

TI_GERICHTE 35.2012.10 vom 7. August 2013

TI Tribunale d'appello, 2013-08-07, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2012.10

FR: TI_GERICHTE 35.2012.10 du 7 août 2013

IT: TI_GERICHTE 35.2012.10 del 7 agosto 2013

Regeste

Infortunio con trauma cranico ed ematoma sottodurale. Circa dieci anni dopo ricaduta per riacerbazione delle cefalee. perizia giudiziaria. Negato l'obbligo a prestazioni per i disturbi oggetto di ricaduta

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). 2.5. In virtù dell'art. 11 OAINF, l'assicuratore LAINF è tenuto a riprendere l'erogazione delle prestazioni assicurative in caso di ricadute o conseguenze tardive (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 71 e A. Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Berna 1985, p. 277). Né la LAINF né l'OAINF prevedono, al riguardo, un limite temporale. Pertanto, la pretesa potrà essere fatta valere anche qualora la ricaduta o le conseguenze tardive appaiono, per la prima volta, dieci o vent'anni dopo l'infortunio assicurato, e ciò indipendentemente dal fatto che, a quel momento, l'interessato sia o meno ancora assicurato. Rilevante é soltanto l'esistenza di un nesso di causalità (cfr. STFA U 122/00 del 31 luglio 2001). Nella sentenza pubblicata in RAMI 1994 U 206, p. 326ss., il TFA ha precisato che, trattandosi di una ricaduta, la responsabilità dell'assicuratore infortuni non può essere ammessa soltanto sulla base del nesso di causalità naturale riconosciuto in occasione del caso iniziale. Spetta piuttosto a colui che rivendica le prestazioni dimostrare l'esistenza di una relazione di causalità naturale fra i "nuovi disturbi" e l'infortunio assicurato. Soltanto qualora il nesso di causalità è provato secondo il criterio della verosimiglianza preponderante, può essere riconosciuto un ulteriore obbligo prestativo a carico dell'assicuratore-infortuni. In assenza di prove, la decisione sarà sfavorevole all'assicurato, il quale intendeva derivare diritti da un nesso di causalità naturale rimasto indimostrato. 2.6. Nella concreta evenienza, dalle carte processuali emerge che la questione dell'eziologia delle cefalee é stata oggetto di numerose valutazioni, risultate tra loro divergenti, espresse da specialisti consultati dall'assicuratore infortuni, i dottori _____ (cfr. doc. 191, doc. 206, doc. 239, e doc. 261) e _____ (cfr. doc. 252), rispettivamente dal ricorrente, i dottori _____ (cfr. allegato al doc. 225) e _____ (cfr. doc. 183, allegato al doc. 230, allegato al doc. 256 e doc. C). Allo scopo di chiarire la fattispecie dal profilo medico, questo Tribunale ha quindi ordinato una perizia giudiziaria, affidandoPE 1PE 1 Primario del Servizio peritale della Clinica di neurologia dell'Ospedale universitario di _____. Dal relativo referto, datato 22 febbraio 2013, risulta che l'esperto ha avuto a sua disposizione tutta la documentazione (cartacea e radiologica) e che ha visitato l'assicurato il 20 dicembre 2012 (doc. XVIII, p. 1). Il Prof. PE

