

TI_GERICHTE 35.2016.84 vom 18. Juli 2017

TI Tribunale d'appello, 2017-07-18, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2016.84

FR: TI_GERICHTE 35.2016.84 du 18 juillet 2017

IT: TI_GERICHTE 35.2016.84 del 18 luglio 2017

Regeste

Assicurato al beneficio di una rendita LAINF del 100% a seguito di due incidenti stradali (1989 e 1994). Ammesso adempimento presupposti per riconsiderare la decisione di rendita, concessa senza procedere ad alcun accertamento. Confermata decisione di soppressione della rendita da luglio 2015

Erwägungen

E. 12

agosto 2010, consid. 6, il TF ha ritenuto la determinazione della fattispecie manifestamente errata in quanto sprovvista di una motivazione medica (in quel caso l'autorità cantonale aveva concluso che l'assicurato non poteva svolgere nessuna attività anche se dagli atti medici – fatto salvo il rinvio a un protocollo non medico e basato unicamente su dati soggettivi forniti dallo stesso assicurato – non si poteva desumere alcunché in merito alla capacità lavorativa in un'attività adeguata). 2.4. Nel caso di specie, l'amministrazione fa valere che la decisione di rendita sarebbe da ritenere manifestamente errata, in quanto, da una parte, "... non è stato eseguito nessun accertamento medico per rilevare il danno alla salute dell'assicurato e per valutare il grado dell'incapacità lavorativa che gli impedimenti rilevati provocano sia nella professione abituale sia nelle altre relativamente confacenti. Gli atti medici sono insufficienti per la valutazione dello stato di salute e la capacità lavorativa che ne consegue" e, dall'altra, "... non è stato rilevato né il reddito da valido né il reddito da invalido. Pertanto, CO 1 non ha determinato il grado d'invalidità tramite il raffronto dei redditi ai sensi dell'art. 16 LPG, ma si è limitata a notificare il grado d'invalidità del 100%." (doc. 174, p. 7). Dalle carte processuali si evince che l'assicuratore LAINF convenuto ha in effetti ammesso la totale incapacità lucrativa di RI 1, senza procedere ad alcun accertamento, in primo luogo di natura medica, e senza neppure avere a disposizione documentazione affidabile su cui fondare la decisione di rendita. Esso ha così omesso di delimitare il danno alla salute infortunistico e, in funzione di ciò, di valutare l'esigibilità lavorativa dell'assicurato. L'unico accertamento compiuto dall'amministrazione risulta essere il parere 19 febbraio 2010 del medico fiduciario dott. _____, riguardante l'entità della menomazione all'integrità (cfr. doc. 66). Secondo la giurisprudenza federale, un accertamento insufficiente (e quindi, a maggior ragione, l'assenza di accertamento) della fattispecie giuridicamente rilevante a seguito di una violazione del principio inquisitorio, costituisce un motivo di riconsiderazione giusta l'art. 53 cpv. 2 LPG (cfr. STF 8C_27/2011 del 14 marzo 2011 consid. 4.1 e riferimenti ivi menzionati). In esito a quanto precede, posto che anche il secondo presupposto della riconsiderazione (la notevole importanza della rettifica) è senz'altro soddisfatto, essendoci in gioco una prestazione periodica (al riguardo, cfr. U. Kieser, ATSG-Kommentar, 2a ed., n. 34 ad art. 53), il TCA deve dunque concludere che la CO 1 era legittimata a rivenire sulla sua decisione formale

del 4 marzo 2010. Stante ciò, si tratta ora di esaminare se a giusta ragione la rendita d'invalidità in vigore è stata soppressa a decorrere dal 31 luglio 2015.

