

TI_GERICHTE 35.2017.101 vom 9. Juli 2018

TI Tribunale d'appello, 2018-07-09, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2017.101

FR: TI_GERICHTE 35.2017.101 du 9 juillet 2018

IT: TI_GERICHTE 35.2017.101 del 9 luglio 2018

Regeste

L'istituto non ha approfondito se disturbi psi di cui soffre l'assicurato correlano con un danno alla salute oggettivamente e, nell'affermativa, se quest'ultimo costituisce una conseguenza naturale del sinistro. Nel qual caso non può essere escluso di dover parimenti ammettere il carattere adeguato

Erwägungen

E. 29

cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata). Nella concreta evenienza, il ricorrente non ha formulato un'esplicita richiesta di indire un pubblico dibattimento, ma ha semplicemente chiesto un'udienza per essere sentito dinanzi al TCA insieme alla moglie, formulando di fatto una richiesta di assunzione di prove, nella forma dell'interrogatorio di parte. Il TCA può esimersi dal sentire l'assicurato in udienza, dando seguito al richiesto interrogatorio di parte, in quanto superfluo ai fini dell'esito della vertenza (cfr. STF 8C_525/2016 del 27 settembre 2017, consid. 2.3; 8C_186/2017 del 1° settembre 2017, consid. 2.3; 8C_64/2017 del 27 aprile 2017, consid. 4.2; 8C_723/2016 del 30 marzo 2017, consid. 3.2; STF I/472/06 del 21 agosto 2007, I 472/06, consid. 2; cfr. STCA 32.2013.139 del 23 maggio 2014, consid. 2.6). Parimenti dicasi per la richiesta audizione testimoniale della moglie. 2.3. Disturbi psichici: causalità naturale e adeguata con l'infortunio del 7 luglio 2010? 2.4. Secondo l'art. 6 cpv. 1 LAINF, per quanto non previsto altrimenti dalla legge, le prestazioni assicurative sono effettuate in caso d'infortuni professionali, d'infortuni non professionali e di malattie professionali. Il diritto alle prestazioni risultante da un infortunio assicurato presuppone l'esistenza di un nesso di causalità naturale tra l'evento dannoso e il danno alla salute. Questa condizione è adempiuta 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 conditio 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 (DTF 129 V 177 consid. 3. p. 181, 402 consid. 4.3 p. 406). 2.5. Se un infortunio ha semplicemente scatenato un processo che sarebbe comunque insorto anche senza questo evento, il nesso di causalità naturale tra i disturbi accusati dall'assicurato e l'infortunio deve essere negato se lo stato morboso preesistente è ritornato ad essere quello che era prima

dell'infortunio (status quo ante) oppure se ha raggiunto lo stadio che sarebbe prima o poi subentrato anche senza l'infortunio (status quo sine) (RAMI 1992 U 142 p. 75 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). Il solo fatto che la sintomatologia sia apparsa soltanto dopo un infortunio, non basta per stabilire un rapporto di causalità naturale con questo medesimo infortunio (ragionamento “ post hoc, ergo propter hoc ”; cfr. DTF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341s.; RAMI 1999 U 341 p. 408s. consid. 3b). Occorre di principio ricercarne l'eziologia e verificare, su questa base, l'esistenza del nesso di causalità con l'evento assicurato. Pertanto, in materia d'infortunio del tipo “colpo di frusta” alla colonna cervicale, di trauma equivalente oppure di trauma cranio-cerebrale , senza dimostrazione di un sostrato organico oggettivabile, l'esistenza di un legame causale naturale tra l'infortunio e l'incapacità lavorativa o di guadagno, deve di principio essere ammessa in presenza di un quadro clinico tipico caratterizzato da disturbi multipli, quali diffusi mal di testa, vomito, vertigini, disturbi della concentrazione e della memoria, facile stanchevolezza, disturbi visivi, irritabilità, labilità affettiva, depressione, cambiamento della personalità, ecc.. L'esistenza di un infortunio di questo tipo così come delle sue conseguenze, presuppone delle attendibili certificazioni medico-specialistiche (cfr. DTF 119 V 335 consid. 1, 117 V 359 consid. 4b; in merito alle misure istruttorie necessarie, si veda la DTF 134 V 109 consid. 9 p. 122s.).

