

DOTT. GIUSEPPE GRASSO  
MEDICO-CHIRURGO  
SPECIALISTA IN NEUROCHIRURGIA  
GIÀ DIRIGENTE I LIV. CLINICA NEUROCHIRURGICA  
DELL'UNIVERSITÀ DI BRESCIA  
C.T.U. DEL TRIBUNALE DI BRESCIA  
VIA PORCELLAGA 14, BRESCIA  
TEL. 030-3750448

Brescia, 11.3.2004

**PARERE MEDICO-LEGALE NEUROCHIRURGICO SULLA  
PERSONA DEL SIG. INNOCENTE MARCOLINI  
CON VALUTAZIONE DELL'INVALIDITA' PERMANENTE  
CORRELATA A MALATTIA PROFESSIONALE  
(NEURINOMA DEL V NERVO CRANICO DA  
ESPOSIZIONE LAVORATIVA AD INQUINAMENTO  
ELETTROMAGNETICO) IN INFORTUNISTICA PRIVATA**

Ho sottoposto a visita medica, a richiesta dell'interessato, il Sig. Innocente Marcolini, nato il 26.9.1952 a Carpenedolo (BS) ed ivi residente in Via Vico n.78, separato; all'epoca in cui si sviluppò la patologia era impiegato presso la ditta Sangiacomo SpA col ruolo di dirigente d'azienda; attualmente disoccupato.

**ANAMNESI FISIOLÓGICA:** destrimane; nato a termine da parto eutocico; sviluppo psico-motorio regolare; scolarità 13 anni; normali abitudini di vita.

**ANAMNESI LAVORATIVA:** ha svolto attività di dirigente d'azienda dal 1981 e presso la ditta Sangiacomo SpA dal 2.9.1991 fino al 26.9.03. Nello svolgimento della sua attività lavorativa presso quest'ultima ditta riferisce di aver utilizzato il telefono cellulare e/o il *cordless* per una media di 5-6 ore al giorno e per un periodo di 12 anni. L'utilizzazione è riferita a livello dell'orecchio sinistro in quanto con la mano destra rispondeva al telefono fisso collocato sulla sua scrivania oppure la utilizzava per prendere note e appunti.

**ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA:** dislipidemia (ipercolesterolemia).

**ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA:**

Alla fine di Giugno 2002 il Sig. Marcolini si accorse della comparsa di disordini sensitivi alla parte inferiore dell'emivolto sinistro, per cui il 29.6.02 si recò presso il Pronto Soccorso degli Spedali Civili di Brescia, dove giunse alle ore 11.42'. Fu sottoposto a **Consulenza Neurologica:** preso atto del fatto che "circa 5 gg. fa" si era avuta "comparsa di parestesie labbro inf. sin ed emilingua sin" e che si era manifestata "successivamente cefalea (analogia ad episodi precedenti) regredita con FANS rapidamente", lo Specialista riscontrò obiettivamente una "ipoestesia emilabbro sin e parte terminale III branca trigeminale sin" senza "altre alterazioni neurologiche", per cui pose indicazione all'esecuzione di una "RM encefalo ambulatoriale". Il paziente fu quindi dimesso con **diagnosi** di "parestesie emilingua ed emilabbro inf sx".

La RM encefalo del 2.7.02 documentava la presenza di "una lesione espansiva centrata sul seno cavernoso di sn del diametro massimo di circa 2 cm" con "un gettone che si porta a cavallo dell'apice della rocca petrosa omolaterale, sconfinando posteriormente nella cisterna perimesencefalica, con impronta sulla faccia antero-laterale sn della regione ponto-mesencefalica" e con una **propaggine caudale**

*"lungo il decorso della branca mandibolare del nervo trigemino di sn, fuoriuscendo tramite il forame ovale ed inoltrandosi nello spazio masticatorio"; tale lesione, "isointensa alla sostanza grigia" in T1 e "sfumatamente iperintensa" in T2, mostrava dopo Gadolinio "una impregnazione eterogenea di m.d.c., rilevandosi nel contesto della lesione alcune aree ipointense a carattere cistico necrotico", per cui fu ritenuta compatibile "in prima ipotesi con neurinoma del V nervo cranico di sn" per cui si consigliava una Visita ORL per escludere in via definitiva "processi espansivi della volta del rinofaringe e dell'orofaringe", nonché una "visita neurologica obiettiva completa, con indagine anamnestica per l'esclusione di neurofibromatosi e conseguente interessamento neurochirurgico".*

Il paziente si sottopose pertanto a **Visita Neurologica** l'8.7.02 presso il Dott. Costa, che non rilevò "altri evidenti deficit neurologici" oltre all'interessamento trigeminale già noto, e non riscontrò in anamnesi "patologie neurologiche sospette per neurofibromatosi".

