

TI_GERICHTE 35.2015.132 vom 6. Juni 2016

TI Tribunale d'appello, 2016-06-06, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2015.132

FR: TI_GERICHTE 35.2015.132 du 6 juin 2016

IT: TI_GERICHTE 35.2015.132 del 6 giugno 2016

Regeste

Assicurato scivola su scala e avverte dolore a spalla dx, con diagnosi iniziale d'instabilità antero-inferiore. Non confermata estinzione causalità naturale a distanza di 5 mesi dall'evento e rinvio atti per perizia esterna

Erwägungen

E. 49

cpv. 2 della Legge sull'organizzazione giudiziaria (cfr. STF 9C_699/2014 del 31 agosto 2015, in particolare consid. 5.2, 5.3 e 6.1; STF 8C_452/2011 del 12 marzo 2012; STF 8C_855/2010 dell'11 luglio 2011; STF 9C_211/2010 del 18 febbraio 2011, consid. 2.1; STF 9C_792/2007 del 7 novembre 2008; STF H 180/06 e H 183/06 del 21 dicembre 2007; STFA I 707/00 del 21 luglio 2003; STFA H 335/00 del 18 febbraio 2002; STFA H 212/00 del 4 febbraio 2002; STFA H 220/00 del 29 gennaio 2002; STFA U 347/98 del 10 ottobre 2001, pubblicata in RDAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA H 304/99 del 22 dicembre 2000; STFA I 623/98 del 26 ottobre 1999. Vedi pure: STF 9C_807/2014 del 9 settembre 2015; STF 9C_585/2014 dell'8 settembre 2015). Nel merito 2.2. L'oggetto della lite è circoscritto alla questione di sapere se l'assicuratore convenuto era legittimato a porre fine alle proprie prestazioni a contare 1° aprile 2015, oppure no. 2.3. 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. Parimenti, il diritto alle cure cessa qualora dalla loro continuazione non sia da attendersi un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato (cfr. art. 19 cpv. 1 LAINF): nemmeno persistenti dolori bastano a conferire il diritto alla continuazione del trattamento se da questo non si può sperare un miglioramento sensibile dello stato di salute (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), Losanna 1992, p. 41ss.). L'Alta Corte ha inoltre precisato che la questione del "sensibile miglioramento" di cui all'art. 19 cpv. 1 LAINF va valutata in funzione dell'entità del previsto aumento oppure del ripristino della capacità lavorativa, nella misura in cui quest'ultima è pregiudicata dalle sequele infortunistiche (DTF 134 V 109 consid. 4.3 e riferimenti). 2.4. Presupposto essenziale per l'erogazione di prestazioni da parte dell'assicurazione contro gli infortuni è però l'esistenza di un nesso di causalità naturale fra l'evento e le sue conseguenze (danno alla salute, invalidità, morte). Questo presupposto è da considerarsi adempiuto qualora si possa ammettere che, senza l'evento infortunistico, il danno alla salute non si sarebbe potuto verificare o non si sarebbe verificato nello stesso modo. Non occorre, invece, che l'infortunio sia stato la sola o

