porre la diagnosi di Disturbo Cognitivo Non Altrimenti Specificato [codice DSM-IV-TR: 294.9; codice ICD-10: F06.9], categoria che comprende anche il Disturbo Post-Concussivo" (XXVII 1, p. 4-7).

2.13. Nel corso del mese di settembre 2004, la CO 1 ha prodotto un rapporto, datato 21 giugno 2004, allestito da un'agenzia privata di investigazione, " \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_", sulla base delle risultanze di alcuni pedinamenti del ricorrente, nonché la relativa documentazione fotografica e video (cfr. XXXI 5, 6, 7 e 8). Al proposito, l'assicuratore convenuto ha osservato che i nuovi mezzi di prova dimostrerebbero che, citiamo: "... nel periodo immediatamente successivo alla perizia (esame del 06.05.04), ossia tra il 17.05. e il 18.06.04, l'assicurato esercitava evidentemente e normalmente la propria attività professionale. Non vediamo, in queste condizioni, come si giustifichi l'incapacità lavorativa del 50% fissata dal dr. \_\_\_\_\_. Contestiamo quindi formalmente le conclusioni del perito a questo proposito e formuliamo, inoltre, ogni riserva per quanto concerne gli altri aspetti della relazione peritale" (XXXI). Dal citato rapporto investigativo risulta che RI 1 è stato sottoposto a sorveglianza durante otto giorni nell'arco di cinque settimane, più precisamente nei giorni di lunedì 17 maggio, sabato 29 maggio, martedì 1° giugno, sabato 5 giugno, domenica 6 giugno, lunedì 7 giugno, giovedì 10 giugno e venerdì 18 giugno 2004. Queste le considerazioni conclusive espresse dal detective privato: "(...). Durante la sua osservazione RI 1 non ha mai manifestato nessun genere di difficoltà di ordine fisico o psichico. Per quanto riguarda i movimenti del corpo in generale, nessun impedimento visibile è stato notato: l'uomo utilizzava bene entrambe le mani, solleva le braccia senza difficoltà, si china agilmente e deambula normalmente. L'assicurato non ha nemmeno difficoltà a rimanere a lungo seduto su un trattore o su di un calesse. In occasione delle sue partecipazioni a giornate di festa l'assicurato non ha manifestato nessuna difficoltà a stare in mezzo alla gente: è sempre parso cordiale, allegro e a proprio agio. Nei ripetuti contatti con i bambini si è sempre dimostrato affabile e paziente" (XXXI 5, p. 24).

2.14. A proposito di assicurati che sono stati oggetto di sorveglianza, è utile ricordare che il Tribunale federale delle assicurazioni, in una sentenza del 25 febbraio 2003 nella causa F., U 161/01, parzialmente pubblicata in DTF 129 V 323 - concernente

un'assicurata sottoposta a video-sorveglianza da parte dell'assicuratore privato di responsabilità civile, mezzo di prova successivamente utilizzato dall'INSAI - ne ha riconosciuto la legittimità di principio, argomentando come segue: " (...). Die Überwachung (inkl. die entsprechenden Videoaufnahmen) - vorgenommen im Verhältnis zwischen privater Haftpflichtversicherung und einer Privatperson - sind nicht widerrechtlich, sondern durch ein überwiegendes privates und öffentliches Interesse gerechtfertigt (Art. 28 Abs. 2 ZGB): Weder die Versicherung noch die dahinter stehende Versichertengemeinschaft sollen zu Unrecht Leistungen erbringen müssen (JdT 1998 I 763 Erw. 2b = SJ 1998 S. 303 f. Erw. 2b, bestätigt durch Urteil des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte vom 28. Juni 2001, VPB 65 [2001] Nr. 134 S. 1381). Zudem ist bei der Interessenabwägung zu berücksichtigen, dass die Versicherte gegenüber der Haftpflichtversicherung (wie auch gegenüber der SUVA) einen Anspruch erhebt, der sich auf den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit abstützt, so dass diesbezüglich Eingriffe in die Persönlichkeit zu erdulden sind, was das Interesse der Beschwerdeführerin geringer erscheinen lässt. Damit sind die im Verhältnis Privatversicherung - Beschwerdeführerin erhobenen Beweismittel rechtmässig erlangt