In seguito il Sig. Marcolini si sottopose a svariate **Visite Neurochirurgiche** (Prof. Bricolo, Dott. Stefani, Dott. Colombo, Dott. Colbucci).

Il **Test di Lancaster** eseguito il 20.9.02 non evidenziava "deficit né iperf. muscolari" in assenza di diplopia e in presenza di "C.T.: exoforia".

Il 7.11.02 il paziente fu ricoverato presso l'Ospedale St. Anna di Lucerna: all'ingresso i Sanitari rilevavano "progressiva disestesia nella parte laterale sinistra della faccia riferita al secondo e terzo ramo del N. Trigemino" e prendevano atto della documentazione neuroradiologica esibita, che documentava "un processo tumorale nella regione del ganglio di Gasser di sinistra, baso-temporale, paramediano e laterale al seno cavernoso" con "estensione del tumore fino alla fossa cranica occipitale". L'esame obiettivo neurologico pre-operatorio era "normale al di fuori delle disestesie ed ipoestesie nel N. V2 e V3 sinistro" con "motricità simmetrica, altri nervi craniali normali". Pertanto l'8.11.02 il Sig. Marcolini fu sottoposto in anestesia generale ad **intervento di "craniotomia osteoplastica frontoparietale sinistra"** ed asportazione microchirurgica della lesione espansiva da parte del Prof. Vinko V. Dolenc: il tumore veniva infatti "visualizzato ed radicalmente tolto a livello macroscopico" dopo aver praticato "vicino alla fessura orbitale superiore" una piccola "incisione della dura madre" a scopo di "decompressione del liquor". Poiché "il tumore era molto duro" e "massivamente infiltrante le fibre nervose" ne risultò che "particolarmente il terzo ramo del N. Trigemino sinistro non poteva essere mantenuto" e che il chirurgo si vide costretto a tagliare "la parte del nervo massivamente infiltrata". Anche "il terzo laterale del Ganglio [di Gasser] infiltrato di tumore" fu "aperto e risettato". La Descrizione dell'intervento si conclude rilevando che "il paziente ha tollerato la procedura senza complicazioni, non ci sono cambiamenti neurologici in comparazione alla situazione preoperatoria" salvo un "minore incremento della ipoestesia nella zona del N. V-3 sulla sinistra". Nel periodo postoperatorio il paziente fu trattato con "Zinacef/Zinat per 5 giorni", con corticosteroidi a scalare ("Desametasone 16 mg al giorno per 5 giorni con dosi decrescenti") e con analgesici ("Dafalgan e Novalgina"); si constatò una "guarigione regolare della ferita". La "prima radiografia di controllo il 12.11.02 dimostra[va] condizioni perioperatorie regolari con minimo pneumocranio, piccoli residui di sangue nella zona operatoria temporo-basale sinistra, nessuna documentazione di maggiore sanguinamento e nessuna anormalità locale" in presenza di "lieve edema cerebrale dell'emisfero sinistro"; per quanto valutabile con TAC eseguita senza mezzo di contrasto, non vi era inoltre "nessun residuo di tumore". Si segnala infine il reperto di una "zona ipodensa temporale polare sinistra moderatamente definita con piccoli residui di aria". Il paziente fu quindi dimesso il 16.11.02 con indicazione a "continuare il trattamento con la fenitoina 3 x 100 mg per ca due mesi dopo l'intervento", ad assumere "Dafalgan contra il mal di testa" e ad effettuare "una RM del cranio dopo due mesi" con successiva "visita di controllo".

L'esame istologico evidenziava "strutture [che] ricordano tessuto nervoso maturo" essendosi reperiti "fascicoli irregolari ed focalmente edematosi di cellule mature ganglionari con distribuzione irregolare", per cui la diagnosi definitiva fu di "**Neurinoma maturo del ganglio**".

