

TI_GERICHTE 35.2021.19 vom 7. Februar 2022

TI Tribunale d'appello, 2022-02-07, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2021.19

FR: TI_GERICHTE 35.2021.19 du 7 février 2022

IT: TI_GERICHTE 35.2021.19 del 7 febbraio 2022

Regeste

Discusso se l'amministrazione potesse, a fronte dei soli postumi infortunistici, dichiarare l'assicurato totalmente abile al lavoro (con rifiuto diritto a rendita) e assegnare un'IMI del 5%. Rinvio atti per allestimento perizia pluridisciplinare

Erwägungen

E. 21

giugno 2019 si applica il diritto anteriore.

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; STF I 707/00 del 21 luglio 2003; STF H 335/00 del 18 febbraio 2002; STF H 212/00 del 4 febbraio 2002; STF H 220/00 del 29 gennaio 2002; STF U 347/98 del 10 ottobre 2001, pubblicata in RDAT I-2002 pag. 190 seg.; STF H 304/99 del 22 dicembre 2000; STF 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. Nella concreta evenienza, è litigiosa la questione di sapere se, tenuto conto unicamente dei postumi infortunistici, l'CO 1 era legittimato a dichiarare l'assicurato totalmente abile nella sua abituale professione a contare dal 31 marzo 2020 (e, di fatto, a negargli il diritto a una rendita d'invalidità) e ad assegnargli un'IMI del 5%, oppure no. 2.3. 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. 2.4. Giusta l'art. 10 LAINF, l'assicurato ha diritto alla cura appropriata dei postumi d'infortunio (cfr. DTF 109 V 43 consid. 2a; art. 54 LAINF) e, in applicazione dell'art. 16 LAINF, l'assicurato totalmente o parzialmente incapace di lavorare (cfr. art. 6 LPGa) 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. Il diritto alle cure cessa qualora dalla loro continuazione non sia da attendersi un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato (art. 19 cpv. 1 seconda frase LAINF), un miglioramento insignificante non basta. Non vi è un sensibile miglioramento delle condizioni di salute, se la misura terapeutica in questione è in grado soltanto di alleviare momentaneamente dei dolori causati da uno stato altrimenti stazionario. Se un miglioramento non è più possibile, la cura termina e l'assicurato può pretendere una rendita d'invalidità (sempre che presenti un'incapacità di guadagno del 10% almeno). Una volta terminata la cura medica, delle misure terapeutiche possono essere assunte soltanto alle condizioni di cui all'art. 21 LAINF e soltanto se

l'assicurato è stato posto al beneficio di una rendita. Se ciò non è il caso, spetta all'assicurazione contro le malattie prendere a proprio carico il trattamento (cfr. STF 8C_50/2018 del 20 luglio 2018 e riferimenti ivi menzionati). 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). 2.5. Secondo il già citato 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 LPGa, 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. 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 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. 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 è 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). 2.6. Secondo l'art. 24 cpv. 1 LAINF, l'assicurato ha diritto a un'equa indennità se, in seguito all'infortunio, accusa una menomazione importante e durevole all'integrità fisica o mentale. 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 e importante se l'integrità fisica o mentale è alterata in modo evidente o grave. L'indennità per menomazione dell'integrità è calcolata secondo le direttive che figurano all'allegato 3 all'OAINF (art. 36 cpv. 2 OAINF). Se più menomazioni dell'integrità fisica, mentale o psichica, causate da uno o più infortuni, sono concomitanti, l'indennità è calcolata in base al pregiudizio complessivo (art. 36 cpv. 3 prima frase OAINF). Infine, a norma dell'art. 36 cpv. 4 OAINF, si prende in considerazione in modo adeguato un peggioramento prevedibile della menomazione dell'integrità. È possibile effettuare revisioni solo in casi eccezionali, ovvero se il peggioramento è importante e non era prevedibile. Se occorre tenere equamente conto dei peggioramenti prevedibili della menomazione al momento in cui viene stabilito il tasso dell'indennità, questa regola concerne però soltanto quei peggioramenti la cui insorgenza è verosimile e, cumulativamente (STF U 173/00 del 22 settembre 2000 consid. 2 e riferimenti),

l'importanza quantificabile (STF 8C_494/2014 dell'11 dicembre 2014 consid. 6.2, non pubblicato nella DTF 141 V 1). Il tasso di una menomazione dell'integrità il cui peggioramento è prevedibile ai sensi dell'art. 36 cpv. 4 OAINF, deve essere fissato in base a constatazioni mediche (STF 8C_459/2008 del 4 febbraio 2009 consid. 2.3, in: SVR 2009 UV n. 27 p. 97).