2.5. Presupposto essenziale per l'erogazione di prestazioni da parte dell'assicurazione contro gli infortuni è l'esistenza di un nesso di causalità naturale fra l'evento e le sue conseguenze (danno alla salute, invalidità, morte). Questo presupposto è da considerarsi adempiuto qualora si possa ammettere che, senza l'evento infortunistico, il danno alla salute non si sarebbe potuto verificare o non si sarebbe verificato nello stesso modo. Non occorre, invece, che l'infortunio sia stato la sola o immediata causa del danno alla salute; è sufficiente che l'evento, se del caso unitamente ad altri fattori, abbia comunque provocato un danno all'integrità corporale o psichica dell'assicurato, vale a dire che l'evento appaia come una condizione sine qua non del danno. È questione di fatto lo stabilire se tra evento infortunistico e danno alla salute esista un nesso di causalità naturale; su detta questione amministrazione e giudice si determinano secondo il principio della probabilità preponderante - insufficiente essendo l'esistenza di pura possibilità - applicabile generalmente nell'ambito dell'apprezzamento delle prove in materia di assicurazioni sociali (cfr. RDAT II-2001 N. 91 p. 378; SVR 2001 KV Nr. 50 p. 145; DTF 126 V 360 consid. 5b; DTF 125 V 195; STFA del 4 luglio 2003 nella causa M., U 133/02; STFA del 29 gennaio 2001 nella causa P., U 162/02; DTF 121 V 6; STFA del 28 novembre 2000 nella causa P. S., H 407/99; STFA del 22 agosto 2000 nella causa K. B., C 116/00; STFA del 23 dicembre 1999 in re A. F., C 341/98, consid. 3, p., 6; STFA 6 aprile 1994 nella causa E. P.; SZS 1993 p. 106 consid. 3a; RCC 1986 p. 202 consid. 2c, RCC 1984 p. 468 consid. 3b, RCC 1983 p. 250 consid. 2b; DTF 115 V 142 consid. 8b, DTF 113 V 323 consid. 2a, DTF 112 V 32 consid. 1c, DTF 111 V 188 consid. 2b; Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in Basler Juristische Mitteilungen (BJM) 1989, p. 31-32; G. Scartazzini, Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale, Basilea 1991, p. 63). Al riguardo essi si attengono, di regola, alle attestazioni mediche, quando non ricorrano elementi idonei a giustificare la disattenzione (cfr. DTF 119 V 31; DTF 118 V 110; DTF 118 V 53; DTF 115 V 134; DTF 114 V 156; DTF 114 V 164; DTF 113 V 46). Ne discende che ove l'esistenza di un nesso causalità tra infortunio e danno sia possibile ma non possa essere reputata probabile, il diritto a prestazioni derivato dall'infortunio assicurato dev'essere negato (DTF 129 V 181 consid. 3.1 e 406 consid. 4.3.1, DTF 117 V 360 consid. 4a e sentenze ivi citate). L'assicuratore contro gli infortuni è tenuto a corrispondere le proprie prestazioni fino a che le sequele dell'infortunio giocano un ruolo causale. Pertanto, la cessazione delle prestazioni entra in considerazione soltanto in due casi: - quando lo stato di salute dell'interessato è simile a quello che esisteva immediatamente prima dell'infortunio (status quo ante); - quando lo stato di salute dell'interessato è quello che, secondo l'evoluzione ordinaria, sarebbe prima o poi subentrato anche senza l'infortunio (status quo sine) (cfr. RAMI 1992 U 142, p. 75 s. consid. 4b; A. Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, p. 469; U. Meyer-Blaser, Die Zusammenarbeit von Richter und Arzt in der Sozialversicherung, in Bollettino dei medici svizzeri 71/1990, p. 1093). Secondo la giurisprudenza, qualora il nesso di causalità con l'infortunio sia dimostrato con un sufficiente grado di verosimiglianza, l'assicuratore è liberato dal proprio obbligo prestativo soltanto se l'infortunio non costituisce più la causa naturale ed adeguata del danno alla salute. Analogamente alla determinazione del nesso di causalità naturale che fonda il diritto alle prestazioni, l'estinzione del carattere causale dell'infortunio deve essere provata secondo l'abituale grado della verosimiglianza preponderante. La semplice possibilità che l'infortunio non giochi più un effetto causale non è sufficiente. Trattandosi della