worden. Dies bedeutet aber noch nicht, dass solche Beweise auch von der SUVA erhoben oder verwertet werden dürfen, da es sich bei der SUVA um eine öffentlich-rechtliche Anstalt handelt (Art. 61 Abs. 1 UVG), welche vom öffentlichen Recht beherrscht wird und damit - als Teil des Staates - die Grundrechte der Versicherten (hier Schutz der Privatsphäre; Art. 13 Abs. 1 BV) zu berücksichtigen hat. Dieser Schutz gilt jedoch nicht absolut; vielmehr können die Grundrechte gemäss Art. 36 BV eingeschränkt werden, wenn eine gesetzliche Grundlage vorliegt (Abs. 1), ein öffentliches Interesse an der Einschränkung besteht (Abs. 2), die Einschränkung verhältnismässig ist (Abs. 3) und der Kerngehalt der Grundrechte nicht angegriffen wird (Abs. 4). In vorliegender Sache besteht die gesetzliche Grundlage für die Verwertung der fraglichen Beweismittel in Art. 47 UVG, welcher dem Versicherer eine Pflicht zur Sachverhaltsabklärung auferlegt, ohne dabei eine Beschränkung der Beweismittel vorzusehen (mit Ausnahme der Autopsie eines tödlich Verunfallten; Art. 47 Abs. 4 UVG). Das öffentliche Interesse an der Einschränkung des Schutzes der Privatsphäre liegt darin, keine nicht geschuldeten Leistungen zu erbringen (vgl. JdT 1998 I 763 Erw. 2b = SJ 1998 S. 303 f. Erw. 2b, bestätigt durch Urteil des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte vom 28. Juni 2001, VPB 65 [2001] Nr. 134 S. 1381), um die Gemeinschaft der Versicherten nicht zu schädigen. Nach der Rechtsprechung verlangt der Grundsatz der Verhältnismässigkeit, dass der Grundrechtseingriff zur Erreichung des angestrebten Zieles geeignet und erforderlich ist und dass das verfolgte Ziel in einem vernünftigen Verhältnis zu den eingesetzten Mitteln, den zu seiner Verwirklichung notwendigen Freiheitsbeschränkungen, steht (Verhältnismässigkeit im engeren Sinne; Urteil K. des Schweizerischen Bundesgerichts vom 24. Oktober 2001, 2P.52/2001). Die Verwertung der durch den Privatdetektiv erbrachten Beweise ist zur Erreichung des angestrebten Zieles (keine Leistungszusprechung an Unberechtigte und entsprechender Schutz der Versichertengemeinschaft) geeignet und auch erforderlich, da nur diese Beweismittel - bei offensichtlich bestehenden Anhaltspunkten einer effektiv bestehenden Arbeitsfähigkeit - eine unmittelbare Wahrnehmung wiedergeben können (vgl. JdT 1998 I 764 Erw. 2c = SJ 1998 S. 304 Erw. 2c). Zudem sind sie auch im engeren Sinne verhältnismässig, da nur die für die Anspruchsbeurteilung notwendigen Aspekte berücksichtigt worden sind (faktische Arbeitsfähigkeit als Putzfrau). Die Verwertung der aus der beschränkten Überwachung durch einen Privatdetektiv erlangten Beweismittel greift zudem den Kerngehalt des

Schutzes auf Privatsphäre gemäss Art. 13 Abs. 1 BV nicht an, womit die Verwertung der durch den Privatdetektiv erstellten Beweismittel in casu zulässig ist. Ob dies auch bei einer Beweisaufnahme durch die SUVA so wäre, kann offen gelassen werden" (STFA succitata, consid. 3.3.3.). Su questo tema e sugli abusi nel settore delle assicurazioni sociali, cfr. D. Cattaneo, "Assicurazioni sociali: alcuni temi d'attualità", in Rivista ticinese di diritto, I-2004, p. 228-243 in particolare pag. 232. 2.15. In data 18 novembre 2004, ha avuto luogo, davanti al Presidente del TCA, un'udienza alla quale ha partecipato, oltre alle parti, il dott. \_\_\_\_\_. Prima di prendere conoscenza del contenuto delle videocassette e della documentazione fotografica prodotte dall'assicuratore infortuni convenuto, il perito giudiziario, interpellato al riguardo dal Presidente del TCA, ha confermato, nell'ordine, le diagnosi formulate nel suo referto del 30 agosto 2004 (cfr. XXXVII, p. 24s.) e l'esistenza di un nesso di causalità naturale con l'evento traumatico del settembre 1998 (cfr. XXXVII, p. 33 in fine). Egli ha pure precisato di non essersi pronunciato sulla questione riguardante