immediata causa del danno alla salute; è sufficiente che l'evento, se del caso unitamente ad altri fattori, abbia comunque provocato un danno all'integrità corporale o psichica dell'assicurato, vale a dire che l'evento appaia come una condizione sine qua non del danno. È questione di fatto lo stabilire se tra evento infortunistico e danno alla salute esista un nesso di causalità naturale; su detta questione amministrazione e giudice si determinano secondo il principio della probabilità preponderante - insufficiente essendo l'esistenza di pura possibilità - applicabile generalmente nell'ambito dell'apprezzamento delle prove in materia di assicurazioni sociali (cfr. RDAT II-2001 N. 91 p. 378; SVR 2001 KV Nr. 50 p. 145; DTF 126 V 360 consid. 5b; DTF 125 V 195; STFA del 4 luglio 2003 nella causa M., U 133/02; STFA del 29 gennaio 2001 nella causa P., U 162/02; DTF 121 V 6; STFA del 28 novembre 2000 nella causa P. S., H 407/99; STFA del 22 agosto 2000 nella causa K. B., C 116/00; STFA del 23 dicembre 1999 in re A. F., C 341/98, consid. 3, p., 6; STFA 6 aprile 1994 nella causa E. P.; SZS 1993 p. 106 consid. 3a; RCC 1986 p. 202 consid. 2c, RCC 1984 p. 468 consid. 3b, RCC 1983 p. 250 consid. 2b; DTF 115 V 142 consid. 8b, DTF 113 V 323 consid. 2a, DTF 112 V 32 consid. 1c, DTF 111 V 188 consid. 2b; Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in Basler Juristische Mitteilungen (BJM) 1989, p. 31-32; G. Scartazzini, Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale, Basilea 1991, p. 63). Al riguardo essi si attengono, di regola, alle attestazioni mediche, quando non ricorrano elementi idonei a giustificarne la disattenzione (cfr. DTF 119 V 31; DTF 118 V 110; DTF 118 V 53; DTF 115 V 134; DTF 114 V 156; DTF 114 V 164; DTF 113 V 46). Ne discende che ove l'esistenza di un nesso causalità tra infortunio e danno sia possibile ma non possa essere reputata probabile, il diritto a prestazioni derivato dall'infortunio assicurato dev'essere negato (DTF 129 V 181 consid. 3.1 e 406 consid. 4.3.1, DTF 117 V 360 consid. 4a e sentenze ivi citate). L'assicuratore contro gli infortuni è tenuto a corrispondere le proprie prestazioni fino a che le sequele dell'infortunio giocano un ruolo causale. Pertanto, la cessazione delle prestazioni entra in considerazione soltanto in due casi: - quando lo stato di salute dell'interessato è simile a quello che esisteva immediatamente prima dell'infortunio (status quo ante); - quando lo stato di salute dell'interessato è quello che, secondo l'evoluzione ordinaria, sarebbe prima o poi subentrato anche senza l'infortunio (status quo sine) (cfr. RAMI 1992 U 142, p. 75 s. consid. 4b; A. Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, p. 469; U. Meyer-Blaser, Die Zusammenarbeit von Richter und Arzt in der Sozialversicherung, in Bollettino dei medici svizzeri 71/1990, p. 1093). Secondo la giurisprudenza, qualora il nesso di causalità con l'infortunio sia dimostrato con un sufficiente grado di verosimiglianza, l'assicuratore è liberato dal proprio obbligo prestativo soltanto se l'infortunio non costituisce più la causa naturale ed adeguata del danno alla salute. Analogamente alla determinazione del nesso di causalità naturale che fonda il diritto alle prestazioni, l'estinzione del carattere causale dell'infortunio deve essere provata secondo l'abituale grado della verosimiglianza preponderante. La semplice possibilità che l'infortunio non giochi più un effetto causale non è sufficiente. Trattandosi della soppressione del diritto alle prestazioni, l'onere della prova incombe, non già all'assicurato, ma all'assicuratore (cfr. RAMI 2000 U 363, p. 46 consid. 2 e riferimenti ivi citati). 2.5. Occorre inoltre rilevare che il diritto a prestazioni assicurative presuppone pure l'esistenza di un nesso di causalità adeguata tra gli elementi summenzionati. Un evento è da ritenere causa adeguata di un determinato effetto quando secondo il corso ordinario delle cose e l'esperienza della vita il fatto assicurato è idoneo a provocare un effetto come quello che si è prodotto, sicché il suo verificarsi appaia in linea generale propiziato dall'evento in questione (DTF 129 V 181 consid. 3.2 e 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a, DTF 117 V 361

consid. 5a e 382 consid. 4a e sentenze ivi citate). Comunque, qualora sia carente il nesso di causalità naturale, l'assicuratore può rifiutare di erogare le prestazioni senza dover esaminare il requisito della causalità adeguata (cfr. DTF 117 V 361 consid. 5a e 382 consid. 4a; su queste questioni vedi pure: Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 51-53). La giurisprudenza ha inoltre stabilito che la causalità adeguata, quale fattore restrittivo della responsabilità dell'assicurazione contro gli infortuni allorché esiste un rapporto di causalità naturale, non gioca un ruolo in presenza di disturbi fisici consecutivi ad un infortunio, dal momento che l'assicurazione risponde anche per le complicazioni più singolari e gravi che solitamente non si presentano secondo l'esperienza medica (cfr. DTF 127 V 102 consid. 5 b/bb, 118 V 286 e 117 V 365 in fine; cfr., pure, U. Meyer-Blaser, Kausalitätsfragen aus dem Gebiet des Sozialversicherungsrechts, in SZS 2/1994, p. 104s. e M. Frésard, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], n. 39).

2.6. Dalle carte processuali emerge che l'amministrazione ha fondato la decisione di dichiarare estinto il proprio obbligo a prestazioni in relazione ai disturbi presenti a livello della spalla destra, sulla base del rapporto 9 febbraio 2015 del dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica, e del parere 18 giugno 2015 del dott. _____, spec. FMH in chirurgia. In effetti, a magine della visita di controllo tenutasi nel febbraio 2015, il dott. _____ ha diagnosticato uno stato post-distorsivo alla spalla destra in paziente portatore di una periartrite omero-scapolare calcifica e, al riguardo, ha osservato che la calcificazione era sicuramente preesistente all'infortunio. Egli ha inoltre espresso l'opinione secondo la quale la calcificazione costituiva "... la causa dei disturbi accusati dal paziente visto che all'esame di RM non ha messo in evidenza nessuna patologia di origine post-traumatica." (doc. 5, p. 2). Va precisato che, antecedentemente alla visita fiduciaria (nel dicembre 2014), l'assicurato aveva privatamente consultato il dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia, il quale aveva riscontrato la presenza di un'instabilità antero-inferiore della spalla destra, insorta a seguito di una "elongazione del legamento gleno omerale medio" causata dalla caduta dell'ottobre 2014 (cfr. doc. A 13; in questo senso, si veda pure il doc. A 12). Quindi, con rapporto del 3 marzo 2015, il dott. _____ ha preso posizione nel seguente modo sulle conclusioni del dott. _____:

" (...). Secondo il rapporto del Dr. med. _____ il paziente sarebbe affetto da una periartrite omero-scapolare calcifica e non di un'instabilità della spalla. Ho dunque nuovamente considerato l'anamnesi e l'esame clinico del paziente. Anamnesticamente il signor RI 1 riferisce di non aver mai avuto dolori alla spalla. I dolori sono iniziati in seguito al trauma subito il 29 ottobre scorso. Durante la caduta ha appoggiato il braccio esteso dietro al corpo procurandosi così un trauma assiale dell'arto. Attualmente, a 4 mesi di distanza, persistenza di dolori. Tali dolori tuttavia non sono presenti in maniera continua ma con i movimenti in abduzione e rotazione esterna. All'esame clinico il testing della cuffia dei rotatori è normale, apprehension chiaramente positivo, relocation debolmente positivo. Sia l'anamnesi che l'esame clinico mi fanno dunque pensare ad un'instabilità antero-inferiore. D'altra parte è chiaro che non si può escludere una partecipazione della calcificazione nella sintomatologia e ho dunque consigliato al paziente di accettare le proposte del collega Dr. med. _____." (doc. A 11)

Nel corso del mese di giugno 2015, il ricorrente è stato sottoposto a un intervento artroscopico della spalla destra con asportazione delle calcificazioni e borsectomia (cfr. doc. A 9). Invitato dall'amministrazione a esprimersi sull'eziologia dei disturbi lamentati da RI 1 dopo il 1° aprile 2015, con nota manoscritta del 18 giugno 2015, il dott. _____ ha negato l'esistenza di un legame causale con l'evento traumatico assicurato, in quanto "... l'artro

RMI spalla dx 18.11.14 a distanza di 3 settimane dall'infortunio, non mostra alcun tipo di lesione diretta traumatica, né indiretta: "edemi ossei, allungamenti tendino-capsulari, ecc.". La sonografia funzionale marzo '15: "Dolori proprio quando la calcificazione sparisce sotto l'acromion all'abduzione". Calcificazione presente ante l'infortunio." (doc. 2). In occasione della visita del 15 luglio 2015, il PD dott. _____, Viceprimario di chirurgia presso l'Ospedale _____ di _____, autore dell'intervento artroscopico, ha riferito che l'assicurato presentava ancora disturbi e faceva fatica ad alzare il braccio destro (cfr. doc. A 8). Sempre il dott. _____, con referto del 27 agosto 2015, ha sostenuto che si poteva "... supporre un residuo dolore derivante dall'intervento: il fatto di aver operato nello spazio sottoacromiale crea una specie di impingement transitorio secondario. Dall'altro lato il paziente sostiene che il dolore che provava prima dell'intervento è ancora persistente. Da questa affermazione si deve probabilmente dedurre che la causa dei suoi dolori non sia la calcificazione." (cfr. doc. A 7). Un'artro-RMN della spalla destra eseguita il 26 ottobre 2015 ha mostrato l'esistenza di una lesione del tendine sovraspinato trasmurale a livello pre-inserzionale (cfr. doc. A 4). Nel suo rapporto datato 3 novembre 2015, il dott. _____, responsabile del Servizio di chirurgia della spalla presso l'Ospedale _____ di _____, ha riferito che, all'esame clinico, si evidenziava "... un'instabilità anteriore della spalla destra con Relocation Test e Apprehension Test positivi. Tali sintomi erano verosimilmente presenti fin da dopo il trauma, in quanto il paziente riferisce che da sempre il movimento di abduzione e rotazione esterna è stato dolente e veniva mitigato appoggiando la mano sulla faccia anteriore della spalla destra. In conclusione, si tratta di una rottura a tutto spessore del sovraspinoso in esiti di calcificazione alla spalla destra in un quadro di instabilità antero-inferiore post-traumatica. Il consiglio è quello di sottoporsi ad un nuovo intervento di riparazione del sovraspinoso e un ritensionamento capsulo-legamentoso antero-inferiore alla spalla destra." (doc. A 4). A margine del consulto del 9 novembre 2015, il PD _____ ha condiviso "... l'indicazione chirurgica con sutura della cuffia e valutazione intraoperatoria di un'eventuale instabilità con videoregistrazione." (doc. A 5). L'intervento ha avuto luogo in data 2 dicembre 2015. Dal relativo rapporto emerge che, intraoperativamente, è stata oggettivata una "lassità capsulare con positività del d.t.s. test ed elongazione dei legamenti gleno omerali medio e inferiore.", come pure una "lesione preinserzionale del sovraspinoso ed instabilità clb." (doc. A 3).