2.6. Il diritto alle prestazioni assicurative presuppone pure l'esistenza di un nesso di causalità adeguata tra l'evento dannoso e il danno alla salute. In caso di danno alla salute fisica, il nesso di causalità adeguata è generalmente ammesso, dal momento in cui è accertata la causalità naturale (cfr. DTF 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103). Per contro, la giurisprudenza ha elaborato più criteri per valutare l'adeguatezza del nesso di causalità tra un infortunio e dei disturbi psichici sviluppati successivamente dalla vittima. Essa ha dapprima classificato gli infortuni in tre categorie, a seconda della dinamica: gli infortuni insignificanti o leggeri (per esempio, una caduta o scivolata banale), gli infortuni di media gravità e gli infortuni gravi. Per procedere a tale classificazione, non si deve considerare il modo in cui l'infortunio è stato vissuto dall'interessato ma piuttosto l'evento traumatico in quanto tale da un punto di vista oggettivo. In presenza di un infortunio di media gravità, occorre prendere in considerazione un certo numero di criteri, di cui i più importanti sono: - le circostanze concomitanti particolarmente drammatiche o la particolare spettacolarità dell'infortunio; - la gravità o particolare caratteristica delle lesioni lamentate, segnatamente la loro idoneità, secondo l'esperienza, a determinare disturbi psichici; - la durata eccezionalmente lunga della cura medica; - i disturbi somatici persistenti; - la cura medica errata che aggrava notevolmente gli esiti dell'infortunio; - il decorso sfavorevole della cura e le complicazioni rilevanti intervenute; - il grado e la durata dell'incapacità lavorativa dovuta alle lesioni fisiche. Non in ogni caso è necessario che tutti i criteri appena menzionati siano presenti. La presenza di un unico criterio può bastare per ammettere l'adeguatezza del nesso di causalità quando l'infortunio va classificato fra quelli al limite della categoria degli eventi gravi. Per contro, in presenza di un infortunio che si situa al limite di quelli insignificanti o leggeri, le circostanze da considerare devono cumularsi oppure rivestire un'importanza particolare affinché si possa ammettere il carattere adeguato del nesso di causalità (DTF 115 V 140s., consid. 6c/aa e bb e 409s., consid. 5c/aa e bb, 117 V 384, consid. 4c; RAMI 2002 U 449, p. 53ss. consid. 4a).

2.7. In presenza di un infortunio del tipo “colpo di frusta” alla colonna cervicale, di un trauma equivalente oppure di un trauma cranio-cerebrale, senza prova di deficit funzionale organico, i criteri della

causalità adeguata devono essere esaminati senza differenziare le componenti psichiche da quelle somatiche, e ciò contrariamente a quanto avviene trattandosi di disturbi psichici insorti a seguito di un infortunio, per i quali vanno considerati unicamente gli aspetti organici (cfr. DTF 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103 e SVR 2007 UV 8 p. 27, consid. 2ss.).

2.8. Nella DTF 134 V 109, già citata in precedenza, il Tribunale federale ha precisato, da più punti di vista, la propria giurisprudenza riguardante la valutazione della causalità in caso di disturbi organici non oggettivabili e, specificatamente, quella elaborata in materia di traumi d'accelerazione al rachide cervicale, di traumi equivalenti oppure di traumi cranio-cerebrali. In quel giudizio, l'Alta Corte ha innanzitutto confermato la necessità di procedere a un esame particolare dell'adeguatezza in presenza di infortuni che hanno comportato tali lesioni (consid. 7-9). Il Tribunale federale ha inoltre stabilito che non vi è ragione di modificare i principi relativi alla classificazione degli infortuni a seconda del loro grado di gravità e all'eventuale presa in considerazione di ulteriori criteri nell'esame dell'adeguatezza a dipendenza della gravità dell'infortunio (consid. 10.1). La Corte federale ha invece accresciuto le esigenze relativamente alla prova dell'esistenza di una lesione in relazione di causalità naturale con l'infortunio (consid. 9) e ha modificato in parte i criteri di rilievo per l'adeguatezza (consid. 10). Per quanto riguarda il nesso di causalità naturale, il TF ha segnatamente ricordato che, accanto ai casi in cui un chiaro miglioramento dello stato di salute subentra già dopo breve tempo e che perciò pongono raramente dei problemi nell'applicazione del diritto, vi sono i casi in cui i disturbi perdurano più a lungo, sino alla loro cronicizzazione. Per questi ultimi, è indicato disporre rapidamente - di regola dopo circa sei mesi di persistenza dei disturbi -, una perizia pluri-/interdisciplinare (di tipo neurologico/ortopedico, psichiatrico e, eventualmente, neuropsicologico; in caso di questioni specifiche e per escludere diagnosi differenziali sono pure indicati accertamenti otoneurologici, oftalmologici, ecc.), allestita da medici specialisti che godono di un'esperienza specifica con questo genere di lesioni. Relativamente alla causalità adeguata, l'Alta Corte ha rielaborato i criteri di rilievo, principalmente quelli che contengono una componente temporale e, in secondo luogo, quelli che nella pratica si sono dimostrati troppo poco chiari. Il relativo nuovo elenco si presenta quindi nel modo seguente: - le circostanze concomitanti particolarmente drammatiche o la particolare spettacolarità dell'infortunio; - la gravità o particolare caratteristica delle lesioni lamentate; - la specifica cura medica protratta e gravosa; - i notevoli disturbi; - la cura medica errata che aggrava notevolmente gli esiti dell'infortunio; - il decorso sfavorevole della cura e le complicazioni rilevanti intervenute; - la rilevante incapacità lavorativa malgrado la dimostrazione degli sforzi compiuti. Nonostante ciò che precede, la giurisprudenza citata al considerando 2.4. (DTF 115 V 133 e 403) si applica anche in caso di traumi d'accelerazione al rachide cervicale, di traumi equivalenti oppure di traumi cranio-cerebrali, se i disturbi psichici insorti dopo l'infortunio appaiono chiaramente come un danno alla salute distinto e indipendente dal quadro clinico tipico consecutivo a un trauma d'accelerazione al rachide cervicale, a un trauma equivalente oppure a un trauma cranio-cerebrale (cfr. RAMI 2001 U 421 p. 79 consid. 2b).

