

TI_GERICHTE 35.2015.56 vom 17. September 2015

TI Tribunale d'appello, 2015-09-17, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2015.56

FR: TI_GERICHTE 35.2015.56 du 17 septembre 2015

IT: TI_GERICHTE 35.2015.56 del 17 settembre 2015

Regeste

Secondo dito piede sx urtato contro angolo di un muro. Rinvio atti a assicuratore affinché stabilisca se nell'evento l'assicurata ha riportato una lussazione del dito e determini di nuovo diritto a prestazioni

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 R DAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA H 304/99 del 22 dicembre 2000; STFA I 623/98 del 26 ottobre 1999). Nel merito 2.2. L'oggetto della lite è circoscritto alla questione di sapere se la era legittimata a negare la propria responsabilità per i disturbi al piede sinistro che sono stati oggetto dell'intervento operatorio del 10 settembre 2014, 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 LPG) 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 giustificare la disattenzione (cfr. DTF 119 V 31; DTF 118 V 110; DTF 118 V 53; DTF 115 V 134; DTF 114 V 156; DTF 114 V 164; DTF 113 V 46). Ne discende che ove l'esistenza di un nesso causalità tra infortunio e danno sia possibile ma non possa essere reputata probabile, il diritto a prestazioni derivato dall'infortunio assicurato dev'essere negato (DTF 129 V 181 consid. 3.1 e 406 consid. 4.3.1, DTF 117 V 360 consid. 4a e sentenze ivi citate). L'assicuratore contro gli infortuni è tenuto a corrispondere le proprie prestazioni fino a che le sequele dell'infortunio giocano un ruolo causale. Pertanto, la cessazione delle prestazioni entra in considerazione soltanto in due casi: - quando lo stato di salute dell'interessato è simile a quello che esisteva immediatamente prima dell'infortunio (status quo ante); - quando lo stato di salute dell'interessato è quello che, secondo l'evoluzione ordinaria, sarebbe prima o poi subentrato anche senza l'infortunio (status quo sine) (cfr. RAMI 1992 U 142, p. 75 s. consid. 4b; A. Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, p. 469; U. Meyer-Blaser, Die Zusammenarbeit von Richter und Arzt in der Sozialversicherung, in Bollettino dei medici svizzeri 71/1990, p. 1093). Secondo la giurisprudenza, qualora il nesso di causalità con l'infortunio sia dimostrato con un sufficiente grado di verosimiglianza, l'assicuratore è liberato dal proprio obbligo prestativo soltanto se l'infortunio non costituisce più la causa naturale ed adeguata del danno alla salute. Analogamente alla determinazione del nesso di causalità naturale che fonda il diritto alle prestazioni, l'estinzione del carattere causale dell'infortunio deve essere provata secondo l'abituale grado della verosimiglianza preponderante. La semplice possibilità che l'infortunio non giochi più un effetto causale non è sufficiente. Trattandosi della soppressione del diritto alle prestazioni, l'onere della prova incombe, non già all'assicurato, ma all'assicuratore (cfr. RAMI 2000 U 363, p. 46 consid. 2 e riferimenti ivi citati). 2.5. 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 negato il proprio obbligo a prestazioni in relazione ai disturbi al piede sinistro che hanno reso necessario l'operazione del 10 settembre 2014, fondandosi sul parere enunciato in proposito dal suo medico consulente (cfr. doc. 17). In effetti, con rapporto del 17 dicembre 2014, il dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica, dopo aver esaminato la documentazione clinica e radiologica a sua disposizione, ha sostenuto che, in data 19 febbraio 2014, RI 1 ha riportato una contusione del secondo dito del piede sinistro, sede in cui gli esami radiologici hanno evidenziato delle alterazioni degenerative a livello dell'articolazione IPP, escludendo invece l'insorgenza di una lussazione, visto che il certificato medico iniziale riferiva di una semplice contusione. Egli ha quindi concluso che l'intervento del 10 settembre 2014 non si trova in nesso causale naturale con l'infortunio del 19 febbraio 2014 (cfr. doc. 16).