soppressione del diritto alle prestazioni, l'onere della prova incombe, non già all'assicurato, ma all'assicuratore (cfr. RAMI 2000 U 363, p. 46 consid. 2 e riferimenti ivi citati). 2.6. Occorre inoltre rilevare che il diritto a prestazioni assicurative presuppone pure l'esistenza di un nesso di causalità adeguata tra gli elementi summenzionati. Un evento è da ritenere causa adeguata di un determinato effetto quando secondo il corso ordinario delle cose e l'esperienza della vita il fatto assicurato è idoneo a provocare un effetto come quello che si è prodotto, sicché il suo verificarsi appaia in linea generale propiziato dall'evento in questione (DTF 129 V 181 consid. 3.2 e 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a, DTF 117 V 361 consid. 5a e 382 consid. 4a e sentenze ivi citate). Comunque, qualora sia carente il nesso di causalità naturale, l'assicuratore può rifiutare di erogare le prestazioni senza dover esaminare il requisito della causalità adeguata (cfr. DTF 117 V 361 consid. 5a e 382 consid. 4a; su queste questioni vedi pure: Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 51-53). La giurisprudenza ha inoltre stabilito che la causalità adeguata, quale fattore restrittivo della responsabilità dell'assicurazione contro gli infortuni allorché esiste un rapporto di causalità naturale, non gioca un ruolo in presenza di disturbi fisici consecutivi ad un infortunio, dal momento che l'assicurazione risponde anche per le complicazioni più singolari e gravi che solitamente non si presentano secondo l'esperienza medica (cfr. DTF 127 V 102 consid. 5 b/bb, 118 V 286 e 117 V 365 in fine ; cfr., pure, U. Meyer-Blaser, Kausalitätsfragen aus dem Gebiet des Sozialversicherungsrechts, in SZS 2/1994, p. 104s. e M. Frésard, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], n. 39). 2.7. Dalla decisione su opposizione impugnata si evince che l'istituto assicuratore ha fondato la decisione di sopprimere la rendita d'invalidità in vigore, sulle conclusioni contenute nella perizia amministrativa elaborata dall' _____ (cfr. doc. 174, p. 9). Dalle tavole processuali emerge in effetti che, nel corso del mese di marzo 2015, l'insorgente è stato sottoposto ad accertamenti pluridisciplinari - psichiatrici, neurologici, ortopedici e neuropsicologici -, a cura dei dottori _____, spec. in psichiatria e neurologia e _____, spec. FMH in ortopedia, nonché del neuropsicologo dott. phil. _____ (cfr. doc. 156). Dopo aver minuziosamente ricostruito l'anamnesi del ricorrente (cfr. doc. 92, p.3-16), i periti amministrativi hanno diagnosticato – patologie in nesso causale con gli infortuni assicurati - uno stato dopo commotio cerebri e plurime fratture del cranio (setto nasale e mandibola), frattura metatarsale al IV. dito della mano destra, pneumotorace a sinistra, diverse escoriazioni (attualmente senza dimostrabili rilevanti postumi funzionali e deficit neurologici e neuropsicologici associati) e uno stato dopo possibile trauma d'accelerazione cervicale, come pure – patologie per le quali l'eziologia infortunistica è invece stata negata – una sindrome algica cervico-brachiale a sinistra su grossa ernia discale C3-C4 a destra con stenosi del canale spinale e del neuroforame destro e, radiologicamente, possibile sofferenza della radice di C4 a destra senza chiaro correlato clinico, protusioni discali a livello di C4-C5 e C5-C6, senza compromissione delle strutture neurali dal profilo clinico e radiologico, sospetto impingement sottoacromiale, reperto clinico con indizi di autolimitazione soprattutto nei movimenti del capo, nonché una sindrome cronica lombo-ischialgica a destra su residua sindrome deficitaria L5 a destra e stato dopo resezione di un'ernia discale L4-L5 a destra nel 2007 (doc. 92, p. 34). Gli esperti bernesi hanno quindi osservato di aver riscontrato importanti autolimitazioni e inconsistenze tra i disturbi denunciati dall'assicurato e le sue effettive capacità funzionali, da interpretare quale atteggiamento cosciente volto all'ottenimento di un guadagno secondario della malattia. Sempre a loro avviso, non sono oggettivamente reperti patologici imputabili con verosimiglianza preponderante all'infortunio