2.9. La più recente giurisprudenza federale applica la prassi relativa all'evoluzione psichica abnorme conseguente a infortunio nei casi in cui l'esistenza dei disturbi denunciati dalla persona assicurata è stata attestata da medici specialisti, ma non oggettivata mediante accertamenti strumentali e radiologici scientificamente riconosciuti. Secondo l'Alta Corte, in quei casi, l'assenza di postumi organici oggettivabili non esclude a priori l'esistenza di un nesso di causalità naturale con l'evento traumatico in questione (cfr. SVR 2012 UV n. 5 p. 17ss. consid. 5.1 e riferimenti ivi menzionati). L'esame della causalità

naturale viene però momentaneamente sospeso, per procedere a un esame particolare dell'adeguatezza del nesso causale. Se da tale esame emerge non essere dato il necessario nesso di causalità adeguata, si può rinunciare a esperire ulteriori indagini sulla questione della causalità naturale tra l'infortunio e i disturbi lamentati (DTF 135 V 465 consid. 5.1). Ad esempio, questo principio è stato applicato dall'Alta Corte in una sentenza 8C_267/2009 del 26 gennaio 2010 consid. 4.3, riguardante dei disturbi visivi denunciati da un assicurato che era stato spinto contro un muro da una terza persona. Ammessa l'esistenza del nesso di causalità naturale in quanto attestata da due neuro-oftalmologi attivi a livello universitario e constatata la mancata oggettivazione di un danno alla salute organico, il TF ha esaminato il caso dal profilo della causalità adeguata in applicazione della "psico-prassi" (e non di quella relativa ai traumi cranio-cerebrali siccome l'assicurato aveva lamentato una semplice contusione cranica), per giungere alla conclusione che l'adeguatezza non era data. In una sentenza 8C_291/2012 dell'11 giugno 2012, la Massima Istanza ha deciso in questo stesso modo, a proposito di una fattispecie in cui i disturbi lamentati dall'assicurato all'arto inferiore sinistro, riferibili secondo gli specialisti a un dolore neuropatico provocato dall'infortunio, non avevano potuto essere oggettivati né neurologicamente né mediante esami strumentali per immagini. Infine, nella DTF 138 V 248, il Tribunale federale, modificando la propria giurisprudenza, ha stabilito che in presenza di acufeni non attribuibili a un'affezione organica oggettivabile, il nesso di causalità adeguata con l'infortunio non può essere ammessa senza aver fatto l'oggetto di un esame particolare, al pari di quanto avviene per altri quadri clinici senza prova di deficit organico (STCA 35.2017.20 del 28 agosto 2017, consid. 2.7) . 2.10. Va qui ancora ricordato che, per poter parlare di lesioni traumatiche oggettivabili dal punto di vista organico, i risultati ottenuti devono essere confermati da indagini effettuate per mezzo di apparecchiature diagnostiche o di immagine radiologica e i metodi utilizzati riconosciuti scientificamente (STF 8C_421/2009 del 2 ottobre 2009 consid. 3 e sentenze ivi citate; cfr. pure DTF 134 V 109 consid. 9 p. 122). In questo senso, in una sentenza pubblicata in SVR 4-5/2009 UV 18, p. 69ss., il TF ha precisato che reperti clinici quali miogelosi , dolori alla digitopressione del collo oppure limitazioni nella mobilità del rachide cervicale , non possono di per sé essere qualificati quale chiaro substrato organico dei disturbi (si veda pure la STF 8C_416/2010 del 29 novembre 2010 consid. 3.2). L'Alta Corte ha, altresì, statuito che nemmeno le cefalee costituiscono la prova della presenza di un danno organico di natura infortunistica, sebbene esse possano essere classificate secondo la Classificazione Internazionale delle Cefalee (ICHD-II) della International Headache Society (cfr. SVR 2008 UV 2 p. 3; STF 8C_680/2010 del 4 febbraio 2011 consid. 3.2). In una sentenza U 273/06 del 9 agosto 2006 consid. 3.3, il TFA ha confermato che, per costante giurisprudenza, la neuropsicologia non è di per sé atta a dimostrare l'esistenza di disfunzioni cerebrali organiche derivanti da un infortunio. La giurisprudenza federale ha inoltre precisato che la diagnosi di mild traumatic brain injury viene formulata in base a determinati sintomi dopo un trauma cranico e non implica già di per sé l'esistenza di un disturbo oggettivamente dimostrabile. Se ciò fa difetto , l'adeguatezza del nesso di causalità deve essere valutata in applicazione della giurisprudenza sul "colpo di frusta" (cfr. STF 8C_101/2013 del 31 maggio 2013 consid. 6.1 e i riferimenti ivi menzionati; STCA 35.2013.83 del 20 marzo 2014, consid. 2.8) . 2.11. 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 consid. 4.4 e consid. 4.7, 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 a medici esterni all'amministrazione o a servizi specializzati indipendenti in ossequio alla procedure di cui all'art. 44 LPGA, esse godono di piena forza probatoria, a condizione che non esistano indizi concreti che ne mettano in dubbio l'affidabilità (cfr. STF 8C_839/2016 del 12 aprile 2017 consid. 3.2 e 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). 2.12. Chiamato a pronunciarsi, questo Tribunale non può, senza che prima vengano svolti ulteriori approfondimenti peritali specialistici, concordare con le conclusioni dell'amministrazione che ha negato la propria responsabilità relativamente ai " disturbi psichici " di cui è affetto il ricorrente - ritenuti dalla psichiatra fiduciaria frutto di un decondizionamento piuttosto che di sequele del trauma cranico - in assenza di una causalità adeguata, per le ragioni qui di seguito esposte. Dalle carte processuali emerge che, in data 7 luglio 2010, mentre stava lavorando, è stato colpito al viso e alla fronte da una lastra di