la capacità lavorativa dell'assicurato. Le affermazioni del dottor \_\_\_\_\_ sono state così verbalizzate: " Con riferimento alla perizia del dr. \_\_\_\_\_, il vicecancelliere legge la diagnosi a pag. 24 e 25. Rispondendo ad una esplicita domanda del presidente del TCA, il dr. \_\_\_\_\_ risponde che conferma assolutamente la propria diagnosi. Rispondendo al presidente del TCA sulla questione a sapere se i disturbi diagnosticati sono o no in nesso di causalità naturale con l'infortunio, il dr. \_\_\_\_\_ risponde sì. Il presidente del TCA chiede al dr. \_\_\_\_\_ se nella sua perizia ha avuto modo di pronunciarsi sul grado di incapacità lavorativa dell'assicurato. La risposta è: senza dubbio no. Con riferimento in particolare a quanto scritto nella perizia a pag. 31, il dr. \_\_\_\_\_ viene invitato a precisare se è corretta l'interpretazione data dal Tribunale e cioè che in quel passaggio non ha fatto niente altro dal riportare quanto detto dalla dr.ssa \_\_\_\_\_, precisando per altro alla fine che non ne condivide le conclusioni. Il dr. \_\_\_\_\_ sottolinea che è proprio così, ciò è confermato dall'uso delle virgolette e dalla citazione fra parentesi: Rapporto peritale.... Può concludere in un altro modo soltanto chi non ha letto attentamente la perizia. (...). Il dr. \_\_\_\_\_ in tale contesto e con preciso riferimento alla sua perizia precisa di avere in quel occasione risposto ai quesiti che gli sono stati posti, e di non essersi invece pronunciato sui punti seguenti: - Sul grado di invalidità del paziente; - Sui lavori che può eseguire o meno e in che percentuale; - Sul successo dei lavori eseguiti come terapia occupazionale; - Se il paziente può eseguire lavori il cui valore possa essere definito dal punto di vista monetario e in che ambito." (XLI, p. 1s. e 4) Dopo la visione delle videocassette - le quali mostrano, citiamo: "... il sig. RI 1 impegnato nelle seguenti attività: guida del trattore, attività agricole (taglio e raccolta fieno, sistemazione balle di fieno) e in attività ricreative con un cavallo (trasporto sposa, trasporto bambini). In occasione di una festa il sig. RI 1 viene filmato mentre attraversa di corsa parte di un campo da calcio" (cfr. XLI, p. 2) - l'esperto designato dal TCA ha dichiarato che il loro contenuto non è suscettibile di modificare le conclusioni peritali circa la diagnosi e l'eziologia dei disturbi accusati dal ricorrente. Il dott. \_\_\_\_\_ ha, in effetti, sottolineato che il menzionato mezzo di prova illustra proprio quello che RI 1 è praticamente ancora in grado di fare nonostante il danno alla salute. Queste attività sono complementari a quelle che l'assicurato invece non è più in grado di compiere. In altri termini, le registrazioni compiute dalla CO 1, non solo non sconfessano la valutazione contenuta nel referto peritale del 30 agosto 2004, ma di fatto l'avvalorano: " Il presidente del TCA chiede al dr. \_\_\_\_\_ se, dopo avere visto il filmato ed avere visionato pure la documentazione fotografica, modifica le sue conclusioni (diagnosi e nesso di causalità naturale) oppure no. Il dr. \_\_\_\_\_

risponde di no per i seguenti motivi. Il documento mostra esattamente quello che il paziente può fare, che è complementare a quello che egli non può fare e che si legge dalla diagnosi e dalle osservazioni cliniche. Le attività sono semplici e ripetitive senza bisogno di una motricità fine. Sono attività tipiche basate sugli automatismi che abbisognano di un grado di attenzione selettiva e in modo particolare divisa modesta. Si vedono peraltro dal filmato i problemi che il paziente presenta per quanto riguarda la motricità fine (ad esempio la mano sinistra che cade, anche nel momento della corsa si constata un'asimmetria del movimento). I problemi dell'assicurato sono proprio nella complessità del compito, nell'uso dell'attenzione e nell'uso delle