La **RM encefalo** di controllo dell'8.1.03 dimostrava "esiti di intervento chirurgico per via temporale sinistra" con una "residua piccola componente meningiomatosa lungo il profilo esterno del seno cavernoso di sinistra con uno spessore di circa 4 mm ed una base d'impianto di 7 mm" in assenza di "recidive o residui nella regione del cavo del Meckel" ma in presenza di una "lieve componente residua [...] nel comparto anteriore del seno cavernoso".

Il 23.1.03 il paziente si sottopose a **Visita Specialistica Oculistica** presso il Dott. Dante Nevio Canali, che riscontrò "il 1-1-03 abrasione corneale OS, poi evoluta in ulcera corneale" ed istituì opportuna terapia topica.

La **RM encefalo** di controllo del 12.3.03 documentava un'area malacica "in sede temporo-polare sn isointenso al liquor [...] riferibile a cavità chirurgica lungo i cui margini è riconoscibile una sfumata iperintensità compatibile con gliosi reattiva", una "raccolta liquorale" temporopolare sinistra "le cui dimensioni sono lievemente ridotte rispetto all'esame RM del 08/03/03" e che "caudalmente si estende[va] alla fossa infra-temporale all'altezza del muscolo pterigoideo mediale", nonché la presenza "a livello del ganglio di Gasser di sn" di una "elevata intensità di segnale frammista ad aree di netta ipointensità di segnale riferibile a componente emosiderinica da esito post-chirurgico" e la "persistenza di un **piccolo residuo** della nota lesione asportata" in corrispondenza della "porzione più anteriore" del Gasser "in continuità con la parete mediale del seno cavernoso omolaterale", residuo rappresentato da un "tessuto isointenso in T1, isosfumatamente iper in T2" con "omogenea impregnazione dopo Gadolinio". Non era "più riconoscibile la componente neoplastica aggettante nella cisterna peri-ponto mesencefalica sn". Fu quindi posta indicazione a "follow-up neuroradiologico".

Il 15.1.03 il paziente si sottopose a **Visita Specialistica Odontostomatologica** presso il Dott. Marco Collini, il quale certificò che il paziente "presenta quadro deficit periferici (in specie della 3<sup>a</sup> branca)" con "fibrosi del m. temporale a sinistra, che si ripercuote con una componente miofasciale sull'ATM", per cui pose indicazione ad "allestire una placca di svincolo".

In data 27.6.03 il Prof. Lennart Hardell (Dipartimento di Oncologia dell'Università di Örebro, Svezia), a richiesta dell'interessato, esprimeva il seguente parere in merito al quesito se il neurinoma potesse essere stato generato dall'uso di telefoni cellulari e cordless: "il nervo trigemino non è stato studiato, ma noi abbiamo trovato una significativa associazione con l'8° nervo cranico. **La mia supposizione è che gli stessi rilievi valgono per il nervo trigemino se voi avete usato il telefono dallo stesso lato e specialmente se si trattava di un telefono analogico.** Voi avete una massiva esposizione alle microonde dai cellulari e dai cordless. Accludo bozze dei nostri articoli e spedisco l'originale per posta".

La **RM encefalo** dell'8.7.2003 non evidenziava recidive del neurinoma in presenza tuttavia "nel seno cavernoso, nella porzione più caudale dello stesso", di "tessuto isointenso al parenchima cerebrale nelle sequenze T1 pesate e nelle T2 pesate, lievemente eterogeneo per presenza di componente liquida con una sfumatissima impregnazione di m.d.c.", reperto "da porre in diagnosi differenziale tra **minimo residuo** della neoplasia già asportata e **componente fibro-cicatriziale**", di "minute areole iperintense invariate rispetto alla precedente indagine [...] a livello di giunzione cortico-sottocorticale fronto-parietale bilateralmente con maggiore espressione a dx ancora in sede fronto-opercolare dx riferibili a minute areole di gliosi o a foci ischemici", nonché di "esiti di intervento chirurgico per via fronto-temporale sn con **area malacica temporo-polare omolaterale e raccolta liquorale extra-assiale temporo-polare che**

caudalmente sconfina tramite il forame ovale nel suo spazio masticatorio lungo il tragitto della III branca trogeminale, fino al muscolo pterigoideo interno". Si segnalava infine una "maggiore estensione della situazione infiammatoria già evidenziata a carico della mastoide di sn e parcellarmente a livello di orecchio medio".

