

TI_GERICHTE 35.2009.123 vom 18. März 2010

TI Tribunale d'appello, 2010-03-18, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2009.123

FR: TI_GERICHTE 35.2009.123 du 18 mars 2010

IT: TI_GERICHTE 35.2009.123 del 18 marzo 2010

Regeste

Distorsione al ginocchio, versamenti recidivanti. Nel suo apprezzamento volto alla chiusura del caso, il medico consultato dall'assicuratore non si confronta con i pareri dei 2 curanti. Rinvio atti per ulteriori accertamenti

Erwägungen

E. 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). 2.4. Dagli atti dell'incarto emerge che il decorso post-infortunistico dell'assicurato è stato inizialmente favorevole, grazie ad un approccio terapeutico conservativo con stampelle e ginocchiera adatta (cfr. doc. 4, doc. 10, doc. 14). A seguito del peggioramento dei sintomi lamentati dall'assicurato al ginocchio sinistro, l'11 febbraio 2009 il Dr. _____ ha eseguito un intervento di artroscopia che si è svolta normalmente (cfr. doc. 6, doc. 9, doc. 10). Dopo aver ripreso il lavoro il 16 marzo 2009, il 18 marzo 2009 l'assicurato si è presentato al pronto soccorso della Clinica _____ di _____ col ginocchio sinistro gonfio e con un versamento pulito il 23 marzo 2009 (cfr. doc. 11, doc. 12). Anche in seguito la situazione non è migliorata, con ulteriori versamenti al ginocchio sinistro che hanno necessitato a tre riprese di artrocentesi ed infiltrazioni di cortisone (cfr. doc. 13, doc. 14). Anche la RM al ginocchio sinistro del 27 maggio 2009 ha rilevato un minimo versamento articolare con una lieve alterazione di segnale meniscale mediale (cfr. doc. 16). Anche nei mesi di giugno e luglio 2009 l'assicurato ha continuato a lamentare i medesimi disturbi (cfr. doc. 19). A seguito dello scritto del Dr. _____ del 20 luglio 2009 (cfr. doc. 20), CO 1 ha fatto esaminare gli atti dell'incarto dal Dr. _____ dell'_____, il quale è giunto alla conclusione che il gonfiore ed i versamenti al ginocchio sinistro dell'assicurato non sarebbero oggettivabili. 2.5. Secondo la giurisprudenza, il giudice delle assicurazioni sociali è tenuto a vagliare oggettivamente tutti i mezzi di prova, a prescindere dalla loro provenienza, e a decidere se la documentazione a disposizione permette di rendere un giudizio corretto sull'oggetto della lite. Qualora i referti medici fossero contraddittori fra loro, non gli è consentito di liquidare il caso senza valutare l'insieme delle prove e senza indicare le ragioni per le quali si fonda su un parere piuttosto che su un altro (DTF 125 V 352). Determinante è, del resto, che il rapporto 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. DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191ss.; DTF 122 V 160ss, 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). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10, p. 33ss. e RAMI 1999 U 356, p. 572), la nostra Corte federale ha stabilito 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. Per quel che riguarda le perizie allestite da specialisti esterni all'amministrazione, il TFA ha pure loro riconosciuto pieno valore probante, fintantoché non vi sono degli indizi concreti che facciano dubitare della loro attendibilità (cfr. STFA U 168/02 del 10 luglio 2003; DTF 125 V 353, consid. 3b/bb). In una recente sentenza 8C_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in SVR 2010 UV Nr. 6, 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, neppure 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: "[...] 4.4 Auch wenn die Rechtsprechung den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen stets Beweiswert zuerkannt hat, so ist doch zu betonen, dass ihnen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft wie einem gerichtlichen oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten zukommt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352 ff.; 122 V 157 E. 1c S. 160 ff.). So hat die Rechtsprechung bezüglich Gerichtsgutachten ausgeführt, das Gericht weiche "nicht ohne zwingende Gründe" von den Einschätzungen des medizinischen Experten ab (BGE 125 V 351 E. 3b/aa S. 352 f.). Auch der EGMR hat diesbezüglich erwogen, der Meinung eines von einem Gericht ernannten Experten komme bei der Beweiswürdigung vermutungsweise hohes Gewicht zu (Urteile Sara Lind Eggertsdóttir gegen Island vom 5. Juli 2007, 31930/04, § 44 und Shulepova gegen Russland vom 11. März 2009, 34449/03, § 62). Hinsichtlich von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden, Gutachten externer Spezialärzte wurde festgehalten, das Gericht dürfe diesen Gutachten vollen Beweiswert zuerkennen, solange "nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit" der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353 mit weiteren Hinweisen). Zur Frage der Berichte und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen wurde der Grundsatz betont, wonach ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen lässt (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 ff.). Auch aus Art. 6 Abs. 1 EMRK folgt nicht, dass solche Stellungnahmen in jedem Fall unbeachtlich wären (erwähntes Urteil des EGMR Sara Lind Eggertsdóttir gegen Island vom 5. Juli 2007, 31930/04, § 51). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur

geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162 f.). 4.5 Aus dem Grundsatz der Waffengleichheit folgt das Recht der versicherten Person, mittels eigener Beweismittel die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen in Zweifel zu ziehen. Diese von der versicherten Person eingereichten Beweismittel stammen regelmässig von behandelnden Ärztinnen und Ärzten oder von anderen medizinischen Fachpersonen, die in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person stehen. Da sich die behandelnden Ärztinnen und Ärzte zudem in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben, verfolgen deren Berichte nicht den Zweck einer den abschliessenden Entscheid über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und erfüllen deshalb kaum je die materiellen Anforderungen an ein Gutachten gemäss BGE 125 V 351 E. 3a S. 352. Aus diesen Gründen und aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3a/cc S. 353 mit weiteren Hinweisen), wird im Streitfall eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte denn auch kaum je in Frage kommen. 4.6 Diese Erfahrungstatsache befreit das Gericht indessen nicht von seiner Pflicht zu einer korrekten Beweiswürdigung, bei der auch die von der versicherten Person aufgelegten Berichte mitzubersichtigen sind. Diese sind daraufhin zu prüfen, ob sie auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Feststellungen versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte wecken. Es würde einen Verstoss gegen die Waffengleichheit und somit eine Verletzung von Art. 6 Abs. 1 EMRK bedeuten, die Eignung der Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte zur Weckung derartiger Zweifel von letztlich unerfüllbaren Anforderungen abhängig zu machen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt deshalb der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Ebenfalls kann nicht bloss darauf verwiesen werden, diese Berichte erfüllten die Anforderungen an Gutachten gemäss BGE 125 V 351 E. 3a S. 352 nicht oder nur unvollständig. Damit die versicherte Person eine vernünftige Chance hat, ihre Sache dem Gericht zu unterbreiten, ohne gegenüber dem Versicherungsträger klar benachteiligt zu sein (E. 4.3.1 in fine), darf bei Bestand solcher Zweifel nicht aufgrund der von der versicherten Person aufgelegten Berichte einerseits und den versicherungsinternen medizinischen Berichten andererseits eine abschliessende Beweiswürdigung vorgenommen werden. Um solche Zweifel auszuräumen, wird das Gericht vielmehr entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (E. 4.4 in fine). " (si veda pure la STF 8C_859/2009 dell'11 novembre 2009, consid. 4). 2.6. Nella presente fattispecie la decisione su opposizione dell'assicuratore LAINF si basa sostanzialmente sulla presa di posizione del 7 agosto 2009 del Dr. _____ (cfr. doc. A, doc. 21). Secondo il medico dell'_____, dal punto di vista medico-assicurativo è stato stabilito che non sono dimostrate conseguenze somatiche dell'evento infortunistico del 30 novembre 2008 né con esami clinici, né artroscopici, né radiologici, motivo per cui non sarebbe nemmeno dimostrata un'incapacità lavorativa dovuta ad infortunio. Dal canto loro, i curanti Dr. _____ e Dr. _____ hanno ripetutamente attestato gonfiore e versamenti recidivanti al ginocchio sinistro (cfr. doc. 12, doc. 13, doc. 14, doc. 15, doc. 17,

