

TI_GERICHTE 35.2015.89 vom 16. Dezember 2015

TI Tribunale d'appello, 2015-12-16, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2015.89

FR: TI_GERICHTE 35.2015.89 du 16 décembre 2015

IT: TI_GERICHTE 35.2015.89 del 16 dicembre 2015

Regeste

Incidente stradale con trauma cranio-facciale. Determinazione diritto a rendita d'inv. e entità della menomazione all'integrità. Rinvio atti affinché le obiezioni del curante specialista vengano sottoposte ai periti amministrativi

Erwägungen

E. 49

cpv. 2 della Legge sull'organizzazione giudiziaria (cfr. STF 9C_699/2014 del 31 agosto 2015, in particolare consid. 5.2, 5.3 e 6.1; STF 8C_452/2011 del 12 marzo 2012; STF 8C_855/2010 dell'11 luglio 2011; STF 9C_211/2010 del 18 febbraio 2011, consid. 2.1; STF 9C_792/2007 del 7 novembre 2008; STF H 180/06 e H 183/06 del 21 dicembre 2007; STFA I 707/00 del 21 luglio 2003; STFA H 335/00 del 18 febbraio 2002; STFA H 212/00 del 4 febbraio 2002; STFA H 220/00 del 29 gennaio 2002; STFA U 347/98 del 10 ottobre 2001, pubblicata in R DAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA H 304/99 del 22 dicembre 2000; STFA I 623/98 del 26 ottobre 1999. Vedi pure: STF 9C_807/2014 del 9 settembre 2015; STF 9C_585/2014 dell'8 settembre 2015). Nel merito 2.2. Oggetto della lite è la questione di sapere se l'assicuratore convenuto era legittimato a dichiarare RI 1 totalmente abile nella sua abituale professione e, quindi, a negargli il diritto alla rendita d'invalidità. Litigiosa è pure l'entità della menomazione all'integrità di cui è portatore l'insorgente. 2.3. Giusta l'art. 10 LAINF, l'assicurato ha diritto alla cura appropriata dei postumi d'infortunio e, in applicazione dell'art. 16 LAINF, l'assicurato totalmente o parzialmente incapace di lavorare (art. 6 LPG) a seguito d'infortunio, ha diritto all'indennità giornaliera. Il diritto all'indennità giornaliera nasce il terzo giorno successivo a quello dell'infortunio. Esso si estingue con il ripristino della piena capacità lavorativa, con l'assegnazione di una rendita o con la morte dell'assicurato. Parimenti, il diritto alle cure cessa qualora dalla loro continuazione non sia da attendersi un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato: nemmeno persistenti dolori bastano a conferire il diritto alla continuazione del trattamento se da questo non si può sperare un miglioramento sensibile dello stato di salute (cfr. art. 19 cpv. 1 LAINF e Ghélew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), Losanna 1992, p. 41ss.). L'Alta Corte ha inoltre precisato che la questione del "sensibile miglioramento" di cui all'art. 19 cpv. 1 LAINF va valutata in funzione dell'entità del previsto aumento oppure del ripristino della capacità lavorativa, nella misura in cui quest'ultima è pregiudicata dalle sequele infortunistiche (DTF 134 V 109 consid. 4.3 e riferimenti). In una sentenza 8C_211/2009 del 10 luglio 2009 consid. 4, il TF si è al riguardo espresso nei termini seguenti: " Poiché l'assicurazione sociale contro gli infortuni si riferisce a persone che svolgono attività lavorativa (si confronti l'art. 1 [dal 1° gennaio 2003 art. 1a, con testo invariato] e l'art. 4 LAINF), per interpretare il concetto di "sensibile miglioramento" ("namhafte Besserung" e "sensible amélioration" nella versione tedesca e