2.7. Il diritto alle prestazioni risultante da un infortunio assicurato presuppone però 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).

2.8. 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; Maurer , Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, p. 469; 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.).

2.9. 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). 2.10. 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 sì 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 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 Corte federale 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. 2.11. In concreto, dalle carte processuali emerge che l'CO 1 ha fondato la decisione su opposizione impugnata essenzialmente sulle valutazioni elaborate

dai propri medici interni sulla base dei soli atti. In effetti, con apprezzamento del 14 gennaio 2019, il dott. _____, spec. FMH in neurologia presso il Centro _____ dell'CO 1, dopo aver riassunto i principali dati anamnestici, ha rilevato, a proposito dei dolori al viso denunciati dall'assicurato, che specialisti in neurochirurgia e in chirurgia maxillo-facciale consultati nel frattempo avevano diagnosticato un disturbo della sensibilità, a livello della frattura subita, imputabile al secondo ramo del nervo trigemino a destra (V2). A questo proposito, egli ha affermato che, dal punto di vista neurologico, una frattura zigomatico-mascellare dislocata è atta a causare un disturbo della sensibilità del territorio d'innervazione del nervo in questione. D'altra parte, il fiduciario ha osservato che la refertata contrattura interessante i muscoli masticatori non può essere spiegata con la lesione sensitiva del secondo ramo del nervo trigemino, ritenuto che tutti i muscoli in questione sono innervati dal terzo ramo, il quale non è stato affatto interessato dall'evento infortunistico. Inoltre, sempre a suo avviso, nessun'altra lesione clinica appare giustificata, segnatamente nel quadro di una lesione cerebrale traumatica lieve consecutiva a una dubbia perdita di conoscenza, a fronte di strutture intracraniche risultate prive di particolarità agli esami neuroradiologici. Infine, nemmeno le vertigini e i disturbi al rachide cervicale, segnalati la prima volta nel 2018, possono essere considerati delle conseguenze infortunistiche dal punto di vista neurologico. In conclusione, il dott. _____ ha dichiarato che la lesione del secondo ramo del nervo trigemino e i dolori ad essa associati giustificano l'assegnazione di un'IMI del 5%. D'altro canto, però, essi non pregiudicano la capacità dell'assicurato di svolgere la sua abituale professione. Il medico fiduciario ha comunque precisato che la sua valutazione tiene conto soltanto degli aspetti neurologici, auspicando pertanto che l'insorgente venisse periziato anche dal profilo della chirurgia maxillo-facciale o dentaria specializzata (doc. 217). A cavallo dei mesi di marzo e aprile 2019, RI 1 è quindi stato visitato presso il Centro di medicina dentaria dell'Ospedale universitario di _____ (_____). Dal relativo referto, datato 18 giugno 2019, si evince che i sanitari hanno diagnosticato una neuropatia del trigemino dolorosa interessante l'emivolto destro con ipoestesia e parestesia nonché allodinia paranasale destra, una mialgia della muscolatura masticatoria e del collo bilateralmente con irradiazione eterotopica, un sospetto tinnito miogeno modulabile attraverso i movimenti attivi della mascella inferiore, un disturbo del sonno, come pure un disturbo da dolore cronico con fattori somatici e psichici. Essi hanno rilevato di aver infiltrato la regione del nervo infraorbitale destro con un anestetico a titolo diagnostico-terapeutico, ciò che ha comportato un aumento dei dolori durante i 4-5 giorni successivi. Inoltre, la modulazione dei dolori con Nortriptylin ha sì permesso di migliorare la qualità del sonno ma non ha avuto effetto sulla percezione dei dolori. L'assicurato stesso ha riferito di essere disturbato dagli attacchi di panico che insorgono nella quotidianità, accompagnati da comportamenti di evitamento (contatti sociali sono spesso possibili soltanto se accompagnato dalla moglie e/o dai figli). A loro avviso, il quadro generale delle limitazioni doveva essere valutato dal profilo psicosomatico (doc. 232). Nell'ottobre 2019, il dott. _____, specialista FMH in neurologia, anch'egli attivo presso il Centro _____ di _____, si è espresso in merito allo stato di salute del ricorrente. Preso atto degli esiti del consulto presso il Centro di medicina dentaria dell'_____, il quale non aveva fornito nuovi elementi di valutazione dal profilo neurologico, il dott. _____ ha finalmente confermato le conclusioni a cui era pervenuto il collega dott. _____ e ha auspicato che il caso venisse sottoposto al fiduciario di psichiatria. Egli ha comunque rilevato che i referti elaborati immediatamente dopo il trauma non descrivono un disturbo della sensibilità interessante la parte destra del