Il 23.7.03 il Dott. Paolo Liberini sottopose a **Visita Specialistica Neurologica** il paziente certificando che presentava "esiti di asportazione di neurinoma trigeminale al ganglio di Gasser sinistro" e che "visionati i dati della letteratura medica riguardanti l'eziopatogenesi della neoplasia, non risulta escludibile l'ipotesi di un rapporto di causa-effetto tra la genesi del neurinoma e l'esposizione a campi elettromagnetici generati da apparecchi telefonici".

Il 13.8.03 il Medico Curante, Dott.ssa Emanuela Belli, certificava che il paziente presentava "esiti di asportazione del neurinoma del trigemino sx" e che "considerando i dati della letteratura medica per quanto riguarda l'eziopatogenesi della neoplasia è possibile formulare l'ipotesi di un rapporto diretto tra l'insorgenza del neurinoma e l'uso quotidiano di strumenti (cordless) con campo magnetico".

Nella stessa data la Dott.ssa Belli certificava altresì che il paziente presentava "esiti di asportazione di neurinoma del trigemino (ganglio di Gasser) sx per cui accusa intense cefalee, nevralgia emifaccia sx, difficoltà di visione con diminuzione dell'acuità visiva OS (ulcera dell'epitelio della cornea), instabilità motoria, difficoltà di concentrazione con perdita settoriale della memoria per cui risulta inabile a qualsiasi lavoro di tipo remunerativo".

Il 24.9.03 il paziente si sottopose ad una **Visita Specialistica Neurochirurgica** presso il Dott. Massimo Mearini, che pose diagnosi di "dolore neuropatico trigeminale in esiti di exeresi chirurgica di neurinoma del V nervo cranico" con "modesto pain relief" nonostante "ripetuti tentativi farmacologici", per cui fu "illustrata al paziente la tecnica della stimolazione corticale motoria, le cui risultanze sembrano incoraggianti nel trattamento di questo tipo di dolore" e nel frattempo fu aggiunto al trattamento in atto con Neurontin "Laroxyl 10 mg x 3 cominciando con 5 mg x 3 per qualche giorno (5-7 giorni)" oppure "in seguito eventualmente Dintoina 100 mg x 2 con inizio sempre graduale".

L'8.10.03 il Sig. Marcolini si sottopose ad un'ulteriore **Visita Specialistica Neurologica** sempre presso il Dott. Liberini, che riscontrò "i seguenti esiti: sindrome algo-distrofica emivolto sinistro e della mucosa del cavo orale; nevralgia trigeminale (V1 - V2 - V3) sn secondaria, farmacoresistente; epilessia parziale complessa a genesi temporale («fughe epilettiche»); alterazioni della meccanica masticatoria con malocclusione riferibile ad atrofia dei mm. temporale e massetere sn; disturbi cognitivi di lieve entità (deficit fissazione mnemonica ed attenzione); sindrome vertiginosa" e rilevò che "la descritta sintomatologia impatta gravemente sulla qualità della vita del soggetto inducendo una condizione depressiva secondaria con tendenza al discontrol" e che "i disturbi lamentati sono di entità tale da interdire la capacità lavorativa specifica e da ridurre la capacità lavorativa generica del soggetto".

Il 9.10.03 il paziente si sottopose ad una **Visita Specialistica Oculistica** presso l'Ospedale di Mestre, che evidenziava in OS "epitelio corneale integro, ancora assente la sensibilità corneale e congiuntivale. Tono digitalmente buono. **Visus OS corretto 8-9/10**".