francese dell'art. 19 cpv. 1 LAINF) si farà riferimento ad un incremento rispettivamente ad un recupero dell'abilità lavorativa, nella misura in cui si è deteriorata in seguito all'infortunio. L'aggettivo "sensibile" illustra inoltre che il miglioramento dev'essere importante. Progressi trascurabili non bastano, così come neppure la mera possibilità di un risultato positivo (DTF 134 V 109 consid. 4.3 pag. 115; v. pure sentenze del Tribunale federale delle assicurazioni U 244/04 del 20 maggio 2005, in RAMI 2005 no. U 557 pag. 388, consid. 2, non pubblicato, e U 412/00 del 5 luglio 2001, consid. 2a; cfr. inoltre Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2a ed., Berna 1989, pag. 274). Lo stesso vale per provvedimenti terapeutici che contribuiscono a lenire i sintomi di un danno alla salute stazionario per un periodo limitato nel tempo (v. ancora sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni U 244/04 del 20 maggio 2005, in RAMI 2005 no. U 557 pag. 388 consid. 1, non pubblicato, e 3).“ Se, al momento dell'estinzione del diritto alle cure mediche, sussiste un'incapacità lucrativa, viene corrisposta una rendita di invalidità o un'indennità unica in capitale. L'erogazione di indennità giornaliera cessa comunque con il diritto alle prestazioni sanitarie. D'altro canto, nella misura in cui l'assicurato è portatore di una menomazione importante e durevole all'integrità fisica o mentale, egli ha diritto ad un'indennità per menomazione all'integrità giusta gli artt. 24s. LAINF. 2.4. Al precedente considerando, è già stato indicato che, secondo l'art. 16 LAINF, l'assicurato totalmente o parzialmente incapace di lavorare a seguito d'infortunio o di malattia professionale ha diritto all'indennità giornaliera. Giusta l'art. 6 LPG, è considerata incapacità al lavoro qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica, di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo d'attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività. L'entità dell'incapacità lavorativa (e, quindi, il diritto all'indennità giornaliera ex art. 16 LAINF) deve essere valutata considerando le mansioni che l'assicurato è concretamente chiamato a compiere nell'esercizio della sua abituale professione. Nella RAMI 2004 U 529, p. 572ss., consid. 1.4., il TFA ha precisato che la definizione di incapacità al lavoro, così come quelle d'incapacità al guadagno e d'invalidità contenute nella LPG, corrispondono alle definizioni e ai principi dell'assicurazione contro gli infortuni elaborati finora dalla giurisprudenza. La questione di sapere se l'assicurato sia o meno incapace di lavorare in misura giustificante il riconoscimento del diritto a prestazioni deve essere valutata sulla base dei fatti forniti dal medico. Spetta al medico fornire una precisa descrizione dello stato di salute dell'assicurato e tracciare un esatto quadro degli impedimenti ch'egli incontra nell'esplicare determinate funzioni. Il medico indicherà per prima cosa se l'assicurato può ancora svolgere la sua professione, precisando quali sono le controindicazioni in quell'attività. Determinante ai fini della graduazione dell'incapacità lavorativa non è comunque l'apprezzamento medico-teorico, bensì la diminuzione della capacità di lavoro che effettivamente risulta dall'impedimento (RAMI 1987 K 720 p. 106 consid. 2, U 27 p. 394 consid. 2b e giurisprudenza ivi citata; RJAM 1982 n. 482 p. 79 consid. 2). L'assicurato che rinuncia a utilizzare la sua residua capacità oppure che non mette in atto i provvedimenti da lui ragionevolmente esigibili per sfruttare al meglio la propria capacità lavorativa è, ciò nonostante, giudicato per l'attività che egli potrebbe esercitare dimostrando buona volontà. Carenze di volontà risultanti da un'anomalia caratteriale non sono prese in considerazione nell'ambito dell'assicurazione infortuni: possono essere, tutt'al più, considerate nell'ambito dell'assicurazione malattia se la loro causa é da ricercare in un'affezione patologica (DTF 101 V 145 consid. 2b; 111 V 239 consid. 1b e 2a; RAMI