viso, rispettivamente fanno stato di una situazione priva di particolarità. Dal punto di vista neurologico, anche l'ulteriore decorso deve essere valutato come incongruente. La descrizione di un dolore poco specifico nella regione dell'emiviso destro è stata documentata soltanto in un rapporto del dicembre 2016, ragione per la quale è stata posta anche la diagnosi di disturbo cronico del dolore con fattori somatici e psichici con l'invito, da parte dell' _____, a valutare il quadro generale delle limitazioni dal profilo psicosomatico (doc. 246). Nel quadro della procedura di opposizione, l'amministrazione ha interpellato il dott. _____, specialista ORL, allo scopo di stabilire l'eventuale esistenza di un legame causale tra i disturbi della sfera ORL denunciati dall'assicurato (tinnito con ipoacusia e vertigini) e l'infortunio del febbraio 2016 (cfr. doc. 260). Con apprezzamento del 5 giugno 2020, il dott. Rauch ha dichiarato che la sintomatologia in questione non può essere posta in relazione diretta con l'evento infortunistico in questione. I disturbi uditivi potrebbero per contro dipendere da un'esposizione professionale al rumore. Inoltre, tenuto conto della complessità del quadro clinico, egli ha comunque invitato l'amministrazione a disporre una valutazione neuro-otologica e audiologica presso il Centro per le vertigini della Clinica ORL dell' _____ (doc. 264). Il consulto presso l' _____ non ha in realtà mai avuto luogo (cfr. doc. HH 1). RI 1 si è però sottoposto a indagini specialistiche in ambito ORL in Italia (cfr. doc. 313, p. 4-7). Con apprezzamento del 9 dicembre 2020, il neurologo dott. _____ ha rilevato che, a margine dell'ultima visita neurologica di controllo (9 settembre 2020), non è stato oggettivato più alcun deficit della sensibilità, né un'allodinia rispettivamente una disestesia hanno potuto essere scatenate al tatto. A suo avviso, quindi, una nevralgia post-traumatica del trigemino non può più essere considerata come oggettivamente dimostrata. Dal profilo neurologico, per l'attuale sviluppo, con un dolore interessante l'intero viso, non è pertanto dimostrata l'esistenza di un sostrato organico (doc. 318, p. 3: "Auf neurologischem Fachgebiet ist daher weiterhin mit dem hohen Beweisgrad einer überwiegenden Wahrscheinlichkeit bei fehlender organischer Grundlage ohne neurologisches Defizit im Trigemminusversorgungsgebiet rechts ein unspezifisches überdauerndes Beschwerdebild mit einem angegebenen Ganzgesichtsschmerz nicht nachvollziehbar, ebenso nicht wie rein unfallbedingt eine überdauernde vollständige Arbeitsfähigkeit seit nunmehr fast 5 Jahren.")). Da parte sua, con apprezzamento del 4 gennaio 2021, il dott. _____ ha osservato gli accertamenti compiuti in Italia avevano evidenziato uno stato neuro-otologico normale senza indizi a favore di una patologia a livello degli organi vestibolari periferici. È stato per contro espresso il sospetto di una sintomatologia vertiginosa soggettiva nel quadro di un deficit propriocettivo. A suo avviso, alla luce di ciò, non può essere ammessa l'esistenza di un nesso causale tra le vertigini soggettive e l'infortunio assicurato. Parimenti, i disturbi uditivi non costituiscono, con verosimiglianza preponderante, una conseguenza naturale dell'evento traumatico (doc. 323). Con la decisione su opposizione impugnata, l'assicuratore resistente ha quindi stabilito che, in base all'ultimo apprezzamento del dott. _____, la situazione dal profilo neurologico si era normalizzata, ragione per la quale ci si poteva chiedere se fosse giustificata l'assegnazione di un'IMI del 5% (l'istituto ha comunque rinunciato a procedere a una reformatio in pejus della sua decisione formale del 23 marzo 2020). D'altra parte, facendo capo al parere del dott. _____, l'amministrazione ha negato il proprio obbligo a prestazioni a proposito della sintomatologia vertiginosa e dell'ipoacusia bilaterale. Infine, trattandosi delle turbe psichiche, l'CO 1 ha sostenuto che esse non costituiscono una conseguenza adeguata dell'infortunio (la causalità naturale è invece stata lasciata aperta) e, pertanto, non sono di