del maggio 1989 oppure a quello del gennaio 1994. Per contro, essi hanno oggettivato dei reperti patologici, nella forma di alterazioni degenerative, a livello cervicale e lombare, i quali presentano con verosimiglianza preponderante un'eziologia extra-traumatica (doc. 92, risposta ai quesiti n. 1.3 e 1.5). È stata peraltro esclusa la presenza di una diagnosi psichiatrica (doc. 92, risposta al quesito n. 2.1). Pronunciandosi sull'aspetto eziologico, i periti hanno dichiarato che non si è in presenza di un danno alla salute organico-strutturale oggettivabile, riconducibile all'evento infortunistico occorso il 6 maggio 1989 (doc. 92, risposta al quesito n. 3.1). D'altro canto, essi hanno precisato di non poter ammettere che le conseguenze del sinistro del 29 gennaio 1994 giochino ancora un qualsiasi ruolo causale per rapporto alle condizioni di salute dell'insorgente (doc. 92, risposta al quesito n. 3.2.3). Per quanto riguarda l'aspetto neuropsicologico, il dott. phil. _____ ha sottolineato di aver riscontrato, in primo piano, delle autolimitazioni e delle inconsistenze, oggettivate in più test e confermate grazie a diversi confronti trasversali. In occasione della valutazione dei tempi di reazione espliciti, l'assicurato ha ottenuto dei risultati chiaramente peggiori che in altri test, in cui i tempi di reazione sono stati rilevati in maniera "mascherata". D'altro canto, clinicamente non è stato riscontrato alcun rallentamento psicomotorio, ciò che invece l'assicurato ha mostrato nel test di misurazione dei tempi di reazione. Nel caso in cui si considerassero i risultati di questi test, all'assicurato dovrebbe essere immediatamente negata l'idoneità alla guida. Infine, tutte le variabili che valutano la cooperazione e la plausibilità del comportamento, sono risultate estremamente sorprendenti. Nell'insieme, sempre secondo il neuropsicologo, dagli esiti dei test e dalle osservazioni cliniche fatte nell'ambito dell'esame neuropsicologico e del primo colloquio, è emerso un evidente quadro di autolimitazioni e inconsistenze, in assenza di un disturbo cognitivo "autentico", ovvero correlabile a un danno organico cerebrale. Nei test neuropsicologici eseguiti presso la Clinica di _____ nel 1994 e 1996, erano stati evidenziati dei lievi disturbi neuropsicologici, con difficoltà dell'attenzione/concentrazione da lievi a medio-gravi (nel 2015: deficit sino a gravi) e lievi deficit mnesici (nel 2015: deficit grave). Ora, un simile peggioramento delle funzioni cognitive non è plausibile prendendo in considerazione gli infortuni del 1989 e 1994, né l'assicurato soffre di un'altra patologia comportante limitazioni cognitive progredienti. Posto che anche la valutazione psichiatrica ha escluso la presenza di un disturbo psichico che potrebbe giustificare le inconsistenze e le autolimitazioni, non rimane da considerare che l'ipotesi di un comportamento consapevole, il quale può essere spiegato con i meccanismi del guadagno secondario della malattia (doc. 92, p. 32 s.). Unitamente all'impugnativa, l'assicurato ha prodotto un rapporto, datato 28 marzo 2016, del dott. _____, spec. FMH in neurologia. Trattandosi della sindrome cervicale, lo specialista consultato privatamente dal ricorrente ha sostenuto che "la protusione discale C3/C4 constatata per la prima volta nel 1994 non si può ritenere di origine traumatica. Lo stesso vale per le patologie cervicali discali e degenerative a diversi livelli constatate dal 2012 in avanti. Si può discutere il ruolo dei due traumi alla colonna cervicale nello sviluppo della patologia degenerativa cervicale attuale, a confronto di una evoluzione senza traumatismi. Un ruolo dei traumi predisponente a un maggiore sviluppo di patologie di tipo degenerativo è con molta probabilità da considerare." (doc. A 2, p. 19 s.). A proposito della sindrome lombare, il dott. _____ ha dichiarato che "la sintomatologia lombare ancora oggi presente e documentata negli atti è da ritenere cronica e di origine degenerativa. È possibile che il trauma/i traumi subiti dal paziente abbiano influenzato in modo negativo l'evoluzione della sindrome dolorosa riferibile alla patologia degenerativa a livello lombare, ma con molta probabilità la patologia è di tipo degenerativo,