Il paziente si sottopose il 16.10.03 ad una **Visita Specialistica Neurochirurgica** presso il sottoscritto, Dott. Giuseppe Grasso: lamentava una "anestesia dolorosa su V1 e V2 sin con componente nevralgica sovrapposta (20-30 accessi/die), diplopia orizzontale, riduzione visus in OS in esito di ulcera corneale, afasia nominum, episodi frequenti di «perdita di consapevolezza» della durata di alcuni minuti (ricorrenza: 2-3/die), difficoltà nella masticazione per dislocazione della mandibola verso sinistra, nonché deflessione del tono dell'umore, disturbi del sonno dovuti alle continue algie, sonnolenza diurna imputabile in parte anche al trattamento farmacologico resosi necessario a scopo

antalgico (Neurontin)"; il dolore di base era riferito come di tipo urente, mentre gli accessi nevralgici erano descritti come delle "scariche elettriche" di brevissima durata, elicitate dal minimo contatto cutaneo nel territorio di V1 e, ancor più, di V2; sia l'ulcera corneale sia la diplopia si manifestarono dopo l'intervento chirurgico; il paziente riferiva inoltre di essere "da 3 mesi in terapia con Seropram con riduzione delle valenze aggressive". Obiettivamente si rilevava una "paresi 7° n.c. sin. inferiore + lieve ipostenia orbicolare occhio sin", una "anestesia dolorifica V1 V2 e V3 sin con abolizione pressoché completa anche della sensibilità termica nelle tre branche" mentre risultava "parzialmente conservata la sensibilità tattile epicritica su V1 e V3, abolita su V2" ed erano presenti dei "trigger points su V2 specie a livello dell'ala del naso". Si riscontrava altresì una "diplopia orizzontale prevalente nello sguardo verso sin. ma presente anche in posiz. primaria", un "accenno di strabismo divergente in OS", una "laterodeviazione sin della mandibola" nell'apertura della bocca, un deficit sensitivo dell'emilingua sinistra, un "dolore digitopressorio sull'ATM dx" ed una "netta atrofia mm. temporale sin". Fu pertanto consigliata "integrazione del trattamento antalgico con Melatonina 3 mg 1 cp la sera 1 ora prima di coricarsi", l'esecuzione "di EEG come già programmato", di un "Test di Lancaster con Visita Oculistica" e dei "Test neuropsicologici".

Il **Test di Lancaster** eseguito il 17.10.03 non evidenziava "deficit o iperfunzione" in presenza di "diplopia saltuaria" e di "C.T.: exoforia -tropia".

L'EEG, eseguito il 23.10.03, documentava la presenza di delle "modeste anomalie elettriche sulla regione temporale sn" costituite da "onde lente di aspetto angolare, anche in opposizione di fase, sulla regione temporale sinistra".

Il 23.10.03 il paziente si sottopose a **Visita Algologica** presso l'Istituto Nazionale per lo studio e la cura dei tumori di Milano, con prescrizione da parte della Dott.ssa Ripamonti di "Neurontin 800 mg (2 cp da 400 mg) ogni 8 ore. Rivotril 5-7 gtt ore 20".

L'EMG del 29.10.03 documentava una "**denervazione completa della muscolatura indagata dipendente dal V n.c. motorio sinistro e assenza della risposta del Blink Reflex per stimolazione lato sinistro**", nonché dei "**segni di sofferenza neurogena di media entità nella muscolatura indagata dipendente dal 7° n.c. sinistro**" costituiti dal muscolo orbicolare dell'occhio sinistro e dal muscolo orbicolare della bocca sinistro, dove erano presenti "30% PUM di durata aumentata".

I **Test Neuropsicologici**, eseguiti il 30.10.03 presso la Clinica Neurologica dell'Università di Brescia, hanno confermato la presenza di "**anomia per sostantivi, verbi e nomi propri, imputabili a sofferenza emisferica sinistra**".

Il 30.10.03 il Dott. Liberini certificava che il paziente "è affetto da **epilessia parziale complessa in encefalomalacia temporale SN secondaria ad asportazione di neurinoma intra-extracranico del N. trigemino SN**" e che "il dato clinico risulta congruo con i Reperti EEG del 23-10-03 («modeste anomalie elettriche temporali sinistre»)".

In data 6.11.03 il Sig. Marcolini è stato riconosciuto dalla Commissione di prima istanza dell'ASL di Brescia "**invalido con riduzione permanente della capacità lavorativa in misura superiore ai 2/3**" (75%) in relazione alla seguente diagnosi: "**Esiti asportazione di neurinoma del trigemino (ganglio di Gasser) sx (2002) con sindrome algodistrofica all'emivolto sx e al cavo orale e con deficit periferico del facciale di media entità. Epilessia parziale complessa a genesi temporale in terapia**".