informazioni nuove. Su questi ultimi aspetti segnalo che l'assicurato è sempre entrato in difficoltà in tutti gli esami fatti. Per quel che riguarda l'utilizzo della forza, volutamente non se ne è parlato nella perizia troppo approfonditamente, perché se è vero che i test dimostrerebbero senz'altro una diminuzione della forza in certi gruppi di muscoli da me descritti, il reale problema dell'assicurato è un altro ed è quello appena affermato. Anche l'aspetto dell'equilibrio non è importante alla luce dei reali problemi del paziente" (XLI, p. 2s. – la sottolineatura è del redattore). Sul tema dell'origine della sintomatologia accusata dall'insorgente, il perito giudiziario ha enunciato alcune considerazioni a sostegno dell'esistenza di un legame causale naturale con il sinistro assicurato, evidenziando, nuovamente, l'inadeguatezza dell'approccio scelto dalla psichiatra dott.ssa \_\_\_\_\_: " Sul nesso di causalità naturale in questo caso si riscontrano le lesioni tipiche di un trauma cranio-encefalico chiuso (diverse localizzazioni) e inoltre un sanguinamento sub-aracnoideale (sotto la protezione del cervello) ciò che sta in relazione con la gravità delle lesioni. La fase di intubazione su una sintomatologia di confusione è stata mediamente più elevata rispetto ad un piccolo trauma. Segnalo che correttamente l'Ospedale \_\_\_\_\_ ha parlato di trauma grave. In questa prospettiva segnalo che negli anni 70/80 si privilegiava un aspetto particolare, cioè quello psichiatrico, che non rispetta assolutamente la vera natura dei disturbi neuropsicologici di cui soffrono le persone che hanno subito un trauma di questo tipo. Da questo profilo, come già detto nella perizia, la valutazione della dr.ssa \_\_\_\_\_ non considera sufficientemente proprio questo aspetto importante del paziente in questione. Su questo aspetto ho pubblicato recentemente sulla Rivista medica ticinese un articolo insieme al dr. \_\_\_\_\_. Un altro aspetto che mi sembra importante per l'assicuratore è che il trauma cranico del tipo del sig. RI 1 non scompare nelle sue conseguenze ma raggiunge un suo grado di equilibrio che può essere dopo 2-5 anni. Ritengo che nel caso del sig. RI 1 attualmente l'assicurato abbia raggiunto il suo livello di equilibrio. (...). Rispondendo ad un'altra domanda del sig. \_\_\_\_\_, il dr. \_\_\_\_\_ ribadisce che nella situazione particolare del sig. RI 1 il test scelto dalla psichiatra non era in grado di mettere a fuoco la patologia del paziente" (XLI, p. 3 e 4). Infine, a proposito dell'osservazione, formulata dal rappresentante della CO 1, secondo cui il filmato mostrerebbe una realtà diversa (ad esempio, l'assicurato che sta con delle persone, che guida l'auto, vertigini, equilibrio), "... rispetto alla descrizione di taluni stati d'animo o comportamenti dell'assicurato descritti all'inizio della perizia", il dott. \_\_\_\_\_ ha indicato che gli aspetti messi in evidenza non sono rilevanti per le sue conclusioni. Il vero problema è infatti costituito dai deficit neuropsicologici di cui soffre l'insorgente (cfr. XLI, p. 4). 2.16. A mente di questa Corte, il dott. \_\_\_\_\_, in occasione dell'udienza d'audizione del 18 novembre 2004, ha saputo spiegare, in maniera convincente, le ragioni per le quali i mezzi di prova ulteriormente prodotti dall'assicuratore infortuni convenuto non contengono elementi atti a modificare le sue conclusioni riguardanti la diagnosi dei disturbi di cui soffre RI 1 e la loro eziologia. Tale perizia