non post-traumatica.” (doc. A 2, p. 20). Per quanto concerne la problematica interessante la spalla sinistra, secondo il neurologo interpellato dall’assicurato, “la diagnosi di impingementsyndrom della spalla sinistra (25.02.2013) è da ritenere sicura, anche in considerazione dei referti della artro-RM del 14.11.2013. All’origine della sindrome ci possono essere traumi e lesioni di tipo degenerativo. Questa patologia è di competenza ortopedica, dal punto di vista della mia esperienza riabilitativa ortopedica ritengo possibile un ruolo del trauma alla spalla sinistra come fattore predisponente lo sviluppo/l’accelerazione per l’apparizione della patologia degenerativa.” (doc. A 2, p. 21). In merito ai deficit cognitivi, il dott. _____ ha segnalato che “le informazioni a disposizione agli atti sul decorso depongono per una continuità dei disturbi cognitivi accusati dal paziente anche oltre il 1994, riferiti dal paziente in modo coerente lungo tutti questi anni. L’incidente del 1994 non ha causato un nuovo trauma cranio-encefalico, ma con l’avvento di una nuova fase post-traumatica caratterizzata da algie in diversi distretti corporali, può aver avuto un influsso negativo sull’adattamento alla presenza dei deficit cognitivi. Con grande probabilità i deficit cognitivi riferiti dal paziente sino ad oggi e evidenziati con valutazione dettagliata neuropsicologica del 1994 e del maggio 1996 sono da riferire al trauma cranio-encefalico del 1989. La valutazione neuropsicologica eseguita nell’ambito della perizia del marzo 2015 (_____) è stata giudicata da chi l’ha eseguita come non rappresentante il profilo cognitivo attuale del peritando, dunque – se ci si basa sui documenti agli atti – ci si deve basare per giudicare il profilo cognitivo del paziente sulla valutazione del dicembre 1994 e del maggio 1996, come detto senza dubbio corrette, e sulle informazioni anamnestiche successive. I risultati della valutazione del marzo 2015 non può dunque neanche essere considerata per valutare l’evoluzione dei disturbi (p. 33, perizia _____).” (doc. A 2, p. 18). Il neurologo ha quindi concluso che “i deficit neuropsicologici sono con molta probabilità da attribuire ai postumi infortunistici.” (doc. A 2, p. 22). Invitato a pronunciarsi sul contenuto della perizia amministrativa, il dott. _____ ha osservato che in quest’ultima “... non viene persa un’occasione per sottolineare questa valutazione del comportamento del peritando (insufficiente collaborazione o esagerazione dei sintomi, ndr.). Devo dire che io non ho mai avuto questa impressione, ma di un paziente con una sua sofferenza, con semmai a tratti difficoltà a concentrarsi sui compiti dati e a ricordare anche aspetti importanti della sua storia clinica. Ci si può dunque giustamente chiedere se questo profilo cognitivo manifestato nella pratica non sia da riferire ai disturbi cognitivi postraumatici del paziente, ciò che io penso sia il caso. Il paziente mostra una buona comprensione dei compiti e l’assenza (dal mio punto di vista di neurologo) di apparenti disturbi psichiatrici (a questa conclusione arriva anche lo psichiatra che ha esaminato il paziente nell’ambito della perizia _____). Il collega neurologo (p. 20, prime linee) attesta al paziente una buona cooperazione, anche se nella prova della forza dell’arto superiore/mano (terz’ultimo paragrafo p. 20) il collega suppone addirittura un tentativo cosciente d’inganno da parte del paziente. Al collega psichiatra, il paziente ha dato l’impressione di non aver fatto delle riserve nelle risposte alle domande. Il Dr. _____ riferisce (p. 18 e 19) di diverse occasioni (ca. 9 volte) nelle quali il paziente gli ha dato l’impressione di esagerare i suoi disturbi. Siamo di fronte a valutazioni diverse della collaborazione offerta dal paziente. Le valutazioni negative sono quelle degli esami fatti il 2. giorno del lavoro peritale, ci si può chiedere quale ruolo abbia giocato – oltre ai suoi deficit cognitivi – la stanchezza riferita dal paziente e concernente il secondo giorno del soggiorno a _____.” (doc. A 2, p. 24).