1986 p. 56; 1987 p. 105 consid. 2; 1987 p. 393 consid. 2b; 1989 p. 106 consid. 1d; Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 91). 2.5. Secondo l'art. 18 cpv. 1 LAINF, l'assicurato invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 10 per cento a seguito d'infortunio ha diritto alla rendita di invalidità. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. Da parte sua, l'art. 16 LPGGA prevede che, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato invalido potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido. L'Alta Corte, nella RAMI 2004 U 529 citata in precedenza, ha rilevato che anche l'art. 16 LPGGA non ha modificato le modalità per la fissazione del grado di invalidità dell'assicurato previsto dal previgente art. 18 cpv. 2 seconda frase LAINF. Nella stessa pronunzia, la Corte federale ha quindi concluso che anche in ambito LAINF la giurisprudenza relativa ai concetti di incapacità lavorativa, incapacità al guadagno e invalidità continua a mantenere la sua validità anche in seguito all'introduzione della LPGGA. Due sono, dunque, di norma gli elementi costitutivi dell'invalidità: 1. il danno alla salute fisica o psichica (fattore medico); 2. la diminuzione della capacità di guadagno (fattore economico). Tra il danno alla salute e l'incapacità di guadagno deve inoltre intercorrere un nesso causale (fattore causale). Nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni deve esserci per giunta un nesso causale, naturale ed adeguato, tra il danno alla salute e l'infortunio. L'invalidità, concetto essenzialmente economico, si misura in base alla riduzione della capacità di guadagno e non secondo il grado di menomazione dello stato di salute. D'altro canto, poiché l'incapacità di guadagno importa unicamente nella misura in cui dipende da un danno alla salute, la determinazione dell'invalidità presuppone preliminarmente adeguati accertamenti medici che rilevino il danno in questione. Spetta al medico fornire una precisa descrizione dello stato di salute dell'assicurato e di tracciare un esatto quadro degli impedimenti che egli incontra nell'esplicare determinate funzioni. Il medico indicherà per prima cosa se l'assicurato può ancora svolgere la sua professione, precisando quali sono le controindicazioni in quell'attività e in altre analoghe. Egli valuterà finalmente il grado dell'incapacità lavorativa che gli impedimenti provocano sia nella professione attuale sia nelle altre relativamente confacenti (cfr., su questi aspetti, STFA I 871/02 del 20 aprile 2004 e la STFA I 162/01 del 18 marzo 2002). L'invalidità, proprio perché concetto essenzialmente economico, si misura raffrontando il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora o potrebbe realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili, in un mercato del lavoro equilibrato, dopo l'adozione di eventuali provvedimenti integrativi (cfr. art. 16 LPGGA). Il grado di invalidità corrisponde alla differenza, espressa in percentuale, tra il reddito ipotetico conseguibile senza invalidità e quello, non meno ipotetico, conseguibile da invalido. La giurisprudenza federale ha, più volte, confermato il principio che, nella determinazione dell'invalidità, non c'è la possibilità di fondarsi su una valutazione medico-teorica del danno alla salute dovuto all'infortunio e che occorre, sempre, basarsi sulle conseguenze economiche di tale danno. Ciò nondimeno, se il danno alla salute non è tale da imporre un cambiamento di professione, il giudizio sull'incapacità lavorativa non esprimerà valori superiori all'incapacità lavorativa indicata dal medico. Questo perché si suppone che esplicando tutto l'impegno professionale che la restante capacità lavorativa medico-teorica ancora permette di sviluppare, l'assicurato esprima una capacità di