Dal 29.10.03 al 31.12.03 il paziente è stato sottoposto a trattamento riabilitativo presso la U.O. di Medicina Riabilitativa degli Spedali Civili di Brescia: all'inizio della terapia si era registrata una "asimmetria del volto con laterodeviazione dx" e "morso incrociato a dx", una "ipostenia della muscolatura masticatoria sx con ipotrofia massetere", una "limitazione nella protrusione mascellare e nella laterodeviazione dx della bocca (1 cm)", delle "algie alla digitopressione ATM dx > sx", una "ipoestesia emivolto sx e emilingua dx con parestesie associate", un "deficit orbicolare della bocca sx" e delle "turbe dell'equilibrio con lateroproiezione dx del tronco dopo bruschi passaggi posturali" e

segno di "Romberg +". Il paziente fu sottoposto a trattamento antalgico con "laser emivolto sx" e a trattamento di "rieducazione motoria" tramite degli "esercizi di reclutamento e di rinforzo della muscolatura masticatoria sx con metodica Robert", degli "esercizi di mobilizzazione passiva cauta ATM sx" e degli "esercizi di equilibrio in stazione eretta e durante la marcia". Al termine del programma riabilitativo si riscontrava "migliorata la trofia della muscolatura masticatoria sx e la simmetria della muscolatura dell'emivolto sx (orbicolare bocca 3/5)" mentre risultava invariata "la motilità mandibolare" e persisteva una "lieve laterodeviazione sx durante la marcia".

La RM encefalo di controllo del 7.1.04 mostrava dei reperti "sostanzialmente sovrapponibili" rispetto al precedente esame del 7.7.03, riscontrandosi in particolare: a) "area malacica temporo-polare sn e raccolta liquorale extra-assiale invariata come morfologia ed estensione"; b) "lesioni ischemiche in sede sovratentoriale"; c) "deposizione di materiale paramagnetico nella cisterna dell'angolo ponto-cerebellare e bulbo-cerebellare di sn"; d) "meno evidente l'enhancement del tessuto, in prima ipotesi di tipo cicatriziale, evidenziabile nel cavo di Meckel di sn e nella porzione inferiore del seno cavernoso omolaterale"; e) "nodulo solido iso-intenso al parenchima cerebrale con enhancement sfumato e omogeneo dopo Gadolinio" situato "in corrispondenza del forame rotondo" e "sospetto per piccolo residuo del neurinoma asportato (diametro massimo circa 1 cm)".

In data 13.1.04 il sottoscritto, sottoponendo il Sig. Marcolini ad una **Visita Specialistica Neurochirurgica** di controllo, riscontrava il persistere di una "netta instabilità posturale" con evidenza all'esame obiettivo neurologico di "netta instabilità in Romberg con tendenza alla caduta in avanti. Netta deviazione degli indici verso sinistra. Deviazione verso destra nello stepping test. Lieve deficit propriocettivo mano sinistra", per cui pose indicazione ad eseguire "Es. Otovestibolare con stabilometria, Visita ORL".

Il 23.1.04 il paziente si è sottoposto a **Visita Specialistica Psichiatrica** presso il Dott. Giuseppe Fazzari, il quale riscontrò la presenza di un "**disturbo di adattamento con umore depresso e ansioso**" e di una "**sindrome del lobo temporale con grave discontrollo e rischi di agiti anche importanti**" per cui ritenne "opportuno introdurre sul piano psichiatrico terapia con SSRI e con oxcarbazepina".

Il 27.1.04 il Sig. Marcolini si sottopose a Visita Specialistica ORL presso il Dott. Nicola Bianchi con riscontro di "vertigine soggettiva in esiti di neurectomia 8° [leggi: 5°] n.c. sinistra" con "instabilità alla prova di Romberg" e "Ny spontaneo assente", per la quale fu posta indicazione all'esecuzione di un esame otovestibolare.

L'**Esame Otovestibolare** del 30.1.04 evidenziava alla prova "con stimolazione calorica" una "modesta **iperreflettività labirintica bilaterale**, con 59 scosse in culmination Au sin e 61 a dx", che fu ritenuta imputabile "ad effetto «disinibitorio» centrale, probabilmente in esiti post-chirurgici"; esclusa quindi la presenza di "segni clinici o strumentali di scompenso vestibolare periferico", lo Specialista propose trattamento dell'iperreflettività labirintica "mediante prosecuzione di Rivotril 10-15 gtt/sera".