2.8. Per costante giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale

l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale mentre invece nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (cfr. RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STFA U 259/02 dell'8 luglio 2003 consid. 2.1.1; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in BJM 1989, p. 30ss.). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10 p. 33 ss. e RAMI 1999 U 356 p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. In una sentenza 8C_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve, a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. Trattandosi invece di perizie affidate dagli assicuratori sociali, durante la procedura amministrativa, a medici esterni all'amministrazione o a servizi specializzati indipendenti, esse godono di piena forza probatoria, a condizione che non esistano indizi concreti che ne mettano in dubbio l'affidabilità (cfr. STF 8C_862/2014 del 2 aprile 2015 consid. 3.2 e riferimenti ivi citati). Per quel che concerne il valore probante di un rapporto medico, determinante è che esso sia completo sui temi sollevati, che sia fondato su esami approfonditi, che tenga conto delle censure sollevate dalla persona esaminata, che sia stato redatto in piena conoscenza dell'anamnesi, che sia chiaro nella presentazione del contesto medico e che le conclusioni dell'esperto siano motivate (cfr. SVR 2002 IV Nr. 21 p. 63; DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191ss.; DTF 122 V 160 ss., consid. 1c e riferimenti). L'elemento rilevante per decidere circa il valore probante, non è né l'origine del mezzo di prova né la sua designazione quale rapporto oppure quale perizia, ma semplicemente il suo contenuto (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti). È infine utile osservare che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va, tuttavia, precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (cfr. STFA I 811/03 del 31 gennaio 2005, consid. 5 in fine; STFA I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV Nr. 10 p. 35 consid. 4b). 2.9. Chiamato a pronunciarsi nella concreta evenienza, questo Tribunale rileva innanzitutto che, nel gennaio 2015, l'amministrazione ha incaricato l'_____ di periziare l'assicurato (cfr. doc. 154), nel rispetto della procedura di cui all'art. 44 LPG (cfr. doc. 153). Contro tale provvedimento, RI 1 non ha sollevato né motivi formali di ricusa dei periti (ovvero quelli che sono suscettibili di generare dubbi