guadagno della medesima proporzione (cfr. RAMI 1993 U 168, p. 100; DTF 114 V 313, consid. 3b). 2.6. Secondo l'art. 24 cpv. 1 LAINF, l'assicurato ha diritto ad un'equa indennità se, in seguito all'infortunio, accusa una menomazione importante e durevole all'integrità fisica o mentale. Tale indennità è assegnata in forma di prestazione in capitale. Essa non deve superare l'ammontare massimo del guadagno annuo assicurato all'epoca dell'infortunio ed è scalata secondo la gravità delle menomazioni. Il Consiglio federale emana disposizioni particolareggiate sul calcolo dell'indennità (art. 25 cpv. 1 e 2 LAINF). L'art. 36 cpv. 1 OAINF definisce i presupposti per la concessione dell'indennità giusta l'art. 24 LAINF: una menomazione dell'integrità è considerata durevole se verosimilmente sussisterà tutta la vita almeno con identica gravità ed importante se l'integrità fisica o mentale è alterata in modo evidente o grave. In questa valutazione dovrà essere fatta astrazione dalla capacità di guadagno ed anche dalle circostanze personali dell'assicurato: secondo la giurisprudenza, infatti, la gravità della menomazione si stima soltanto in funzione di accertamenti medici senza ritenere, all'opposto delle indennità per torto morale secondo il diritto privato, le eventuali particolarità dell'assicurato (cfr. RAMI 2000 U 362, p. 42-43; DTF 113 V 218 consid. 4; RAMI 1987 U 31, p. 438). La parte della riparazione del torto morale contemplata dagli artt. 24ss. LAINF è, dunque, soltanto parziale: gli aspetti soggettivi del danno (segnatamente il pretium doloris e il pregiudizio estetico) ne sono esclusi (cfr. Ghèlew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 121). Giusta l'art. 36 cpv. 2 OAINF, l'indennità è calcolata in base alle direttive contenute nell'Allegato 3 dell'OAINF. Una tabella elenca una serie di lesioni indicando per ciascuna il tasso normale di indennizzo, corrispondente ad una percentuale dell'ammontare massimo del guadagno assicurato. L'INSAI ha allestito una serie di tabelle, dalla griglia molto più serrata, che integrano quella dell'ordinanza. Semplici direttive di natura amministrativa, esse non hanno valore di legge e non vincolano il giudice (cfr. STFA I 102/00 del 22 agosto 2000; DTF 125 V 377 consid. 1c; STFA del 7 dicembre 1988 nella causa P.; RAMI 1989 U 71, p. 221ss.). Tuttavia, nella misura in cui esprimono unicamente valori indicativi, miranti a garantire la parità di trattamento di tutti gli assicurati, esse sono compatibili con l'annesso 3 all'OAINF (RAMI 1987 U 21, p. 329; DTF 113 V 219, consid. 2b; DTF 116 V 157, consid. 3a). 2.7. Nel caso di specie, dalla decisione su opposizione impugnata risulta che l'CV 1 ha posto termine al versamento dell'indennità giornaliera dal 1° giugno 2012 e ha negato il diritto a una rendita d'invalidità, posto che da quella data il ricorrente avrebbe ritrovato una piena capacità lavorativa nella sua abituale professione (cfr. doc. 60, p. 6: "dagli atti appare palese che a decorrere dal 1° giugno 2012 il signor RI 1 espleta in misura completa la propria attività lucrativa quale consulente aziendale nel ramo informatico, sicché, a questo livello la decisione formale impugnata dev'essere tutelata."). D'altro canto, essa ha confermato la quantificazione della menomazione all'integrità, la quale, a suo avviso, rappresenterebbe "... , correttamente, l'ammontare di un'indennità calcolata in base alle direttive contenute nell'Allegato 3 dell'OAINF." (cfr. doc. 60, p. 6). Dalle carte processuali emerge che, nell'ambito di una prima procedura di opposizione (conclusasi con il ritiro della decisione formale da parte dell'CV 1 – cfr. doc. 40), l'assicurato ha prodotto un rapporto, datato 28 dicembre 2012, del dott. _____, spec. FMH in neurologia, a quell'epoca primario della Clinica _____ di _____, e della capoclinica dott.ssa _____. Da quel documento si evince che RI 1 è portatore di esiti residuali di un trauma cranio-cerebrale lieve e di un grave trauma facciale, e ciò nella forma di frequenti algie facciali, di cefalee, di una grave iposmia, di una disgeusia, di un lieve tinnito bilaterale, di una lieve diplopia, nonché di deficit neuropsicologici (disturbi dell'attenzione sostenuta e selettiva,