sua pertinenza (cfr. doc. 324). Con la propria impugnativa, il patrocinatore dell'insorgente contesta in sintesi il valore probatorio attribuibile alle valutazioni dei medici interni all'amministrazione, le quali non avrebbero adeguatamente considerato le indicazioni che emergono dalla restante documentazione medica specialistica agli atti. In questo senso, egli sottolinea la necessità che siano dei medici super partes ad esprimersi, nel quadro di una perizia pluridisciplinare (cfr., in particolare, i doc. I, VII, XI e XV). In corso di causa, il TCA ha chiesto all'avv. RA 2 di sottoporre al Servizio medico dell'CO 1 il referto 21 settembre 2020 della dott.ssa _____, odontoiatra a _____, posto che dalla documentazione a disposizione non risultava che le sue considerazioni fossero state oggetto di valutazione da parte dei fiduciari dell'assicuratore (doc. XXXI). Con referto del 18 ottobre 2021 (XXXII 1; traduzione in lingua italiana prodotta sub doc. XXXIII 1), i dottori _____ e _____ hanno enunciato in particolare le seguenti considerazioni: "(...)

Per quanto riguarda il parere dentistico a favore dell'assicurato presente in "Studio odontoiatrico sulla biomeccanica e psicosomatica dell'organo masticatorio", già inserito nello stesso allegato del rappresentante legale del 21 settembre 2020, dal punto di vista medico-assicurativo si deve affermare che, già per motivi formali con le dichiarazioni spesso incerte sotto forma di "probabilmente", "apparentemente" e, in particolare, con riserva di una "analisi preliminare", tale parere può avere solo una rilevanza limitata e, da una stima neurologica, non fa emergere nuovi elementi medici accertati. Dal punto di vista metodologico, l'ecografia a ultrasuoni con "eco-strain", già nota da molti anni nella diagnostica cardiaca, è da considerare, su base medico-neuroscientifica, come "pseudoscientifica" nella presente interpretazione dentistica della sua applicabilità come "tecnologia d'avanguardia" dall'atto masticatorio a quello deglutitorio. Dal punto di vista neurologico, le funzioni di deglutizione vengono diagnosticate, in accordo con le linee guida, con videoendoscopica (FEES) e non con ecografia, o eventualmente con radiografia mediante test al bario (1) dal punto di vista radiologico. Da un ulteriore esame dettagliato del parere dentistico del 21 settembre 2020, che non è quindi idoneo per la validazione dei disturbi dal punto di vista medico, si nota anche che non è possibile trovare una descrizione realmente dettagliata e aggiornata dei disturbi dell'assicurato. Si afferma solo che l'irradiazione del dolore sul lato destro del viso è correlata al trauma, senza specificare una localizzazione precisa, un livello di gravità o possibili fattori scatenanti. Questo viene giustificato con una presunta asimmetria preesistente dei muscoli masticatori (nota: in nessun caso, tuttavia, viene qui menzionata una funzionalità limitata del muscolo temporale destro, - contrariamente alle dichiarazioni del rappresentante legale dell'assicurato con: "cessata funzione") e della mandibola che, tuttavia, hanno subito un deterioramento significativo a seguito dell'infortunio, senza che ciò sia ulteriormente comprovato o senza menzionare un preciso disturbo della deglutizione. Le argomentazioni dentistiche non sono convincenti neanche per quanto riguarda il dolore riferito all'intero viso con precedente indicazione di disturbi della sensibilità a destra, poiché una sollecitazione dei muscoli masticatori, dichiarata preesistente e presumibilmente enfatizzata a destra, non è in grado di spiegare già dal punto di vista neuroanatomico un tale quadro clinico in termini puramente organici, soprattutto sulla base di una frattura trattata con osteosintesi e oggettivamente ben guarita (rapporto del 21 febbraio 2017) (1). In seguito, i disturbi riferiti dall'assicurato sono stati quindi valutati anche con la diagnosi di un "disturbo algico cronico con fattori somatici e psichici" (rapporto del 18 giugno 2019). In sintesi, al più tardi con il recente quadro clinico di un dolore aspecifico all'intero viso non di carattere nevralgico e senza deficit neurologico oggettivabile, non è possibile stabilire in campo neurologico alcuna diagnosi