metallo di ca. 5 kg caduta da un'altezza di ca. 3-5 metri ed ha riportato un trauma cranio-facciale con contusione cerebrale bifrontale, ematoma sottodurale sinistro, ematoma sotto-aracnoideale nel forame magno, pneumo-encefalo e frattura pluriframmentaria complessa del viso (cfr. doc. 11, 292, 138, 170 e 222). La TAC craniale del 30 agosto 2010 ha evidenziato " Bifrontobasal und bifrontal erkennbare Substanzdefekte links betont. Mittelständiges und normalweites Ventrikelsystem " (doc. 379, pag. 8). L'assicurato ha sviluppato un disturbo neuropsicologico con limitazione della concentrazione, delle funzioni esecutive e mnestiche, nonché un disturbo organico della personalità, anosmia, ipogeusia ed una parageusia post-traumatica (cfr., in particolare, doc. 138). Il 16 dicembre 2011 ha avuto luogo la visita medica _____, eseguita dal dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia ortopedica e medico di _____, che ha concluso quanto segue: " Non posso escludere uno scompenso psicologico in relazione causale con l'incidente che inciderebbe sulla capacità lavorativa. Per tale problematica occorre una valutazione specialistica psichiatrica " (doc. 180). Il 21 marzo 2012 l'assicurato è stato visitato dalla dr.ssa med. _____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia e medico fiduciario della CO 1, che ha concluso, nella relativa valutazione del 12 luglio 2012, quanto segue: " (...) La sintomatologia presente - principalmente un certo rallentamento, deficit cognitivi ed un'aumentata irritabilità - sono da considerare nell'ambito della sindrome psico-organica, ben documentata negli atti. Concludendo: al momento attuale non sussistono un disturbo psichico di rilevanza clinica né una riduzione della capacità lavorativa per cause psichiatriche (...) " (doc. 222). Il 30 giugno 2014 ha avuto luogo la valutazione neuropsicologica di controllo presso la Clinica _____ di _____ che ha concluso quanto segue: " (...) a quasi 4 anni di distanza dal trauma cranio cerebrale del 07.07.2010 (...) dei moderati deficit cognitivi a predominanza esecutiva ed attentiva. Considerato il tempo trascorso dall'incidente, riteniamo che la situazione sia stabile. I deficit residui devono essere considerati di entità lieve secondo la Tabella 8 della SUVA. Da un punto di vista neuropsicologico, la ripresa del lavoro non è controindicata purché si tenga conto delle limitazioni del paziente valutando le mansioni che gli possono venire affidate e che gli vengano concesse delle pause durante il giorno. (...) attualmente non ci sono più indicazioni in favore di una presa in carico neuropsicologica (...) " (doc. 341). Il 15 dicembre 2014 il dr. med. _____, specialista FMH in neurologia e responsabile del gruppo di neurologia della _____ della CO 1 a _____ ha redatto una valutazione neurologica (doc. 379), osservando, tra l'altro, quanto segue: " Bilddokumentation (Bilder liegen elektronisch vor). Kraniale Computertomographien vom 07.07.2010 um 5:59 Uhr und Kontrolle um 14:24 Uhr (Radiologie Universitätsspital Zürich): Erkennbare Frakturen des Mittelgesichts links betont mit Beteiligung Orbita beidseits, Sinus maxillaris und Sinus frontalis und frontal mit kleinen Lufteinschlüssen und vorwiegend links frontal gelegene hyperintense Signalveränderungen als Hinweis auf intraparenchymale Einblutungen. Leichte Mittellinienverlagerung nach rechts bei leicht asymmetrischem Ventrikelsystem zugunsten links. Kraniale Computertomographie vom 08.07.2010 (Radiologie Universitätsspital _____): Postoperative Verlaufskontrolle nach Exstirpation der intrakraniellen Blutung links betont und Reposition der Mittelgesichtsfrakturen. Erkennbare Lufteinschlüsse im Operationsgebiet ohne Hinweise auf grössere Nachblutungen. Kraniale Computertomographie vom 30.08.2010 (Radiologie Universitätsspital _____): Bifrontobasal und bifrontal erkennbare Substanzdefekte links betont. Mittelständiges und normalweites Ventrikel-system." (n.d.r.: il grassetto non è della redattrice). Il medico fiduciario dell'CO 1 ha quindi concluso che: " Auf