rallentamento nei tempi di risposta, lieve deficit di memoria di lavoro e di memoria a lungo termine) (cfr. allegato al doc. 39, p. 5). A proposito delle conseguenze legate al trauma cranio-cerebrale riportato dal ricorrente, i dottori _____ e _____ hanno osservato che "... il parenchima cerebrale del paziente ha riportato dei danni visibili alla TAC (06.07.2011) come il pneumoencefalo con presenza di bolle di aria a livello frontale bilaterale e contusione fronto-parietale sinistra (successivamente riassorbite, TAC 07.09.2011). Non bisogna tuttavia dimenticare che nell'ambito di un trauma cranio encefalico dell'entità di quello riportato dal paziente, gli assoni (prolungamenti neuronali) dell'encefalo sono stati sottoposti a forze di accelerazione e decelerazione responsabili di un possibile danno da stiramento. Tale danno, noto in medicina come danno assonale diffuso, può essere solo in parte visualizzato con le acquisizioni TAC ed è noto in letteratura che esiste una discrepanza tra la possibilità di individuare il danno assonale diffuso con le comuni tecniche di neuroimmagini e la sua effettiva entità istopatologica. (...). Nel caso del paziente a margine, il trauma cranio encefalico riportato, in ragione della presenza di un pneumoencefalo e di una contusione minore fronto-parietale sinistra, può sicuramente essere considerato di entità tale da aver comportato anche elementi di danno assonale diffuso. Tale condizione può essere considerata ben responsabile delle problematiche cognitive emerse nel corso dei test." (allegato al doc. 39, p. 6). Quindi, trattandosi della capacità lavorativa, gli specialisti interpellati privatamente dall'assicurato hanno attestato l'esistenza di un'incapacità del 40% nell'abituale attività, "... in considerazione della sintomatologia algica descritta e dei deficit cognitivi associati a facile affaticabilità.". Sempre secondo i dottori _____ e _____, in attività più pratiche e con la possibilità di distribuire il carico di lavoro sull'arco della giornata lavorativa, la limitazione dell'abilità ammonta invece al 30% (cfr. allegato al doc. 39, p. 8). Per quanto riguarda la menomazione all'integrità, i neurologi l'hanno quantificata in un 35%, 15% per la perdita dell'olfatto e del gusto e 20% per la compromissione delle funzioni psichiche parziali, come la memoria e la capacità di concentrazione. Essi hanno per contro ritenuto che, per la loro importanza, il tinnito e la diplopia non danno diritto a un'indennità (cfr. allegato al doc. 39, p. 9). Con referto del 22 gennaio 2013, la dott.ssa _____ ha poi sostenuto che alle algie facciali, risultanti da un danno dei rami terminali della I. e II. branca del nervo trigemino, corrisponde un'indennità del 10% (cfr. allegato al doc. 39). Successivamente all'annullamento della decisione formale del 28 giugno 2012, l'assicuratore ha consultato il dott. _____, spec. FMH in neurologia, il quale aveva già periziato l'assicurato nel mese di aprile 2012, sempre per conto dell'amministrazione. Dato che l'ulteriore evoluzione del caso aveva fatto emergere dei nuovi elementi di valutazione, lo specialista in questione ha ritenuto utile "... procedere con una perizia pluridisciplinare che rivaluti innanzitutto gli aspetti neuropsicologici (ora che sono trascorsi oltre due anni dopo il trauma), gli aspetti neurologici concernenti le cefalee (sulla base della nuova documentazione queste hanno assunto un'evoluzione sfavorevole apparentemente con un maggiore influsso sulla capacità lavorativa dell'A.) ed anche gli aspetti psichiatrici (risulta che l'A. avrebbe anche stati d'ansia, irritabilità e disturbi del sonno legati all'attività lavorativa).". A proposito delle risultanze della valutazione neuropsicologica eseguita nel frattempo presso la Clinica _____, il dott. _____ ha precisato che i deficit ivi descritti erano stati verosimilmente "... "smascherati" quando l'Assicurato è stato confrontato con un maggiore carico lavorativo. Solitamente si considera definitiva la situazione cognitiva ad almeno due anni da un trauma cranico per cui penso che, come già più sopra discusso, una rivalutazione anche di questo aspetto sarebbe utile da un lato per