circoscritta in grado di spiegare i disturbi persistenti riferiti dall'assicurato, come già indicato nella valutazione del 9 dicembre 2020. Nemmeno le argomentazioni dentistiche risalenti al 21 settembre 2020, ovvero a più di un anno fa, che, come spiegato sopra, si possono definire complessivamente ipotetiche e dubbie, possono contribuire a fornire un'ulteriore spiegazioni con un sufficiente grado di evidenza di una probabilità preponderante. (...). La stima e la valutazione dal punto di vista neurologico possono essere liberamente adottate per l'area ORL, con le stesse conclusioni. In sintesi, anche nell'area ORL non emergono nuovi elementi sulla base delle argomentazioni dentistiche della dott.ssa _____, dentista, contenute nello "Studio odontoiatrico sulla biomeccanica e psicosomatica dell'organo masticatorio", _____, del 21 settembre 2020 e la valutazione ORL del 5 gennaio 2021 rimane invariata." 2.12. 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; STF U 259/02 dell'8 luglio 2003 consid. 2.1.1; 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. STF I 811/03 del 31 gennaio 2005, consid. 5 in fine; STF I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV Nr. 10 p. 35 consid. 4b). 2.13. Attentamente vagliato l'insieme della documentazione a sua disposizione, questo Tribunale non ritiene di poter confermare la decisione impugnata, mediante la quale l'CO 1 ha posto termine alle prestazioni di corta durata a far tempo dal 31 marzo 2020 con assegnazione (soltanto) di un'IMI del 5%. Preliminarmente, va rilevato che, essendo la decisione impugnata fondata essenzialmente sui pareri di medici interni all'amministrazione, può trovare applicazione la giurisprudenza di cui alla DTF 135 V 465, secondo la quale dei lievi dubbi circa l'affidabilità di un rapporto medico bastano per potersene discostare (cfr. supra, consid. 2.11.). Ora, ai referti dei fiduciari dell'CO 1, sui quali si fonda appunto la decisione su opposizione in esame, non può essere riconosciuto un valore probatorio sufficiente a derimere, con la necessaria tranquillità, la presente vertenza. In termini generali, secondo questa Corte, a fronte di una fattispecie tanto complessa, che presenta più problematiche rilevanti da discipline mediche diverse, anziché interpellare in maniera distinta i propri medici interni, chiedendo loro una valutazione sulla base dei soli atti man mano acquisiti (si è trattato in larga misura delle risultanze di accertamenti ai quali l'assicurato si è privatamente sottoposto nel proprio paese di origine), l'istituto convenuto avrebbe dovuto disporre un approfondimento peritale esterno che includesse la neurologia, la chirurgia maxillo-facciale, l'otorinolaringoiatria e la psichiatria. Più nel dettaglio, il TCA ritiene che sussistano dubbi, perlomeno lievi, circa l'effettiva assenza, oltre la fine del mese di marzo 2020, di postumi organici oggettivamente riconducibili all'infortunio assicurato. In questo senso, va rilevato come gli apprezzamenti agli atti del dott. _____ contengano conclusioni apodittiche, insufficientemente argomentate, segnatamente per quanto attiene all'ipoacusia e agli acufeni (cfr. doc. 323). In questo contesto, non può essere ignorato che, nel gennaio 2018, i potenziali evocati acustici (audiometria del tronco encefalico) avevano evidenziato la presenza di un deficit periferico (doc. 257), diagnosi che è stata poi ripresa anche nel referto 11 maggio 2021 della Clinica di ORL dell'_____ (cfr. doc. HH 1). Dagli atti non risulta che il fiduciario abbia mai discusso quell'aspetto. Trattandosi invece delle valutazioni del dott. _____, si osserva innanzitutto come egli, già con il suo primo apprezzamento (ottobre 2019), abbia messo in discussione le conclusioni a cui era giunto il suo collega neurologo _____, specificatamente la diagnosi di neuropatia del trigemino, che aveva giustificato l'assegnazione di un'IMI del 5%. Da notare che il dott. _____ aveva esplicitamente riconosciuto che una frattura quale quella riportata dall'insorgente è già di per sé atta a causare un disturbo della sensibilità nel territorio d'innervazione del nervo in questione. D'altro canto, laddove il dott. _____ fa valere che, in base a quanto refertato dalla neurologa curante a margine della visita di controllo del 9 settembre 2020, non risulterebbe più dimostrata la presenza di una nevralgia del trigemino, il TCA osserva che il referto in questione è troppo succinto per trarne delle conclusioni affidabili e che, del resto, proprio in ragione della persistenza di dolori al viso, la dott.ssa _____ aveva introdotto una terapia farmacologica a base di carbamazepina (Tegretol®) che rappresenta la terapia di scelta per il trattamento della nevralgia del trigemino (si veda, ad esempio, <https://www.msmanuals.com/it/professionale/malattie-neu>