soddisfa peraltro tutti i requisiti posti dalla giurisprudenza affinché possa essere riconosciuto, ad un apprezzamento medico, piena forza probante (cfr. RAMI 2001 U 422, p. 113ss., RAMI 1991 U 133, p. 311ss., consid. 1b) e consente al TCA di considerare dimostrato, perlomeno con il grado di verosimiglianza richiesto dalla giurisprudenza federale (cfr. i riferimenti, giurisprudenziali e dottrinali, menzionati al consid. 2.5.), che i disturbi accusati dal ricorrente costituivano, anche dopo il 28 febbraio 2001, una naturale conseguenza dell'infortunio occorsogli il 10 settembre 1998. 2.17. Per quanto concerne la causalità adeguata va rilevato quanto segue. L'assicurato, in occasione del noto sinistro, ha riportato, fra l'altro, un grave trauma cranio-cerebrale, come è stato riconosciuto anche dal perito giudiziario (cfr. XXVII, p. 25 e XLI, p. 3: "Sul nesso di causalità naturale in questo caso si riscontrano le lesioni tipiche di un trauma cranio-encefalico chiuso (diverse localizzazioni) e inoltre un sanguinamento sub-aracnoideale (sotto la protezione del cervello) ciò che sta in relazione con la gravità delle lesioni. La fase di intubazione su una sintomatologia di confusione è stata mediamente più elevata rispetto ad un piccolo trauma. Segnalo che correttamente l'Ospedale \_\_\_\_\_ ha parlato di trauma grave"). Secondo l'Alta Corte, la giurisprudenza di cui alla DTF 117 V 359ss. (estesa ai traumi cranio-cerebrali con la DTF 117 V 369ss., cfr. consid. 2.8. e 2.10.) torna applicabile qualora, fra le altre cose, la tipica sintomatologia appaia sprovvista di sostrato organico oggettivabile (cfr. B. Kahil-Wolff, Distorsions de la colonne cervicale ou «coup de lapin» - son appréciation en droit des assurances sociales, in Journées du droit de la circulation routière 2002, Friburgo 2002, p. 7). Ora, nel caso di specie, il perito giudiziario ha indicato che i disturbi neurologici e neuropsicologici, dunque quelli che determinano le condizioni di salute dell'assicurato, correlano con un danno alla salute oggettivabile, concretamente con delle lesioni cerebrali focali (cfr. XXVII, risposta al quesito n. 1), ragione per cui la questione della causalità adeguata va risolta secondo le regole ordinarie, anziché in applicazione della giurisprudenza specifica in materia di infortuni del tipo "colpo di frusta". Pertanto, in ossequio alla giurisprudenza evocata al consid. 2.6. in fine (cfr. DTF 118 V 286 e 117 V 365), riconosciuta l'esistenza di un nesso di causalità naturale fra i menzionati disturbi e l'evento traumatico del settembre 1998, deve venire parimenti ammesso il carattere adeguato del medesimo. Comunque, anche volendo, per pura ipotesi di lavoro, valutare l'adeguatezza del nesso di causalità secondo la specifica giurisprudenza elaborata in materia di traumi cranio-cerebrali (e non secondo le regole ordinarie), l'esito non muterebbe. In effetti, il sinistro in discussione – una caduta da un'altezza di circa 6 metri, a causa della quale RI 1 ha riportato, in particolare, multiple contusioni cerebrali con presenza di emorragia subaracnoidea parieto-occipitale a sinistra (cfr. XXVII, p. 25) – deve essere classificato fra gli infortuni di media gravità al limite dei casi gravi (cfr., a questo proposito, la sentenza pubblicata in RAMI 1998 U 307, p. 448ss., in cui il TFA ha qualificato allo stesso modo una caduta da un'altezza di cinque metri con frattura della tibia). Quindi, per ammettere l'esistenza del nesso di causalità adeguata sarebbe sufficiente, secondo la DTF 115 V 140 consid. 6c/bb, la realizzazione di uno solo dei fattori di rilievo enumerati al considerando 2.7.3.. Tutto ben considerato, questo Tribunale ritiene adempiuti (almeno), il criterio della particolare gravità delle lesioni lamentate, e quello dei disturbi somatici persistenti. In conclusione, vista l'esistenza di un nesso di causalità naturale e adeguato anche dopo il 28 febbraio 2003, la decisione su opposizione impugnata deve essere annullata. L'incarto va rinviato all'assicuratore LAINF convenuto affinché definisca il diritto alle prestazioni, da profilo materiale e temporale (cfr. dispositivo di cui alla STFA del 27 giugno 2001 nella causa S., U 158/00).

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