verificare quanto descritto in occasione della valutazione del 15.11.2012, dall'altro per avere dati che potranno essere considerati definitivi a oltre due anni dal trauma.” (doc. 44). Nel giugno 2014, la CV 1 ha quindi conferito all' _____ il mandato di periziare RI 1 (cfr. doc. 48). Agli atti figura la perizia interdisciplinare (neurologica, neuropsicologica e psichiatrica) allestita da questo istituto (cfr. doc. 50). Gli esperti amministrativi hanno innanzitutto diagnosticato uno stato dopo incidente stradale del 6 luglio 2011 in presenza di un trauma cranio-cerebrale con fratture cranio-facciali, lievi segni di piccole zone di contusione fronto-parietale sinistra nell'esame TAC iniziale, attualmente senza segni neurologici a favore di un danno organico cerebrale e senza un plausibile quadro patologico a livello neuropsicologico, di un'anosmia, di cefalee senza rilevanza clinica valutabile, di un lieve tinnito e di una sospetta lieve riduzione dell'udito senza rilevanza clinica valutabile, come pure di una leggera neuropatia nella regione del sopracciglio destro e della fronte (nervo frontale) nonché nella regione cicatriziale della coscia destra, pure senza rilevanza clinica (cfr. doc. 49, p. 24). Alla domanda se vi sia correlazione tra lo status oggettivabile e i disturbi soggettivamente denunciati dall'assicurato, essi hanno risposto che, sul piano somatico, le lamentele soggettive corrispondono ai reperti oggettivati, mentre che, su quello neuropsicologico, negli esiti dei test sono state osservate delle inconsistenze, come pure delle palesi autolimitazioni (cfr. doc. 49, p. 25). In merito alla valutazione neuropsicologica eseguita a suo tempo presso la Clinica _____ di _____, i sanitari incaricati dall'CV 1 ne hanno messo in dubbio la validità, posto che non si sarebbe proceduto a un'analisi della plausibilità dei risultati dei test mediante una procedura standardizzata di validazione dei disturbi, così come imperativamente richiesto in caso di perizie neuropsicologiche (cfr. doc. 49, p. 20). Deve però essere evidenziato che essi hanno condiviso il parere secondo il quale RI 1 non ha riportato soltanto un trauma cranio-cerebrale lieve, posto che gli accertamenti radiologici iniziali avevano mostrato delle iperdensità fronto-parietali a sinistra, compatibili con delle zone di contusione focale cerebrale (doc. 49, p. 23). Gli specialisti bernesi hanno poi ritenuto che l'insorgente possa svolgere, a tempo pieno e con un rendimento completo, la sua precedente professione di economista/consulente, come pure qualsiasi altra attività lavorativa confacente alla sua formazione professionale e alla sua costituzione (cfr. doc. 49, p. 25 s.). Trattandosi della menomazione all'integrità, essi ne hanno riconosciuto l'esistenza unicamente per l'anosmia (15%). A loro avviso, infatti, per gli altri disturbi alla salute (il tinnito, le cefalee e i dolori neuropatici) non sarebbero adempiuti i criteri per ammettere un danno all'integrità. D'altro canto, non sussisterebbe né un plausibile quadro patologico a livello neuropsicologico riconducibile con verosimiglianza preponderante all'evento traumatico assicurato, né una problematica psichica d'eziologia infortunistica (cfr. doc. 49, p. 26). Nell'ambito della procedura di opposizione che ha fatto seguito al rilascio della decisione formale del 7 novembre 2014, l'assicurato ha prodotto un nuovo rapporto del neurologo dott. _____.