rologiche/malattie-neuro-oftalmologiche-e-dei-nervi-cranici/nevralgia-del-trigemino). Alla luce di quanto precede, considerata l'esistenza di dubbi, perlomeno lievi, circa la correttezza e completezza della valutazione enunciata dai dottori _____ e _____, questo Tribunale ritiene, per maggiore tranquillità, che non si possa prescindere dal procedere a un approfondimento peritale pluridisciplinare (in questo senso, si veda la STF 8C_812/2015 del 20 luglio 2016 e la 8C_783/2018 del 4 aprile 2019). 2.14. In una sentenza di principio 9C_243/2010 del 28 giugno 2011, pubblicata in DTF 137 V 210, il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche rivolte alla giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; art. 72bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione. In quella pronuncia, l'Alta Corte ha pure precisato in quali casi il Tribunale cantonale deve allestire direttamente una perizia giudiziaria e in quali altri può rinviare gli atti all'assicuratore per un complemento istruttorio. Il TF ha, al riguardo, sviluppato le seguenti considerazioni: " (...). 4.4.1.1 Ist das Gutachten einer versicherungsinternen oder -externen Stelle nicht schlüssig und kann die offene Tatfrage nicht anhand anderer Beweismittel geklärt werden, so stellt sich das Problem, inwieweit die mit der Streitsache befasste Beschwerdeinstanz noch die Wahl haben soll zwischen einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung, damit diese eine neue oder ergänzende Expertise veranlasse, und der Einholung eines Gerichtsgutachtens. Das Bundesgericht hat dazu jüngst festgehalten, die den kantonalen Gerichten zufallende Kompetenz zur vollen Tatsachenprüfung (Art. 61 lit. c ATSG) sei nötigenfalls durch Einholung gerichtlicher Expertisen auszuschöpfen (BGE 136 V 376 E. 4.2.3 S. 381). Dies schliesst ein, dass die erstinstanzlichen Gerichte diese Befugnis nicht ohne Not durch Rückweisung an die Verwaltung delegieren dürfen. 4.4.1.2 Die Vorteile von Gerichtsgutachten (anstelle einer Rückweisung an die IV-Stelle) liegen in der Straffung des Gesamtverfahrens und in einer beschleunigten Rechtsgewährung. Die direkte Durchführung der Beweismassnahme durch die Beschwerdeinstanz mindert das Risiko von - für die öffentliche Hand und die versicherte Person - unzumutbaren multiplen Begutachtungen. Zwar gilt die Sozialversicherungsverwaltung mit Blick auf die differenzierten Aufgaben und die dementsprechend unterschiedliche funktionelle und instrumentelle Ausstattung der Behörden in der Instanzenabfolge im Vergleich mit der Justiz als regelmässig besser geeignet, Entscheidungsgrundlagen zu vervollständigen (BGE 131 V 407 E. 2.1.1 S. 411). In der hier massgebenden Verfahrenssituation schlägt diese Rechtfertigung für eine Rückweisung indessen nicht durch. 4.4.1.3 Die Einschränkung der Befugnis der Sozialversicherungsgerichte, eine Streitsache zur neuen Begutachtung an die Verwaltung zurückzuweisen, verhält sich komplementär zu den (gemäss geänderter Rechtsprechung) bestehenden partizipativen Rechten der versicherten Person im Zusammenhang mit der Anordnung eines Administrativgutachtens (Art. 44 ATSG; vgl. oben E. 3.4). Letztere tragen zur prospektiven Chancengleichheit bei, derweil das Gebot, im Falle einer Beanstandung des Administrativgutachtens eine Gerichtsexpertise einzuholen, die Waffengleichheit im Prozess gewährleistet, wo dies nach der konkreten Beweislage angezeigt ist. Insoweit ist die ständige Rechtsprechung, wonach das (kantonale) Gericht prinzipiell die freie Wahl hat, bei festgestellter Abklärungsbedürftigkeit die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen oder aber selber zur Herstellung der Spruchreife zu schreiten (vgl. statt vieler ARV 1997 Nr. 18 S. 85 E. 5d mit Hinweisen, C 85/95; Urteil vom 11. April 2000 E. 3b, H 355/99), zu ändern. 4.4.1.4 Freilich ist es weder unter praktischen noch rechtlichen Gesichtspunkten - und nicht einmal aus Sicht des Anliegens, die Einwirkungsmöglichkeiten auf die Erhebung des medizinischen Sachverhalts fair zu