In occasione del controllo clinico del 12.2.2004 si è preso atto del miglior controllo dello stato ansioso ottenuto con la terapia psicofarmacologica istituita dal Dott. Fazzari ma anche degli importanti effetti collaterali riferiti dal paziente (deficit dell'iaculazione), per cui si è consigliata una rivalutazione psichiatrica per un aggiustamento della terapia.

Il 5.3.04 il paziente si sottopose ad una seconda **Visita Specialistica Psichiatrica** presso il Dott. Fazzari, il quale, dopo aver ribadito la diagnosi di "disturbo di adattamento a umore depresso ed ansioso", riscontrava che "con la terapia attuata" il Sig. Marcolini era "discretamente migliorato" e che "anche il discontrollo [era] diminuito", ma che tuttavia dato il persistere della "carezza di consapevolezza" preferiva "evitare di guidare l'auto". Nella stessa data il Dott. Fazzari prescrisse la seguente terapia: "Tolep 300 il mattino e 600 la sera, Entact 10 1/2 cp dopo colazione, Periactin 1 cp la sera, Rivotril 6 + 8 gtt mattino e sera".

**ALLO STATO ATTUALE** il paziente pertanto lamenta:

1. algie di tipo urente all'emivolto sinistro estese alla mucosa del cavo orale ad andamento continuo localizzate alla prima e seconda branca trigeminale;
2. accessi nevralgici all'emivolto sinistro tipo "scarica elettrica" ricorrenti 20-30 volte al giorno e coinvolgente le tre branche trigeminali;
3. ipoestesia soggettiva all'emivolto sinistro;
4. difficoltà nella masticazione per malocclusione;
5. riduzione del visus in OS;
6. episodica diplopia orizzontale;
7. crisi di "assenza" prive di aura a ricorrenza pluriquotidiana (2-3 episodi al giorno in media);
8. modesti disturbi dell'attenzione e della memoria di fissazione;
9. disturbi del linguaggio per difficoltà a reperire il termine adeguato (sostantivi, verbi e nomi propri);
10. rilevante instabilità posturale;
11. disturbi del sonno correlati in parte anche alla grave sindrome algica facciale costituiti da un'insonnia di tipo centrale con numerosi risvegli precoci, rilevanti difficoltà al riaddormentamento e sonnolenza diurna;
12. deflessione del tono dell'umore ed ansia con grave discontrollo.

**ESAME OBIETTIVO:**

uomo di 51 anni, normotipo, in discrete condizioni generali.

**Reperti internistici:** nella norma.

**Esame obiettivo neurologico e del capo:** vigile, lucido, ben orientato nel tempo e nello spazio, eloquio coerente ma a tratti rallentato, deflessione del tono dell'umore, irritabilità talora non ben controllata, note disfasiche (eloquio fluente ma con latenze nel reperimento dei sostantivi), modesto deficit della memoria di fissazione e dell'attenzione, paresi del 7° n.c. sinistro inferiore con lieve ipostenia dell'orbicolare dell'occhio omolaterale, anestesia dolorifica V1 V2 e V3 sinistra con abolizione pressoché completa anche della sensibilità termica nelle tre branche, sensibilità tattile epicritica abolita su V2 e parzialmente conservata su V1 e V3, presenza di trigger points su V2 specie a livello dell'ala del naso, diplopia orizzontale prevalente nello sguardo verso sinistra ma presente anche in posizione primaria, accenno di strabismo divergente in OS, asimmetria del volto con laterodeviante mandibolare verso destra a riposo e morso incrociato a destra, laterodeviante sinistra della mandibola nell'apertura della bocca, deficit di 1 cm nella laterodeviante destra della mandibola e nella protrusione, deficit sensitivo dell'emilingua sinistra, dolorabilità digitopressoria sull'ATM in sede retrocondilare prevalente a destra, netta atrofia del muscolo temporale sinistro e del massetere omolaterale, netta instabilità in Romberg con tendenza alla caduta in avanti, netta deviazione degli indici verso sinistra, deviazione verso destra nello stepping test, lateroproiezione destra del tronco dopo bruschi passaggi posturali, lieve deficit propriocettivo alla mano sinistra.