1 ha minuziosamente ricostruito l'anamnesi dell'assicurato (cfr. doc. XVIII, p. 1-19) e ne ha descritto, altrettanto puntualmente, lo status neurologico (cfr. doc. XVIII, p. 19-20). L'esperto designato dal TCA ha quindi esaminato se, nel caso di specie, si è in presenza di una cefalea post-traumatica, e ciò alla luce dei criteri stabiliti dalla Classificazione internazionale delle cefalee (ICHD II). Dopo aver ammesso la realizzazione del criterio B4 (esistenza di un trauma cranio-cerebrale con lesione cerebrale traumatica oggettivabile), il dott. PE 1 ha ritenuto insoddisfatti i criteri C e D, e meglio l'insorgenza immediata delle cefalee, rispettivamente entro sette giorni dall'infortunio e la loro persistenza per più di tre mesi dopo il trauma cranio-cerebrale. Per quanto riguarda il criterio C, egli ha sostenuto che - contrariamente a quanto riferitogli dall'assicurato (cfr. doc. XVIII, p. 22) -, dagli atti a sua disposizione non si evince che le cefalee sarebbero apparse subito, rispettivamente nei primi sette giorni dopo l'infortunio. In effetti, è soltanto in occasione della visita _____ di controllo del 7 settembre 1998, che il dott. _____ ha refertato che l'assicurato soffriva "ogni tanto" di cefalee. Il dato anamnestico secondo cui RI 1 avrebbe presentato delle cefalee immediatamente dopo il sinistro, è stato fornito, per la prima volta, solo parecchi anni dopo (doc. XVIII, p. 23). Trattandosi del criterio D, il perito giudiziario ha rilevato che in base agli atti medici e alle dichiarazioni dell'assicurato, una persistenza delle cefalee a partire dall'evento infortunistico, non è dimostrata con il grado della verosimiglianza preponderante. Come precedentemente detto, è soltanto a margine della visita fiduciaria del settembre 1998, che era emerso che l'insorgente soffriva, di tanto in tanto, di cefalee. Un'intensificazione delle cefalee è stata descritta nell'ambito della prima ricaduta, nell'autunno 2002. Tali cefalee avevano lo stesso carattere di quelle - secondo quanto l'assicurato ha dichiarato in occasione della visita peritale - apparse al momento dell'infortunio. Il peggioramento è stato solo transitorio: la frequenza e l'intensità delle cefalee sono di nuovo diminuite nel giro di qualche mese, con ripristino completo della capacità lavorativa. Nel corso del 2008, è insorta una seconda ricaduta con un chiaro aggravamento delle cefalee e, questa volta, con una modifica della loro semiologia (prima del 2008, erano presenti delle cefalee prevalentemente a sinistra, spesso a carattere pulsante, successivamente, delle cefalee a forma di cerchio irradianti da destra verso sinistra, a carattere più opprimente - cfr. doc. XVIII, risposta al quesito n. 11 l di parte ricorrente). Per il Prof. PE 1, da questa anamnesi non è possibile concludere che a partire dall'infortunio sarebbero persistite delle cefalee, e ciò con riferimento alla poca chiarezza circa il momento in cui esse sono apparse, come pure alla loro gravità e natura. A suo avviso, non sono dunque adempiuti i criteri formali per ammettere la presenza di una cefalea traumatica, in base all'attuale classificazione internazionale delle cefalee. Conseguentemente, le due citate ricadute non si trovano in una relazione causale con il trauma cranio-cerebrale occorso nel 1998 (doc. XVIII, p. 24: "Insbesondere können die beiden sogenannten „Rückfälle“ im Jahre 2002 und 2008 nicht in einen natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Schädel-Hirn-Trauma im Jahre 1998 gebracht werden.", in questo senso, si veda pure la risposta ai quesiti n. 1 di parte convenuta e n. 6 e 8 di parte ricorrente). Se è vero che, in occasione dell'infortunio, è insorto un ematoma cerebrale, quest'ultimo si è tuttavia completamente riassorbito e, né gli accertamenti strumentali né le visite neurologiche eseguite nel frattempo, hanno evidenziato delle alterazioni delle strutture neurali, suscettibili di giustificare una sintomatologia legata all'infortunio. D'altro canto, non risultano neppure documentate delle rilevanti lesioni muscoloscheletriche oppure degli stati tensivi a livello occipitale, del viso, del collo o del rachide, che potrebbero rappresentare il correlato infortunistico a un'eventuale sintomatologia cervico-cefalica. Per