neurologischem Fachgebiet zog sich der Versicherte durch den Unfall vom 07.07.2010 eine traumatische Hirnverletzung bifrontal links betont zu. Darüber hinaus ist unter Berücksichtigung der Befunde der Bildgebung fachübergreifend auf neurologischem Fachgebiet und ORL-Fachgebiet überwiegend wahrscheinlich von einer posttraumatischen Anosmie auszugehen. Die Hypogeusie kann im Rahmen der Anosmie in einem indirekten Zusammenhang zum Unfall bestehen, durch eine traumatische Hirnverletzung kann sie nicht erklärt werden. Eine Schmerzsymptomatik in Zusammenhang mit den Mittelgesichtsfrakturen ergibt sich aus der medizinischen Dokumentation nicht. Anamnestisch wurden rezidivierend auftretende Gesichtsschwellungen beschrieben, die jedoch in keinem ärztlichen Befund dokumentiert wurden und gemäss Beurteilung von Herrn Dr. _____ vom 11.12.2012 allenfalls durch eine vorbestehende Tränenwegsstenose links erklärt werden können. Die leichten kognitiven Beeinträchtigungen verbunden mit den Verhaltensauffälligkeiten stehen bei einer nachgewiesenen Frontalhirnverletzung links überwiegend wahrscheinlich in einem kausalen Zusammenhang zum Unfall vom 07.07.2010 und haben einen Einfluss auf die berufliche Leistungsfähigkeit des Versicherten. (...) kann zu der Frage der Integritätsentschädigung bereits zum jetzigen Zeitpunkt Stellung genommen werden, da die unfallbedingte organische Grundlage der kognitiven Beeinträchtigungen und der Verhaltensauffälligkeiten nicht angezweifelt werden muss. (...)" La TAC craniale del 14 aprile 2015 che, confrontata con quella del 30 agosto 2010, ha evidenziato quanto segue: " Postkontusionelle fronto-basale Defekte bds., links mehr als recht soweit bei unterschiedlicher Untersuchungsmodalität vergleichbar im Wesentlichen konstant und ohne relevante residuelle Hämosiderin-Depositionen. Keine weiteren postkontusionellen Läsionen. Mehrere unspezifische Marklagerveränderungen, links parietal im tiefen Marklager auch gruppiert, vom Aspekt her mikroangiopatisch imponierend." (doc. 396) Il 28 luglio 2015 ha avuto luogo la visita medica _____ di chiusura, eseguita dal dr.ssa med. _____, specialista FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore (doc. 409), che ha posto la diagnosi di: " trauma isolato cranio cerebrale del 07.07.2010 con/su: focolaio di contusione frontale sinistra, meno a destra; ematoma sub-durale sinistro; sospetto di emorragia sub-aracnoideale del forame magno, fratture pluri-frammentarie viso con interessamento dell'orbita bilateralmente, del seno mascellare, seno frontale con impressione verso endo-craniale; frattura osso nasale; frattura frontale, enumo encefalo; 08.07.2010 intubazione sub-mentale, craniotomia osteoplastica, evacuazione dei focolai di contusione, copertura fronto-basale con dura e periosteo, reposizione e osteosintesi delle fratture di impressione osteo-frontale zigomatico bilateralmente, osso nasale; 05.05.2001 osteotomia Lefort 1 con plastica di spugnosa della cresta iliaca destra in disgnazia scheletrica post-traumatica; attualmente: sospetto di sovraccarico frontale mascellare per mancanza d'occlusione nella parte laterale; disturbo neuropsicologico residuo da lieve a media entità con deficit cognitivi ed alterazione del comportamento. Anosmia ipogeuisia, parageuisia post-traumatica ". Dopo aver rilevato che le alterazioni degenerative della colonna lombare non sono state causate dall'infortunio, il medico fiduciario ha concluso per una capacità lavorativa al 50% con presenza tutto il giorno nell'attuale attività abituale rispettivamente ha posto l'esigibilità lavorativa ritenendolo abile al 100% da subito in un'attività adeguata entro i limiti dell'esigibilità posta. Il 23 giugno 2016 il dr. med. _____ ha redatto una valutazione neurologica (doc. 441), osservando, tra l'altro, quanto segue: " Bilddokumentation (...) 14.04.2015 Kraniale Magnetresonanztomographie, Neuroradiologie Universitätsspital Zürich: Die