circa la loro imparzialità), né motivi materiali contro la perizia in quanto tale oppure contro gli esperti designati, segnatamente per quanto riguarda la loro competenza professionale. Stante ciò, l'insorgente è, in questa sede, malvenuto a sollevare dei dubbi circa l'imparzialità degli esperti incaricati dall'istituto assicuratore (cfr. doc. I, p. 7: "La _____ è la ragione sociale della ditta individuale dello psicologo _____ in cui altri medici chiamati ad esprimersi agiscono come mandanti di quest'ultimo. Personalmente non vediamo ove sia ragionevolmente garantita l'imparzialità di siffatta ditta individuale. Vorremmo sapere dallo psicologo _____, dati alla mano, quale parte della propria attività sia attribuita all'analisi peritale ed in quale misura coloro che fanno capo ai suoi servizi sono degli assicuratori e quanti degli assicurati."). A prescindere da quanto precede, è comunque utile segnalare che, secondo la giurisprudenza federale, un motivo di ricusazione non è dato per il solo fatto che il perito incaricato è economicamente dipendente dal mandante oppure per il solo fatto che egli svolge incarichi per conto dell'amministrazione (cfr. STF 8C_400/2013 del 31 luglio 2013 consid. 4.2, 8C_854/2012 del 4 aprile 2013 consid. 5.2 e riferimenti ivi menzionati). Fatta questa premessa, il TCA ritiene di poter fondare il proprio giudizio sulla perizia allestita dagli specialisti dell' _____, i quali hanno proceduto a un esame particolarmente approfondito della fattispecie medica, vagliando l'insieme della documentazione a disposizione, e hanno saputo esporre le loro conclusioni in modo chiaro e motivato. In particolare, dalla documentazione medica agli atti, segnatamente dalla perizia di parte elaborata dal dott. _____, non emergono indizi concreti suscettibili di sminuire il valore probatorio attribuito alla perizia dell' _____. In effetti, trattandosi dei disturbi interessanti il rachide cervicale, riguardo ai quali il dott. _____ ha sostenuto che vi sarebbe con molta probabilità da considerare un ruolo predisponente dei traumi subiti a un maggiore sviluppo delle patologie degenerative riscontrate a quel livello (cfr. doc. A 2, p. 20), questa Corte rileva che, in merito a questo aspetto, il TF ha già precisato che, non soltanto in caso di aggravazione traumatica di uno stato degenerativo preesistente non manifesto alla colonna vertebrale (STF 8C_326/2008), ma pure in caso di alterazioni degenerative della colonna vertebrale sopraggiunte soltanto dopo l'infortunio (in quella fattispecie, l'assicurata, vittima di un trauma d'accelerazione cervicale, aveva in effetti preteso che l'infortunio costituisse una causa parziale d'alterazioni degenerative sviluppatasi soltanto dopo di esso), occorre ammettere, in via di massima, che un rapporto di causalità non è più dato dopo un anno (cfr. STF 8C_677/2007 del 4 luglio 2008 consid. 6.2, pubblicata in SVR 2009 UV Nr. 1, p. 1 ss.). In concreto, l'assicuratore resistente ha riconosciuto il proprio obbligo a prestazioni sino al mese di luglio 2015, quindi abbondantemente oltre l'anno stabilito dalla giurisprudenza federale. Sempre in questo contesto, non può neppure essere ignorato che, con rapporto del 31 ottobre 2013, il dott. _____, Capoclinica di neurochirurgia presso la _____ di _____, ha indicato che, alla luce della diagnosi e dei dati anamnestici, non si poteva ammettere un nesso causale tra i disturbi denunciati dall'assicurato al rachide cervicale e un qualsiasi infortunio (cfr. doc. 85). Per quanto concerne la problematica lombare, il neurologo privatamente consultato dal ricorrente, dopo aver ammesso l'origine squisitamente morbosa delle alterazioni degenerative oggettivate a quel livello, si è espresso in termini di mera possibilità a proposito del ruolo giocato dai traumi sulla sintomatologia algica legata alla patologia degenerativa stessa (cfr. doc. A 2, p. 20: "È possibile che il trauma/i traumi subiti dal paziente abbiano influenzato in modo negativo l'evoluzione della sindrome dolorosa riferibile alla patologia degenerativa ..."), ciò che non basta dal profilo probatorio.