finire, l'esperto incaricato dal TCA ha spiegato che le cefalee costituiscono una delle più frequenti malattie nella popolazione. Tanto le cefalee di tipo tensivo quanto le emicranie con o senza aura possono apparire in età avanzata, anche dopo il cinquantesimo anno di età. In conclusione, tenuto conto di tutti questi aspetti, il Prof. dott. PE 1 ha ritenuto più probabile che gli episodi del 2002 e 2008 corrispondano a delle cefalee primarie, piuttosto che a delle cefalee post-traumatiche (doc. XVIII, p. 24s.: "Unter Berücksichtigung aller Punkte, insbesondere die Unsicherheit über Zeitpunkt des Auftretens und Persistenz der Kopfschmerzen des Exploranden in zeitlicher Relation zum Trauma und der Häufigkeit von Kopfschmerzenerkrankungen in der allgemeinen Bevölkerung erscheint es gutachterlicher Sicht wahrscheinlicher, dass die Kopfschmerzepisoden im Jahre 2002 und 2008 einem primären Kopfschmerz und nicht einem posttraumatischen Kopfschmerz entsprechen."); in questo senso, si veda pure la risposta al quesito n. 7 di parte ricorrente). Inoltre, sempre secondo il perito giudiziario, le cefalee denunciate da RI 1 soddisfano di principio i criteri posti dall'ICHD II per ammettere l'esistenza di una cefalea indotta dai farmaci. In effetti, l'assicurato ha seguito per più anni una terapia analgesica, assumendo giornalmente del Dafalgan/paracetamolo. Ora, è noto che l'utilizzo regolare di analgesici può provocare lo sviluppo di una cosiddetta cefalea indotta, la quale è tipicamente legata a una modifica della semiologia della cefalea, come è accaduto nel caso di specie, in occasione della ricaduta del 2008. Nel caso degli analgesici semplici, il rischio di sviluppare una cefalea di questo genere è accresciuto, quando vengono assunti medicinali contro il dolore per più di 15 giorni/mese. È pertanto più probabile che il ricorrente abbia sviluppato una cefalea indotta dai farmaci, piuttosto che una cefalea post-traumatica. Per l'esperto giudiziario è peraltro possibile che sussista una combinazione tra i due tipi di cefalea (primaria e indotta), senza che una delle componenti possa essere esattamente differenziata dall'altra (doc. XVIII, p. 25; cfr. pure la risposta al quesito n. 9 di parte ricorrente). Il Prof. PE 1 si è quindi pronunciato sulle valutazioni espresse dagli specialisti privatamente interpellati dall'insorgente, avendo cura di illustrare i motivi per cui egli se ne è distanziato (cfr. doc. XVIII, risposta al quesito n. 10 di parte ricorrente).

2.7. A fronte delle obiezioni contenute nel rapporto 24 marzo 2013 del dott. _____ (cfr. allegato al doc. XXV), in data 9 aprile 2013, il TCA si è di nuovo rivolto al dott. PE 1 invitandolo a esaminare se il nuovo documento contenesse degli elementi di valutazione suscettibili di modificare le sue conclusioni peritali (cfr. doc. XXVI). Con il complemento peritale del 23 maggio 2013 - relativamente al preteso adempimento dei criteri C e D -, il Prof. PE 1 non ha potuto fare altro che riconfermarsi nelle considerazioni già espresse nel suo referto principale. In particolare, egli ha fatto valere che, se fossero state presenti sin dall'inizio delle rilevanti cefalee, tale circostanza sarebbe stata refertata nel rapporto di uscita del Servizio di neurochirurgia oppure a margine delle successive consultazioni mediche con indicazione del procedere terapeutico. L'esperto giudiziario ha peraltro precisato di essere comunque pronto a riesaminare la questione, qualora venisse prodotta ulteriore documentazione, allestita in stretta relazione temporale con l'infortunio (cfr. doc. XXVII, p. 1-3). D'altro canto - a proposito della diagnosi di cefalea indotta dall'uso di medicinali -, il dott. PE 1 ha rilevato che, contrariamente alla definizione di cefalea post-traumatica, per quanto riguarda la diagnosi in questione non sussiste alcuna discrepanza né lacuna tra quanto dichiarato dall'assicurato e quanto si evince dalla documentazione medica iniziale. In particolare, risulta ripetutamente documentato un utilizzo regolare di medicinali. Ad ogni modo, la diagnosi di cefalea indotta non è stata posta con certezza. In effetti, è stato semplicemente sostenuto che tale diagnosi appare più verosimile rispetto a quella di cefalea