Untersuchung wurde einschliesslich hämosiderinsensibler Sequenzen durchgeführt. Der Befund von Frau Dr. Faehndrich und Herrn Prof. Wichmann ist nachvollziehbar. Im Vergleich zu den vorbestehenden kranialen Computertomographien bestätigt sich eine traumatische Hirnverletzung mit Nachweis eines Substanzdefektes und angrenzender Gliose bifrontal links betont. Darüber hinaus kommen unspezifische Marklagerveränderungen, am ehesten mikroangiopathisch bedingt, zur Darstellung. Beurteilung An den Schlussfolgerungen der neurologischen Beurteilung vom 15.12.2014 kann festgehalten werden. Auch unter Berücksichtigung der nun vorliegenden kranialen Magnetresonanztomographie vom 14.04.2015 kann festgestellt werden, dass sich der als Monteur angestellte Versicherte durch den Unfall vom 07.07.2010 eine traumatische Hirnverletzung bifrontal links betont zugezogen hat. Abgestützt auf die Befunde der Bildgebung und die klinischen Untersuchungsbefunde kann, das neurologische Fachgebiet betreffend, somit weiterhin von einer leichten kognitiven Gesundheitsbeeinträchtigung und einer Anosmie in überwiegend wahrscheinlichem Kausalzusammenhang zum Unfall vom 07.07.2010 ausgegangen werden. Schlussfolgerung Auch unter Berücksichtigung der nun vorliegenden kranialen Magnetresonanztomographie vom 14.04.2015 kann an den Schlussfolgerungen der neurologischen Beurteilung vom 15.12.2014 festgehalten werden. (...). Das neurologische Fachgebiet betreffend ist dem Versicherten unter Berücksichtigung einer unfallbedingten leichten kognitiven Gesundheitsbeeinträchtigung mit eingeschränkter mentaler Flexibilität eine berufliche Tätigkeit als Monteur ganztags mit zusätzlichen Pausen von schätzungsweise ein bis maximal zwei Stunden pro Tag (vergleiche Bericht über neuropsychologische Untersuchung vom 30.06.2014) zumutbar. Eine genauere Angabe zu den notwendigen Pausen ist nicht möglich, da diesbezüglich keine zuverlässigen Angaben der zur Verfügung stehenden Dokumentation zu entnehmen sind. " (ndr: il grassetto non è della redattrice). Il 27 luglio 2016 l'assicurato è stato nuovamente visitato dalla dr.ssa med. _____ che ha posto la diagnosi di " Disturbo di personalità organico (ICD-10 F07.0) ", rilevando quanto segue: " Il 30.06.2014 è stata eseguita una valutazione neuropsicologica, che ha evidenziato moderati deficit cognitivi a predominanza esecutiva ed attentiva considerati di entità lieve. La situazione è stata valutata stabilizzata e la ripresa del lavoro come "non controindicata, purché si tenga conto delle limitazioni dell'assicurato (...) e gli vengano concesse delle pause durante il giorno". Dall'aprile a fine novembre 2014 l'assicurato ha lavorato al 50% presso la ditta per cui lavorava al momento dell'incidente, ma nonostante il sostegno dei colleghi faceva fatica, si stancava molto e, anche se pensava di essere come prima, rendeva poco. Dal dicembre 2014 a fine febbraio 2015 è stato in malattia e quando nel mese di marzo si è ripresentato al lavoro è stato licenziato per fine giugno 2015. Nel suo apprezzamento del 15.12.2014 il dott. med. _____ ha valutato che le leggere disfunzioni cognitive ed i disturbi comportamentali sono con verosimiglianza preponderante stati causati dall'infortunio del 07.07.2010 e che essi hanno un influsso sulla capacità lavorativa. Ha inoltre valutato l'anosmia come post-traumatica mentre per l'ipogeusia ha ammesso solo un nesso causale indiretto con il trauma. Ha inoltre valutato un'IMI del 35% (20% per disturbi psichici causati da traumi cerebrali di entità leggera, 15% per la perdita dell'olfatto e del gusto). (...). Considerando l'anamnesi con il trauma cranico subito e senza segni di disfunzioni cognitive precedenti, i risultati dei test neuropsicologici che hanno evidenziato moderati deficit cognitivi a predominanza esecutiva ed attentiva, quanto riferito dall'assicurato stesso e dalla moglie (all'occasione delle due visite a distanza di quasi 4 anni l'una dall'altra le affermazioni erano paragonabili) e lo stato costatato con un rallentamento generale, un eloquio molto povero ed un'energia vitale ed una psicomotricità