vertreiben - angebracht, in jedem Beschwerdefall auf der Grundlage eines Gerichtsgutachtens zu urteilen. Insbesondere ist der Umstand, dass die MEDAS von der Invalidenversicherung finanziert werden, kein genügendes Motiv dafür. Doch drängt sich auf, dass die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten einholt, wenn sie einen (im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen) medizinischen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist (vgl. die Kritik an der bisherigen Rückweisungspraxis bei Niederberger, a.a.O., S. 144 ff.). Die betreffende Beweiserhebung erfolgt alsdann vor der - anschliessend reformatorisch entscheidenden - Beschwerdeinstanz selber statt über eine Rückweisung an die Verwaltung. Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (siehe beispielsweise das Urteil 9C_646/2010 vom 23. Februar 2011 E. 4; vgl. auch SVR 2010 IV Nr. 49 S. 151 E. 3.5, 9C_85/2009)." (DTF 137 V 263-265) In una sentenza 8C_59/2011 del 10 agosto 2011 consid. 5.2 - dunque successiva a quella pubblicata in DTF 137 V 210 -, emanata in materia di assicurazione contro gli infortuni, il Tribunale federale ha ribadito i principi sviluppati nella DTF 135 V 465, in particolare che, in presenza di dubbi circa l'affidabilità di rapporti allestiti da medici di fiducia, il giudice (cantonale) è libero di scegliere se ordinare direttamente una perizia giudiziaria oppure rinviare gli atti all'amministrazione affinché disponga essa stessa una perizia seguendo la procedura di cui all'art. 44 LPGA: " Um solche Zweifel auszuräumen, wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 135 V 465 E. 4.6 S. 471)." In una sentenza 8C_412/2019 del 9 luglio 2020 consid. 5.4, la Corte federale ha rinviato la causa all'assicuratore LAINF (e non al tribunale cantonale che aveva respinto il ricorso della persona assicurata) affinché disponesse l'esecuzione di una perizia ai sensi dell'art. 44 LPGA, precisando che laddove esistano dubbi circa l'attendibilità e la pertinenza della valutazione del medico fiduciario, spetta in primo luogo all'assicuratore contro gli infortuni procedere a ulteriori atti istruttori per determinare d'ufficio i fatti determinanti e, se del caso, assumere le prove necessarie prima di emanare la decisione (art. 43 LPGA): " Lorsqu'il existe des doutes sur la fiabilité et la pertinence de l'appréciation du médecin-conseil, il appartient en premier lieu à l'assureur-accidents de procéder à des instructions complémentaires pour établir d'office l'ensemble des faits déterminants et, le cas échéant, d'administrer les preuves nécessaires avant de rendre sa décision (art. 43 al. 1 LPGA; ATF 132 V 368 consid. 5 p. 374; arrêt 8C_401/209 du 9 juin 2020 consid. 5.3.3. et ses références)." (STF 8C_412/2019, consid. 5.4.) (si veda pure la STF 8C_697/2019, 8C_698/2019 del 9 novembre 2020 consid. 4.1). Nella presente fattispecie, il TCA ritiene che siano soddisfatti i presupposti per un rinvio degli atti all'istituto convenuto (cfr. STF 8C_59/2011 del 10 agosto 2011 e DTF 135 V 465). In effetti, l'CO 1 ha sostanzialmente fondato la decisione impugnata sui soli pareri dei propri medici interni (cfr. supra, consid. 2.10.). Per le ragioni già esposte al considerando 2.12., si giustifica pertanto l'annullamento della decisione su opposizione impugnata e il rinvio degli atti all'assicuratore resistente affinché disponga una perizia pluridisciplinare (in materia di neurologia, chirurgia maxillo-facciale, ORL e psichiatria) esterna (art. 44 LPGA) volta prima di tutto a chiarire se i disturbi denunciati