post-traumatica. Il perito giudiziario ha inoltre precisato di non aver mai parlato di abuso nell'assunzione di medicinali. Del resto, le cefalee indotte possono svilupparsi quando analgesici, oppure farmaci specifici contro l'emicrania (triptani o ergotamine), vengono assunti con regolarità per un lungo periodo, ossia per più di tre mesi. In generale, si ammette che, nel caso dei triptani e delle ergotamine, il valore di soglia si situa a 8-10 giorni d'assunzione/mese, mentre, nel caso di semplici analgesici, quali quelli assunti dal ricorrente, il limite è di circa 15 giorni d'assunzione/mese. Il perito ha ammesso che, nel caso concreto, non è stato possibile quantificare con esattezza il consumo di medicinali. Nella documentazione medica a disposizione si riferisce però di un regolare utilizzo di analgesici, protrattosi su più anni. Tali indicazioni corrispondono ai dati anamnestici forniti dall'assicurato, di modo che non vi è alcun dubbio circa un regolare consumo di analgesici da parte di RI 1 (cfr. doc. XXVII, p. 3 e 5). Il Prof. PE 1 si è pure distanziato dall'affermazione del dott. _____ secondo la quale le cefalee avrebbero presentato una continuità nella loro sintomatologia e che si sarebbe invece eventualmente modificata la loro intensità. Al riguardo, egli ha ribadito che, in occasione della seconda ricaduta (del 2008), è intervenuta anche una modifica della semiologia delle cefalee. Tale circostanza è stata riferita dallo stesso assicurato (si veda il punto 2 della perizia) e risulta inoltre documentata dai referti relativi alle visite mediche a cui egli si era a quel momento sottoposto (cfr. doc. XXVII, p. 4s.).

2.8. In data 20 giugno 2013, l'insorgente ha formulato le proprie osservazioni sul complemento peritale elaborato dal Prof. dott. PE 1. Egli ha in particolare rilevato quanto segue: "(...). Allego copia dei rapporti del dr. _____ del 3.2.2003 e del 26.5.2008. Dagli stessi si rileva che le cefalee era già presenti ab initio, dal momento dell'incidente o comunque a pochissima distanza temporale dallo stesso, ciò che anche il dr. _____ mi ha confermato oralmente, e che chiedo di sentire quale teste. Del resto la CO 1, prima di questa ricaduta, mai ha messo in discussione il principio della causalità. Del resto i problemi del paziente, inizialmente, erano tali e tanti che è ben possibile che il problema delle cefalee (che comunque esisteva) sia stato messo in secondo piano. Non posso quindi di certo concordare con la valutazione del dr. PE 1 e confermo le relazioni del dr. _____." (doc. XXXII)

2.9. In caso di perizia giudiziaria, il giudice - di regola - non si scosta, senza motivi imperativi dalle conclusioni del perito medico, il cui ruolo consiste, appunto, nella messa a disposizione della giustizia della propria scienza medica per fornire un'interpretazione scientifica dei fatti considerati (DTF 125 V 352 consid. 3b/aa e riferimenti ivi menzionati). Il giudice può disattendere le conclusioni del perito giudiziario nel caso in cui il rapporto peritale contenesse delle contraddizioni oppure sulla base di una controperizia richiesta dal medesimo tribunale, che porti a un diverso risultato (DTF 101 IV 130). Il giudice può scostarsene anche nel caso in cui, fondandosi sulla diversa opinione di altri esperti, ritiene di avere sufficienti motivi per mettere in dubbio l'esattezza della perizia giudiziaria. Questi principi sono stati confermati in una sentenza 8C_104/2007 del 28 marzo 2008 nella quale il Tribunale federale ha sottolineato che: " Per quanto concerne in particolare le perizie giudiziarie la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le proprie conoscenze specifiche e di valutare, da un punto di vista medico, una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre il giudice a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie nella perizia stessa oppure l'esistenza di altri rapporti in grado di inficiarne la conclusione. In tale evenienza, la Corte giudicante può disporre una superperizia oppure scostarsi, senza necessità di ulteriori complementi, dalle conclusioni del referto peritale