diminuite, si può confermare la diagnosi di un Disturbo di personalità organico F07.0. Come già all'occasione della valutazione precedente non c'erano segni di un disturbo della sfera psicotica o dell'umore. Lo stato psichico constatato all'occasione delle due visite a distanza di 4 anni l'una dall'altra era praticamente identico, cosicché si può presumere una stabilizzazione del disturbo diagnosticato. Come già valutato dal Dr. _____, il disturbo presentato dall'assicurato è con verosimiglianza preponderante causa diretta del trauma cranico del 07.07.2010. Dal lato fisico l'assicurato all'occasione della visita in _____ del 28.07.2015 è stato valutato abile al lavoro al 50% con presenza di tutto il giorno e al 100% nell'esigibilità lavorativa. All'occasione dell'ultima valutazione neuropsicologica effettuata nel dicembre 2014 - allora la situazione era stata considerata stabilizzata - erano stati evidenziati deficit cognitivi residui di entità lieve secondo la tabella 8 della Suva e in corrispondenza di ciò il Dr. _____ ha assegnato un'IMI del 20%. Sussiste una notevole discrepanza tra l'entità - lieve - dei disturbi neuropsicologici costatati e le - importanti - ripercussioni nella quotidianità descritte dalla moglie e dall'assicurato. Probabilmente la paura che sul lavoro possa capitargli un altro incidente, la paura di non essere più - dopo il trauma cranico - all'altezza dei suoi compiti, l'incertezza del mondo del lavoro per una persona che a 56 anni dovrebbe rimettersi in gioco e il massiccio sostegno della moglie, che praticamente ha assunto ogni incombenza e responsabilità hanno fatto sì che l'assicurato inconsciamente si adagiasse nel suo mondo e non sfruttasse appieno le sue capacità residue. Anche il fatto che egli ha la percezione di avere sempre più carenze ed essere sempre più limitato nel quotidiano sintomo più di un decondizionamento, che di sequele del trauma cranico. Considerando quanto riferito dall'assicurato e dalla moglie, i risultati dei test neuropsicologici e lo stato constatato all'occasione delle due visite si può affermare che sussistono alcune limitazioni della capacità lavorativa. Sono diminuite in maniera da lieve a media la capacità di adeguamento, lo spirito di iniziativa, la caricabilità, la progettualità, la concentrazione e la resistenza allo stress. Secondo quanto da lui riferito, quando nel 2014 ha ripreso il lavoro al 50% si stancava molto, faceva fatica ed aveva bisogno dell'aiuto dei suoi colleghi. L'assicurato presenta sicuramente una capacità lavorativa residua. Egli è in grado di svolgere lavori semplici, ripetitivi e precisi con chiare indicazioni in un ambiente ben strutturato. Considerando le fluttuazioni del suo stato la produttività è globalmente diminuita anche in queste attività. Complessivamente si può valutare una capacità lavorativa residua in un'attività confacente del 50%" (doc. 457; ndr: la sottolineatura è della redattrice). Stante quanto precede, la documentazione agli atti non consente di stabilire, perlomeno con il grado della verosimiglianza preponderante, se i disturbi psichici di cui soffre l'assicurato hanno la loro origine in un danno alla salute organico oggettivamente a livello cerebrale e, nell'affermativa, se quest'ultimo costituisce una conseguenza naturale del sinistro del 7 luglio 2010. Se così dovesse essere, infatti, essendo riconosciuti un disturbo psichico che trova l'origine in un danno organico e l'esistenza di un nesso di causalità naturale, dovrebbe venire parimenti ammesso il carattere adeguato del medesimo (cfr. consid. 2.6; DTF 127 V 102 consid. 5b/bb pag. 103). Da questo profilo, quindi, la presente fattispecie necessita di un complemento d'istruttoria. Va poi pure considerato che il 5 ottobre 2017 l'assicurato è stato visitato dal Prof. dott. _____, medico chirurgo, specialista in medicina legale e delle assicurazioni e direttore del Centro _____ di _____, che aveva consultato privatamente e che, nella relativa "relazione medico-legale sulla valutazione dell'invalidità da infortunio sul lavoro (CO 1) da cui è affetto il signor RI 1 ", ha attestato quanto segue: " (...) in seguito all'infortunio sul lavoro del 07.07.2010 (...) si è manifestata una grave sindrome psichica verosimilmente