dall'assicurato siano oggettivamente e se siano imputabili all'infortunio del mese di febbraio 2016. In seguito, facendo capo alle risultanze dell'accertamento esperito, l'amministrazione si pronuncerà di nuovo in merito al diritto alle prestazioni dal profilo materiale e temporale. Visto l'esito della lite, può rimanere aperta la questione di sapere se la decisione su opposizione impugnata avrebbe dovuto essere annullata già per delle ragioni formali, così come lo pretende il rappresentante del ricorrente (cfr. supra, consid. 1.4.). Con l'emanazione del presente giudizio diventa priva di oggetto la domanda di ripristino dell'effetto sospensivo del ricorso. 2.15. Considerato l'esito del ricorso (il rinvio con esito aperto equivale a piena vittoria, cfr., da ultimo, STF 8C_859/2018 del 26 novembre 2018 consid. 5 con rinvio a DTF 137 V 210 consid. 7.1 p. 271 e riferimento), l'CO 1 verserà all'insorgente, rappresentato da un legale, l'importo fr. 3'000 (IVA inclusa) a titolo d'indennità per ripetibili. 2.16. L'art. 61 lett. a LPGA, in vigore fino al 31 dicembre 2020, prevedeva che la procedura deve essere semplice, rapida, di regola pubblica e gratuita per le parti; la tassa di giudizio e le spese di procedura possono tuttavia essere imposte alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. In data 1° gennaio 2021 è entrata in vigore una modifica della LPGA. L'art. 61 lett. a LPGA enuncia ora unicamente che la procedura deve essere semplice, rapida e di regola pubblica. Dalla medesima data è entrato in vigore l'art. 61 lett. f bis LPGA secondo cui in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. Secondo l'art. 82a LPGA (disposizione transitoria; RU 2021 358), ai ricorsi pendenti dinanzi al tribunale di primo grado al momento dell'entrata in vigore della modifica del 21 giugno 2019 si applica il diritto anteriore. In concreto, il ricorso è del 5 febbraio 2021 per cui si applica la nuova disposizione legale. Trattandosi di prestazioni LAINF, il legislatore non ha previsto di prelevare le spese (sul tema, cfr. STF 8C_265/2021 del 21 luglio 2021 e STF 9C_394/2021 del 3 gennaio 2022).

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