giudiziario (DTF 125 V 351 consid. 3b/aa pag. 353 e riferimenti)." 2.10. Chiamato a pronunciarsi nella concreta evenienza, questo Tribunale non vede ragioni che gli impediscano di fare propria la valutazione espressa dal perito giudiziario - autorevole specialista di livello universitario proprio nella materia che qui interessa -, secondo il quale i disturbi oggetto dell'annuncio di ricaduta del giugno 2008, non costituiscono una naturale conseguenza dell'infortunio occorso il 30 aprile 1998. In effetti, il suo referto peritale (inteso come la perizia del 22 febbraio 2013 e il suo complemento del 23 maggio 2013) non contiene contraddizioni. D'altra parte, esso presenta tutti i requisiti posti dalla giurisprudenza affinché possa essere riconosciuto, a un apprezzamento medico, piena forza probante (cfr. DTF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c con riferimenti; RAMI 1991 U 133 consid. 1b): in particolare, l'esperto giudiziario ha espresso il suo apprezzamento in modo chiaro e motivato, dopo aver proceduto a un esame approfondito del caso (cfr. STF 8C_103/2008 del 7 gennaio 2009 consid. 10.2). Il Prof. Jung si è peraltro confrontato con le valutazioni, rispettivamente con le obiezioni espresse dagli specialisti consultati dal ricorrente, spiegando in maniera puntuale, facendo capo a un'approfondita analisi dei dati anamnestici contenuti nell'incarto, le ragioni per le quali se ne è discostato. Riguardo al contenuto dell'allegato d'osservazioni che l'insorgente ha presentato il 20 giugno 2013 (cfr. doc. XXXII), questa Corte rileva che i rapporti 3 febbraio 2003 e 26 maggio 2008 del dott. _____ facevano parte della documentazione trasmessa al perito giudiziario (cfr. doc. 101 e doc. 166) e, come tali, sono stati da lui già valutati (cfr. doc. XVIII, p. 6s. e p. 8). Per quanto concerne invece la richiesta di audizione testimoniale del dott. _____, medico curante dell'assicurato, il TCA ritiene di potersi esimere dal procedere all'assunzione di tale mezzo di prova. In effetti, occorre sottolineare che, immediatamente dopo l'infortunio, l'insorgente è stato ricoverato presso il Servizio di neurochirurgia dell'Ospedale regionale di Lugano, presso il quale è rimasto degente sino al 9 maggio 1998 (dunque per oltre sette giorni). Dal relativo rapporto di uscita non risulta che egli abbia sofferto di cefalee (cfr. doc. 23; si veda, del resto, anche il referto relativo alla consultazione del 23 giugno 1998 - cfr. doc. 12). Ora, non si vede come il dott. _____ potrebbe attestare che tale disturbo sarebbe stato presente sin dall'inizio, dato che egli ha visitato l'assicurato solo dopo che quest'ultimo era stato dimesso dall'Ospedale di _____. Al riguardo, giova osservare che, per costante giurisprudenza, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base a un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato (valutazione anticipata delle prove), si rinuncerà ad assumere altre prove (cfr. DTF 131 I 153 consid. 3; 125 I 127 consid. 6c/cc), senza che ciò costituisca una lesione del diritto di essere sentito sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata). In questo contesto, va inoltre segnalato che, secondo la giurisprudenza federale, va attribuita una particolare importanza proprio alle certificazioni mediche allestite nella fase che segue immediatamente l'infortunio. Descrizioni retrospettive della sintomatologia iniziale (disturbi apparsi nei primi tre giorni) possono essere inaffidabili (cfr. STFA U 57/03 del 22 dicembre 2003 consid. 3.2.2, in cui il TFA ha dichiarato privi di valore probatorio, per quanto concerne la questione della causalità, dei referti medici basati in prevalenza su una descrizione retrospettiva del decorso dei disturbi fornita dalla paziente stessa). Il fatto che, in passato, l'CO 1 non avrebbe mai dubitato dell'eziologia infortunistica delle cefalee lamentate dall'assicurato, è ininfluenza. In effetti, così come già indicato al considerando

2.5. del presente giudizio, trattandosi di una ricaduta, la responsabilità dell'assicuratore infortuni non può essere ammessa soltanto sulla base del nesso di causalità naturale riconosciuto in occasione del caso iniziale . In esito a tutto quanto precede, questo Tribunale non ritiene quindi dimostrato, perlomeno secondo il criterio della verosimiglianza preponderante, caratteristico del settore della sicurezza sociale (cfr. DTF 125 V 195 consid. 2 e riferimenti; cfr., pure, Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 320 e A. Rumo-Jungo, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung*, Zurigo 2003, p. 343), che i disturbi oggetto dell'annuncio di ricaduta del giugno 2008 si trovano in una relazione di causalità naturale, diretta oppure indiretta (a quest'ultimo proposito, deve essere precisato che gli analgesici che, secondo il Prof. PE 1, potrebbero essere all'origine del cambiamento della semiologia delle cefalee intervenuto nel 2008, venivano assunti dall'assicurato per controllare, sempre in base alla valutazione del perito giudiziario, un disturbo extrainfortunistico), con il sinistro occorso all'assicurato in data 30 aprile 1998. La decisione su opposizione impugnata, mediante la quale l'Istituto assicuratore ha negato la propria responsabilità relativamente ai disturbi appena citati, merita dunque conferma in questa sede.

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