frontale. Tali eventi lesivi hanno provocato anosmia, ipogeusia e parageusia ed una sindrome frontale con gravi turbe del comportamento, incapacità di astrazione e pianificazione, perseverazioni e mancanza di flessibilità nella formulazione e nell'uso di strategie cognitive nonché turbe dell'eloquio, condizioni che impediscono, di fatto, l'effettuazione di un lavoro proficuo. Ciò premesso, prima di concludere, si ritiene opportuno sottolineare che: 1. La condizione attuale non è stata influenzata da fattori esterni o preesistenti all'infortunio sul lavoro; 2. La condizione patologica è secondaria all'infortunio e che a causa dei problemi cognitivo comportamentali e di problem solving, il signor RI 1 non è in grado di svolgere né mantenere un lavoro lucrativo né sono ipotizzabili o esigibili attività lavorative in concreto; 3. Per quanto attiene alla parte psichica si ritiene opportuno ricordare la tabella Suva (...) nella quale il danno viene valutato: atteinte grave 80% atteinte très grave 100%. Tale condizione è equiparabile al codice ICD CM F70, F70.2. (...) a causa dell'infortunio sul lavoro del 07.07.2010, è residua una condizione, secondo la citata tabella SUVA, gravemente invalidante che impedisce al 100% l'attività lucrativa del sig. RI 1 " (doc. V; ndr: il grassetto non è della redattrice). Alla luce delle considerazioni espresse dallo specialista in questione, questo Tribunale ritiene che l'assicuratore LAINF, per il tramite del suo patrocinatore, non avrebbe dovuto limitarsi a comunicare al TCA che " la valutazione del Dr. _____ nemmeno è considerata dalla controparte la quale non pretende un'invalidità del 100% come da esso indicato, bensì di poco più della metà " (cfr. osservazioni del 25 ottobre 2017 di cui al doc. IX). Questo Tribunale ritiene che l'CO 1 avrebbe quantomeno dovuto sottoporre la valutazione specialistica del 5 ottobre 2017 del Prof. dott. _____, al vaglio del neurologo e della psichiatra di fiducia che si erano occupati del caso, al fine di verificare se gli stessi ritenessero o meno di modificare la propria valutazione o di predisporre degli ulteriori accertamenti medici. Non avendo approfondito se i disturbi psichici di cui soffre l'assicurato correlano con un danno alla salute oggettivabile e, nell'affermativa, se quest'ultimo costituisce una conseguenza naturale del sinistro del 7 luglio 2010 il TCA non può escludere, essendo riconosciuto un danno oggettivabile e l'esistenza di un nesso di causalità naturale, di dover parimenti ammettere il carattere adeguato del medesimo. In conclusione, stante quanto appena esposto, non potendo ritenere convincenti e pienamente probanti le considerazioni del dr. med. _____ e della dr.ssa. _____, espresse senza tuttavia disporre di tutta la documentazione medico-specialistica del caso, questo Tribunale non può, con la necessaria tranquillità, escludere che, come sostenuto dal ricorrente, i disturbi psichici di cui soffre - correlano con un danno alla salute oggettivabile e l'esistenza di un nesso di causalità naturale, dovendo quindi parimenti ammettere il carattere adeguato del medesimo - andrebbero presi in considerazione ai fini della determinazione delle prestazioni di lunga durata LAINF alle quali ha diritto. 2.13. Pertanto, per le ragioni che precedono, questa Corte, tutto ben considerato, ritiene che vi siano elementi sufficienti per sollevare quantomeno lievi dubbi circa la fondatezza delle valutazioni espresse dal dr. med. _____ e dalla dr.ssa. _____, poste alla base della decisione su opposizione impugnata (cfr. DTF 139 V 225 consid. 5.2 e DTF 135 V 465) e rendere im prescindibile la messa in atto, da parte dell'assicuratore LAINF, di un approfondimento peritale specialistico volto ad accertare se i disturbi psichici di cui soffre l'assicurato correlano con un danno alla salute oggettivabile e, nell'affermativa, se quest'ultimo costituisce una conseguenza naturale del sinistro del 7 luglio 2010. Gli atti devono, quindi essere rinviati all'amministrazione per ulteriori accertamenti. Sulla base delle relative risultanze peritali, l'assicuratore LAINF sarà poi chiamato a definire nuovamente il diritto alle prestazioni

dell'assicurato, dal profilo materiale e temporale, a contare dal 1° ottobre 2015 .

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