Comunque, anche qualora si volesse riconoscere un ruolo scatenante all'uno e/o all'altro degli infortuni occorsi all'assicurato, occorrerebbe considerare che, secondo un'affermata giurisprudenza, un aggravamento post-traumatico (senza lesione strutturale associata) di uno stato degenerativo anteriore della colonna vertebrale, precedentemente asintomatico, cessa di produrre i propri effetti trascorsi dai sei ai nove mesi, al più tardi dopo un anno (cfr. SVR 2009 UV n 1 p. 1; STF 8C_562/2010 del 3 agosto 2011 consid. 5.1, 8C_314/2011 del 12 luglio 2011 consid. 7.2.3, 8C_416/2010 del 29 novembre 2010 consid. 3.3 e 8C_679/2010 del 10 novembre 2010 consid. 3.3). Per quanto riguarda i disturbi che riguardano la spalla sinistra, il dott. _____ ha dichiarato possibile che l'evento infortunistico del gennaio 1994 abbia agito quale "... fattore predisponente lo sviluppo/l'accelerazione per l'apparizione della patologia degenerativa." (doc. A 2, p. 21). Anche in questo caso, quanto fatto valere dallo specialista in neurologia non basta a dimostrare l'esistenza di un legame causale naturale, neppure parziale, tra l'evento in questione e la problematica alla spalla sinistra (e, quindi, nemmeno a suscitare dubbi circa l'affidabilità dell'apprezzamento enunciato dall'ortopedico dott. _____ – doc. 92, p. 30: "Aufgrund der anamnestischen Angaben und der heutigen klinischen Befunde ist auch ein leichtes subakromiales Impingement der linken Schulter zu postulieren, dies ist ebenfalls unfallfremd." – il corsivo è del redattore). Trattandosi infine dei problemi cognitivi, secondo il TCA, le considerazioni enunciate al riguardo dal dott. _____ non contribuiscono a generare dei dubbi circa la fondatezza delle risultanze della valutazione neuropsicologica svolta presso l'_____. Innanzitutto, va sottolineato che dal suo rapporto datato 28 marzo 2016 non risulta che egli abbia proceduto a una valutazione dello stato cognitivo dell'insorgente, facendo infatti riferimento agli esiti di quelle eseguite un ventennio fa (1994 e 1996) presso la Clinica di riabilitazione di _____ (cfr. doc. A 2). D'altro canto, il dott. _____ ha evidenziato il fatto che, a giudizio dello stesso dott. phil. _____, la valutazione neuropsicologica da lui eseguita non rappresenta il profilo cognitivo dell'assicurato (doc. A 2, p. 18). In proposito, questo Tribunale rileva che il neuropsicologo in questione ha in effetti sostenuto che non può essere ammesso che le prestazioni rilevate ai test corrispondano alle effettive risorse di cui dispone l'insorgente (cfr. doc. 92, p. 23: "Der Versicherte war damit nachweislich nicht ausreichend kooperativ und nicht in angemessener Weise um gute Testleistungen bemüht, sodass nicht davon ausgegangen werden kann, dass die gemessenen Testleistungen gut mit seinem tatsächlichen Leistungsvermögen übereinstimmen."), tuttavia la conseguenza non può essere quella che auspica il neurologo interpellato dall'assicurato, ovvero che occorrerebbe distanziarsi dalle relative risultanze per far capo alle valutazioni di _____, vecchie di un ventennio. In effetti, il dott. phil. _____ ha ben spiegato che i rilevanti deficit mostrati dal ricorrente nell'esecuzione dei test sono in realtà l'espressione d'inconsistenze e autolimitazioni, la cui esistenza è peraltro stata confermata mediante confronti trasversali. È dunque in questo senso che va intesa la sua affermazione secondo cui la valutazione neuropsicologica non corrisponde al reale profilo cognitivo di RI 1 e la conclusione secondo la quale egli presenta una totale capacità lavorativa dal profilo neuropsicologico. Inoltre, neppure la tesi secondo la quale le turbe cognitive sarebbero da imputare all'evento infortunistico del maggio 1989 (cfr. doc. A 2, p. 18: "Con grande probabilità i deficit cognitivi riferiti dal paziente sino ad oggi e evidenziati con valutazione dettagliata neuropsicologica del 1994 e del maggio 1996 sono da riferire al trauma cranio-encefalico del 1989." – il corsivo è del redattore) è convincente. Dalla pregressa documentazione emerge in effetti che esse sono state segnalate, per la prima volta, soltanto

nel mese di maggio 1994 (cfr. doc. 25) - dunque a distanza di cinque anni dal sinistro -, periodo durante il quale l'assicurato è stato in grado di concludere un apprendistato di assistente di vendita (a metà agosto 1989) e di svolgere la propria professione (con alcune interruzioni, comunque non dovute a problemi di natura cognitiva), ciò che parla piuttosto a sfavore dell'esistenza di una relazione di causalità naturale con l'evento traumatico in discussione. In questo contesto, è utile segnalare che, secondo una costante giurisprudenza, più il tempo trascorso fra l'infortunio e la manifestazione dell'affezione è lungo e più le esigenze riguardanti la prova del legame di causalità naturale devono essere severe (cfr. RAMI 1997 U 275, p. 188 ss.; STF 8C_592/2016 del 1° dicembre 2016 consid. 2.2 e riferimenti ivi citati). In esito a tutto quanto precede, secondo il TCA, è dimostrato, perlomeno con 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 al più tardi al momento in cui l'assicuratore convenuto ha posto fine alle proprie prestazioni (31 luglio 2015), il ricorrente non presentava più alcun postumo residuale invalidante degli infortuni occorsigli nel 1989 e 1994. In queste condizioni, l'CO 1 era dunque legittimata a sopprimere pro futuro la rendita d'invalidità in vigore.

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