2.7. 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 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. STF 8C_336/2015 del 25 agosto 2015; STFA U 168/02 del 10 luglio 2003; DTF 125 V 353, consid. 3b/bb). 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.

2.8. Ancora in sede di risposta di causa, riferendosi agli apprezzamenti dei suoi medici consulenti, l'assicuratore infortuni convenuto ha fatto valere che i disturbi lamentati da RI 1 erano imputabili alla presenza di una calcificazione della cuffia dei rotatori, preesistente all'infortunio dell'ottobre 2014 (e, quindi, non in nesso di causalità naturale con quest'ultimo – cfr. doc. III, p. 4). Chiamato a pronunciarsi, questo Tribunale non ritiene che i referti agli atti dei dottori _____ e _____, possa senz'altro costituire da valido supporto probatorio al presente giudizio. Secondo questa Corte, i succitati rapporti non tengono conto di quanto è accaduto successivamente alla loro stesura. In effetti, dagli atti di causa emerge che, posteriormente all'artroscopia del 2 giugno 2015, mediante la quale era stata asportata la calcificazione (cfr. doc. A 9), l'assicurato ha continuato a lamentare i medesimi disturbi alla spalla destra, tanto che il PD dott. _____ ha dichiarato che da ciò si doveva probabilmente dedurre che la causa non era (unicamente) la calcificazione (cfr. doc. A 7). D'altro canto, a margine del consulto del 30 ottobre 2015, il dott. _____ ha in particolare riscontrato, all'esame clinico, la presenza di un'instabilità anteriore della spalla destra, precisando che tale problematica era verosimilmente presente fin da dopo il trauma del 29 ottobre 2014 (cfr. doc. A 4). L'esistenza della patologia in questione è stata confermata intraoperativamente (cfr. doc. A 3). In questo contesto, deve essere ricordato che, già in occasione della visita del 2 dicembre 2014, il chirurgo ortopedico dott. _____ aveva formulato la diagnosi d'instabilità antero-inferiore della spalla destra (cfr. doc. A 13). Il TCA non ignora che, con rapporto del 3 marzo 2015, il dott. _____ non aveva potuto escludere una partecipazione della calcificazione alla sintomatologia e aveva quindi consigliato all'assicurato di accettare le conclusioni del dott. _____ (cfr. doc. A 11). Ciò non può tuttavia essere considerato decisivo poiché quanto attestato dal medico curante specialista è stato superato da quanto è accaduto nel prosieguo, così come già indicato in precedenza. Tutto ben considerato, questo Tribunale ritiene che le considerazioni appena esposte siano atte a creare dei dubbi circa la fondatezza della valutazione enunciata dai dottori _____ e _____, sulla cui base l'amministrazione ha fondato la decisione su opposizione impugnata (cfr. DTF 139 V

225 consid. 5.2). Il TCA non è quindi in grado di derimere, con la necessaria tranquillità, la presente vertenza sulla base della sola documentazione agli atti, ragione per la quale s'impone un approfondimento peritale. 2.9. 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 pronunzia, 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 Beweissmassnahme 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 verteilen - 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 - 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) é 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 LPG: " 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).” (STF 8C_59/2011 consid. 5.2) Nella presente
fattispecie, il TCA ritiene che siano soddisfatti i presupposti per un rinvio degli atti
all’amministrazione (cfr. STF 8C_59/2011 del 10 agosto 2011 e DTF 135 V 465), già per il
solo fatto che essa ha fondato la decisione impugnata esclusivamente sul parere dei propri
medici consulenti (per un caso analogo, si veda la STF 8C_757/2014 del 16 gennaio 2015
consid. 3.2). Per le ragioni esposte al considerando 2.8. , si giustifica pertanto
l’annullamento della decisione su opposizione impugnata e il rinvio degli atti
all’assicuratore resistente affinché disponga un approfondimento peritale esterno (art. 44
LPGA) volto a chiarire l’eziologia dei disturbi accusati alla spalla destra da RI 1 dopo il 30
marzo 2015 . Sulla base delle relative risultanze, la CO 1 sarà poi chiamata a definire
nuovamente il diritto a prestazioni, dal profilo materiale e temporale, a contare dal 1° aprile
2015 .

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