_____ A proposito delle obiezioni che i periti amministrativi hanno mosso alla valutazione neuropsicologica effettuata a _____ nel novembre 2012, il dott. _____ ha segnatamente osservato che, in quell'occasione, non erano stati “..., osservati atteggiamenti o andamenti nell'esecuzione dei test che potessero far pensare a simulazione o a ridotta collaborazione, quindi la neuropsicologa che ha eseguito gli esami (Dr.ssa _____) non ha ritenuto indicato eseguire test per la simulazione. Nella sinopsi dei risultati degli esami neuropsicologici della _____ si legge che “l'impressione clinica” si è rivelata “appariscente”, contrariamente all'impressione clinica espressa dalla Psichiatra a p. 15 (terz'ultimo paragrafo) e dal Dr. _____ stesso a p. 16 (terz'ultimo

paragrafo). Questa incoerenza di valutazione non è stata discussa apertamente, ma senza dubbio è stata interpretata come un indizio ulteriore per una simulazione di disturbi da parte dell'assicurato (l'espressione simulazione non è stata usata, ma la sostanza è questa). Ci si sarebbe dovuto in merito, in presenza di questa incoerenza, anche chiedere se la situazione testistica non abbia messo in difficoltà il paziente e considerare gli esami già eseguiti in passato con la correttezza dovuta. Inoltre nei test Trail Making A e B, come pure nel test di memoria a lungo termine (Figure di Rey) i reperti sono risultati normali, ciò che parla per una buona collaborazione da parte del paziente. (...). A quanto mi risulta non è stata eseguita una anamnesi da parte di terze persone per avere informazioni atte ad inficiare o confermare i dubbi sulla collaborazione dell'assicurato, basandosi per la valutazione del profilo cognitivo dell'assicurato, solo sulla testologia risultata "appariscente". In nessun modo sono stati considerati nella discussione critica dei risultati degli esami fatti gli elementi dell'anamnesi e quelli scaturiti dai disturbi accusati dal paziente, che avrebbero potuto costituire un elemento per relativizzare o mettere sotto un'altra luce i risultati degli esami testistici, con già i loro limiti intrinseci dovuti alla loro scelta e alla loro interpretazione statistica, ritenuti "appariscenti". (allegato al doc. 57, p. 4 s.). D'altro canto, lo specialista consultato dall'insorgente ha rimproverato ai sanitari dell'_____ di non aver considerato che le cefalee potessero essere inquadrare nella diagnosi di "cefalea post-traumatica cronica", così come da lui indicato nel rapporto del 28 dicembre 2012 (cfr. allegato al doc. 39, p. 7). Sempre in questo contesto, il dott. _____ ha precisato che non è corretto negare che le cefalee "... hanno un impatto sul rendimento (generale) del paziente e dunque anche lavorativo. (...) ..., anche se una quantificazione dell'impatto è in effetti difficile da fare." (allegato al doc. 57, p. 5 s.). In merito alla capacità lavorativa, il neurologo si è sostanzialmente riconfermato nella sua precedente valutazione, con tuttavia la precisazione che "... considerando l'evoluzione di ca. 2 anni del caso e del lavoro effettuato con successo, si può considerare una limitazione della capacità lavorativa del 20%, per gli stessi motivi sopra addotti, ma adattati in considerazione dell'evoluzione dell'impatto delle limitazioni stesse sull'efficienza lavorativa, probabilmente su adattamento alla situazione, malgrado deficit di grado invariato." (allegato al doc. 57, p. 8). Anche per quanto concerne la menomazione dell'integrità, egli ha ribadito i contenuti dei suoi precedenti referti (cfr. allegato al doc. 57, p. 8). Prima di procedere all'emanazione della decisione su opposizione, la CV 1 ha invitato il dott. _____ a pronunciarsi sulle considerazioni espresse dal dott. _____ (cfr. doc. 58). Queste, in particolare, le osservazioni contenute nel suo rapporto dell'8 giugno 2015: " La valutazione di _____ ha esposto in modo estremamente dettagliato il riassunto degli atti, i dati anamnestici forniti dall'assicurato e i reperti clinici: il dr. _____ nel suo scritto del 12.03.2015 conferma pienamente il riassunto degli atti, i dati anamnestici riportati come pure i reperti neurologici e psichiatrici, mentre discute in modo critico la valutazione neuropsicologica, difendendo in particolare il fatto che non erano stati ritenuti indicati "test per la simulazione" e critica che non sia stata discussa da parte di _____ la possibile evoluzione dei deficit neuropsicologici nel tempo rispettivamente una presunta discrepanza tra un'espressione utilizzata nei risultati neuropsicologici e la successiva impressione clinica della psichiatra e del neuropsicologo stesso. La discussione clinica eseguita dai colleghi del _____ mi sembra essere esauriente, molto dettagliata ed avere anche preso in considerazione tutti gli aspetti del caso in questione. Sono stati presi in considerazione gli aspetti clinici neurologici, è stata confermata la presenza di un'anomia e il relativo danno dell'integrità fisica del 15%. Si sono presi in considerazione anche gli altri