**DIAGNOSI:**

1. **"Esiti di asportazione di neurinoma extra-intracranico del trigemino (ganglio di Gasser) sinistro** con riscontro alla RM postoperatoria di piccolo residuo tumorale a livello del seno cavernoso e di encefalomalacia temporopolare sinistra, esiti rappresentati da una **sindrome algo-distrofica all'emivolto sinistro** ed alla mucosa del cavo orale, da una **nevralgia trigeminale (V1 - V2 - V3) sinistra secondaria**, farmacoresistente, da una **epilessia parziale complessa a genesi temporale** («fughe epilettiche»), da una **sindrome del lobo temporale** con grave

discontrollo e rischio di agiti anche importanti, da un **disturbo di adattamento** con umore depresso e ansioso, da una **alterazioni della meccanica masticatoria con malocclusione** da atrofia dei mm. temporale e massetere di sinistra, da una **riduzione del visus in OS a 8-9/10** secondaria ad ulcerazione corneale, da una saltuaria **diplovia orizzontale** secondaria a exoforia -tropia, da un **deficit periferico del 7° n.c. sinistro** di media entità documentato dall'EMG, da **disturbi cognitivi** di lieve entità (deficit di fissazione mnemonica e di attenzione), da **disturbi fasici** (anomalia) confermati dai Test Neuropsicologici, nonché da una **sindrome vertiginosa soggettiva** con instabilità in Romberg e riscontro di modesta iperreflettività labirintica bilaterale da danno vestibolare centrale-

### CONSIDERAZIONI MEDICO-LEGALI:

1. La Ditta "Sangiaco" a favore del Sig. Marcolini ha stipulato con la Zurich International Italia S.p.A. una polizza infortuni con formula "Infortuni Azienda" (N° 950L3628) a far data dall'1.1.2002 e con scadenza l'1.1.2003. La formula posta in essere *"per il personale alle dipendenze del Contraente appartenente alla categoria Dirigenti"* prevede che l'indennizzo in caso di Morte o di Invalidità permanente sia valutato in base all'ammontare della retribuzione annua; le "Norme che regolano l'assicurazione infortuni" prevedono inoltre (G. Caso Invalidità permanente) che *"la liquidazione dell'indennità"* relativa alla Invalidità permanente avvenga *"senza applicazione di alcuna franchigia"* e che l'Invalidità permanente venga calcolata secondo la Tabella INAIL e che *"qualora l'Invalidità Permanente conseguente ad infortunio ed a malattia professionale, accertata con i criteri di indennizzabilità previsti in polizza, comporti l'abbandono del lavoro in qualità di dirigente ed una riduzione permanente delle capacità lavorative in misura non inferiore al 50%, verrà indennizzata con il 100% del capitale assicurato"* (Condizioni speciali per Dirigenti par. 1e, Invalidità permanente grave). Dal paragrafo "Cosa e come assicuriamo" risulta che *"sono considerate come infortuni anche: ... le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche e di altre cure rese necessarie da infortunio"*. Dal paragrafo "In caso di sinistro" risulta che *"la Compagnia corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio"* e che *"se l'infortunio colpisce una persona che non è fisicamente integra e sana, non è indennizzabile quanto è imputabile a condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute"* (art. 2. Criteri di indennizzabilità). Non risultano ricorrere nel caso del Sig. Marcolini le "esclusioni" di cui al paragrafo "Delimitazioni". Il Paragrafo G delle "Norme che regolano l'assicurazione infortuni" afferma peraltro che *"nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, l'indennità venga stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%"*. Sulla base di un'analisi delle "Condizioni particolari" e precisamente alla voce "1d) Malattie professionali" delle "Condizioni speciali per dirigenti" riportate in polizza si evince infine che *"l'Assicurazione viene estesa anche alle malattie professionali (intendendosi come tali quelle indicate nella tabella annessa al D.P.R. 30 Giugno 1965, n. 1124, e successive modificazioni intervenute fino alla stipulazione della polizza), che si manifestino nel corso della validità del presente contratto e che riducano l'attitudine generica al lavoro in misura superiore al 10% della somma totale"*.
2. La Nuova Tabella delle malattie professionali nell'industria include al punto 61 le *"malattie causate da: a) radiazioni ionizzanti; b) laser e onde elettromagnetiche, con le loro conseguenze dirette"*. Per le patologie correlate all'esposizione professionale