doc. 18, doc. 19, doc. 20, doc. 24, doc. F, doc. G). Inoltre, a due riprese il Dr. _____ ha richiesto all'assicuratore LAINF una valutazione medica dell'assicurato da parte di uno specialista di livello universitario o para-universitario (cfr. doc. 20, doc. 24). Il Dr. _____, ancora nel suo rapporto del 5 ottobre 2009 ha affermato che il caso non era per nulla chiaro (cfr. doc. F). CO 1 si è invece unicamente rivolta al Dr. _____ dell'_____, il quale, nella propria presa di posizione, non si confronta in alcun modo con gli aspetti del gonfiore e dei versamenti recidivanti al ginocchio sinistro dell'assicurato. Dal canto suo, CO 1 non ha fornito, né in sede di opposizione né in sede di ricorso, alcuna spiegazione al non aver dato seguito alle richieste dei curanti di far visitare l'assicurato da uno specialista di livello universitario o para-universitario, limitandosi ad affermare che il Dr. _____ ha avuto una quantità sufficiente di atti medici a disposizione per giungere a conclusioni motivate e fondate (cfr. doc. III). Nemmeno è stata chiarita la questione di sapere se i disturbi lamentati dall'assicurato abbiano a che fare con la presenza, all'interno del suo ginocchio sinistro, di patella bipartita, come diagnosticato dalla Dr. _____ il 1° dicembre 2008 (cfr. doc. 3) e dal Dr. _____ il 18 marzo 2009 (cfr. doc. 11). Per questi motivi, gli argomenti addotti alla decisione su opposizione del 23 novembre 2009 non appaiono sufficientemente convincenti, anche che alla luce della sentenza federale citata al consid. 2.5 in fine. Questo Tribunale ritiene che senza delle ulteriori indagini specialistiche non è infatti possibile né escludere, né ammettere che la patologia al ginocchio sinistro sia ancora in relazione di causalità naturale e adeguata con il sinistro del novembre 2008. 2.7. Secondo la giurisprudenza federale, il giudice cantonale che considera che i fatti non sono stati sufficientemente chiariti ha, di principio, la scelta fra due soluzioni: o rinviare la causa all'assicuratore per un complemento istruttorio o procedere personalmente a tale complemento. Un rinvio all'assicuratore non viola né il principio della semplicità e della rapidità della procedura né il principio inquisitorio. In una sentenza pubblicata in RAMI 1993 U 170, p. 136ss., il TFA ha comunque stabilito che un simile rinvio può costituire un diniego di giustizia, in particolare quando una semplice perizia giudiziaria o una misura di istruzione puntuale basterebbe a chiarire un fatto. In proposito cfr. pure STF I 327/06 del 17 aprile 2007 consid. 5. Tale giurisprudenza è stata criticata dalla dottrina. In particolare, da G. Aubert, nella nota pubblicata in SJ 1993, p. 560. L'autore ha centrato la sua critica sull'art. 47 LAINF che pone il principio secondo cui è compito dell'assicuratore accertare d'ufficio i fatti, se necessario disponendo delle perizie mediche (Ghélew/Ramelet/Ritter, op. cit., p. 176). Il risultato della giurisprudenza citata è - secondo l'autore - quello di ribaltare tale onere sui tribunali e, visto il principio della gratuità della procedura, di porre a carico dello Stato - a meno che una parte abbia agito temerariamente o per leggerezza - costi che, invece, incombono agli assicuratori. Nemmeno l'argomento fondato sulla rapidità della procedura convince G. Aubert: da una parte, non occorre più tempo all'assicuratore che al giudice per ordinare una perizia e, d'altra parte, la stessa giurisprudenza federale rischia di diventare fonte di ritardi poiché, grazie ad essa, l'assicuratore può essere tentato di rifiutare di ordinare delle perizie lasciando tale onere ai Tribunali (e, quindi, allo Stato). Lo scrivente TCA non può che condividere tali critiche. In una sentenza del 17 novembre 2000 nella causa C., C 206/00, pubblicata in DLA 2001, p. 196s., la nostra Corte federale ha ricordato - facendo riferimento ad una sua pronuncia apparsa in RAMI 1986 K 665, p. 87 - che il rinvio all'amministrazione appare generalmente giustificato se essa ha constatato i fatti in maniera sommaria, ritenendo che, in caso di ricorso, il tribunale li avrebbe comunque puntualmente accertati. Nell'evenienza concreta ci si trova confrontati ad un accertamento sommario dei fatti. L'assicuratore LAINF,

nell'ambito della presente procedura, pur avendo a disposizione più rapporti medici che suggerivano ulteriori approfondimenti specialistici inerenti al ginocchio sinistro dell'assicurato, ha infatti interpellato unicamente il Dr. _____. L'Istituto assicuratore resistente, perlomeno dopo la lettura dei rapporti del Dr. _____ e del Dr. _____, doveva sapere che, senza perlomeno un complemento istruttorio, quanto affermato dal medico dell'_____, il quale aveva fornito delle conclusioni senza disporre dei referti afferenti agli esami per l'accertamento di lesioni al ginocchio, non era sufficiente quale prova dell'estinzione del carattere causale. L'assicuratore contro gli infortuni ha, quindi, violato il disposto di cui all'art. 43 cpv. 1 LPGA (cfr. STF 8C_704/2007 del 9 aprile 2008). Si giustifica, di conseguenza, l'annullamento della decisione su opposizione impugnata e il rinvio degli atti all'assicuratore LAINF resistente perché disponga accertamenti specialistici più approfonditi riguardo alla natura e all'eziologia dei disturbi al ginocchio sinistro ancora lamentati dall'assicurato posteriormente al 30 settembre 2009 e, sulla scorta delle relative risultanze, si pronunci nuovamente circa l'estinzione o meno di una relazione di causalità naturale tra detta problematica e l'infortunio del 2008. 2.8. L'assicurato, vincente in causa, rappresentato da un membro del RA 1, ha diritto all'importo di fr. 1'000.-- a titolo di ripetibili (cfr. art. 61 lett. g LPGA; 30 Lptca).

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