sintomi descritti tra cui le cefalee: disquisire sulla loro natura (neuropatica e su lesioni del nervo frontale, post traumatica e cronica) non ha una grande rilevanza poiché comunque si tratta di dolori che anamnesticamente non hanno caratteristiche tali da determinare un'incapacità lavorativa. Infine ritengo che la valutazione neuropsicologica sia stata eseguita in modo corretto come si richiede nell'ambito di una perizia neuropsicologica. Il fatto che nella richiesta dell'avv. RA 1 del 03.09.2012 non fosse stata citata formalmente la richiesta di una perizia nulla toglie all'importanza dell'esecuzione di test di validazione per poter interpretare i risultati. Anche se l'evoluzione temporale potrebbe avere un influsso sui risultati stessi (la valutazione neuropsicologica presso la Clinica _____ era stata eseguita nel dicembre 2012, dunque a circa 1.5 anni dal trauma, per cui ci si sarebbe potuto aspettare ancora un certo miglioramento almeno fino a 2 anni dopo il trauma) la validità e l'oggettività dei risultati dell'esame del dicembre 2012 vengono naturalmente messi in dubbio dai test eseguiti a _____ e in particolare dai test di validazione. Risultavano comunque già allora solo deficit lievi. Ritengo complessivamente che la perizia interdisciplinare eseguita a _____ non presenti carenze, incongruenze o opinabilità.” (doc. 59) 2.8. Chiamato ora a pronunciarsi nella concreta evenienza, il TCA non ritiene corretto che la CV 1 abbia chiamato il dott. _____ a pronunciarsi sulle obiezioni sollevate dal neurologo dott. _____ (cfr. doc. 58). In effetti, concernenti il contenuto della perizia interdisciplinare allestita presso l'_____, esse avrebbero dovuto essere sottoposte, per presa di posizione, ai periti amministrativi stessi. Per questa ragione, la decisione su opposizione impugnata, che trova fondamento essenzialmente nelle risultanze della perizia bernese, non può essere confermata. L'istituto assicuratore dovrà quindi sottoporre ai sanitari dell'_____ il referto 12 marzo 2015 del dott. _____ affinché precisino se quest'ultimo contiene degli elementi di valutazione suscettibili di modificare in qualche modo le loro conclusioni. Visto che si tratta di ottenere una precisazione della perizia amministrativa, secondo la DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4, sono dati i presupposti per un rinvio degli atti all'assicuratore convenuto. Nel caso in cui, alla luce degli esiti del complemento istruttorio, dovesse essere ritenuta accertata la presenza di disturbi invalidanti privi di sostrato organico oggettivabile e che questi ultimi costituiscono una conseguenza naturale e adeguata dell'infortunio del mese di luglio 2011, aspetto riguardo al quale l'assicuratore resistente non si è pronunciato nella decisione su opposizione impugnata (cfr. doc. 60), occorrerà tener conto che, in una sentenza 8C_10/2015 del 5 settembre 2015 destinata alla pubblicazione, il Tribunale federale ha stabilito che, in applicazione analogica della sentenza di principio 9C_492/2014 del 3 giugno 2015 pubblicata in DTF 141 V 281, non si deve più partire da una presunzione di sormontabilità, ma che quest'ultima questione deve essere decisa in base a uno schema di valutazione normativo strutturato.

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