Unitamente al ricorso, l'assicurata ha prodotto una certificazione del dott. _____, Primario di chirurgia ortopedica e traumatologia presso l'Ospedale di _____, il cui tenore è in particolare il seguente: "(...). La patiente décrit clairement lors de sa consultation du 19.02.2014 un épisode traumatique au niveau de son deuxième rayon G avec sensation de luxation au niveau de l'articulation interphalangienne proximale, que la patiente elle-même a essayé de réaligner. Les premiers clichés radiologiques effectués aux urgences sur les seules deux incidences, mettaient en évidence une congruence articulaire. L'évolution a été par la suite défavorable avec la persistance d'une gêne au déroulement du pas qui n'était absolument pas présente avant l'accident du 19.02.2014. Un nouveau cliché radiologique effectué le 23.04.2014 mettait en évidence cette fois clairement une subluxation interphalangienne proximale au niveau du 2ème rayon du pied G, raison pour laquelle j'avais expliqué à la patiente qu'il s'agissait d'une séquelle post-traumatique et qu'une tentative de réduction à 2 mois de l'accident ne pourrait pas donner un bon résultat, et que la seule alternative selon l'évolution serait d'effectuer une arthrodèse IPP. (...). Sur la base de l'anamnèse, de l'examen clinique et surtout de l'imagerie radiologique, il s'agit clairement de séquelles post-traumatiques liées à l'événement du 19.02.2014. À signaler surtout qu'avant cet événement traumatique, la patiente ne présentait aucune gêne au niveau de son pied G et que le bilan radiologique effectué le 19.02.14 ne mettait en évidence aucun trouble dégénératif en regard de l'articulation IPP du 2ème orteil." (doc. 29)

L'amministrazione ha sottoposto il referto del dott. _____ al dott. _____, il quale ha rilevato che le considerazioni espresse dal medico curante specialista non sono suscettibili di modificare la sua valutazione della fattispecie, sottolineando in particolare che non sarebbe stata dimostrata l'esistenza della pretesa lussazione IPP (cfr. doc. 30). In corso di causa, l'insorgente ha prodotto ulteriore documentazione medica. Con scritto del

17 agosto 2015, il dott. _____, sanitario che il 19 febbraio 2014 visitò l'assicurata presso il PS dell'Ospedale di _____, ha dichiarato che, in quell'occasione, ella gli aveva raccontato di aver lussato il dito del piede a livello dell'articolazione interfalangeale distale e di aver ridotto la lussazione poco prima della consultazione. Egli ha inoltre precisato che gli esami radiologici non avevano mostrato una lussazione, ragione per la quale aveva diagnosticato una contusione del dito (cfr. doc. B 1). Con dichiarazione datata 16 agosto 2015, il dott. _____, Capoclinica aggiunto di anestesia presso l'Ospedale di _____, anch'egli presente in sala operatoria quel 19 febbraio 2014, ha attestato di aver esaminato il piede sinistro dell'assicurata e di aver osservato una deformazione dolorosa del secondo dito "faisant suspecter une luxation". Egli ha altresì ricordato che RI 1 aveva affermato di aver lei stessa tentato di eseguire delle manovre di riduzione (cfr. doc. B 2). Infine, agli atti figura un messaggio di posta elettronica nel quale la dott.ssa _____, Capoclinica di anestesia presso il _____ di _____, ha dichiarato di essere stata testimone dell'infortunio occorso alla ricorrente il 19 febbraio 2014. Per quanto qui d'interesse, ella ha affermato che "durante la preparazione della sala la Sig.ra RI 1 ha urtato il secondo dito del piede sinistro, che ha riportato una deformità e successivamente un gonfiore evidenti. La Sig.ra RI 1, essendo l'unica infermiera anestesista presente in sala operatoria durante l'urgenza ostetricale, non ha abbandonato il luogo di lavoro ma ha provato a ridurre manualmente la deformità al dito del piede e vi ha posizionato del ghiaccio, rimandando il controllo in pronto soccorso alla fine dell'urgenza di cui ci stavamo occupando." (doc. B 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. 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. Chiamato a pronunciarsi nella concreta evenienza, questo Tribunale osserva che il medico fiduciario dell'assicuratore ha negato l'esistenza di un legame causale naturale tra il danno alla salute e l'evento traumatico del febbraio 2014, principalmente per il motivo che, a suo dire, non sarebbe stato dimostrato l'intervento di una lussazione a livello del secondo dito del piede sinistro. Al riguardo, egli ha fatto riferimento al certificato medico iniziale del dott. _____, in cui figura la diagnosi di contusione, e alle radiografie eseguite all'epoca che mostrano unicamente delle alterazioni degenerative, senza lesioni traumatiche (cfr. doc. 16 e 30). Al riguardo, il TCA rileva che dalla documentazione prodotta in corso di causa dall'assicurata, emergono elementi tali da generare dei dubbi circa la correttezza della tesi difesa dal dott. _____. In effetti, tanto il dott. _____ (doc. B 1) quanto il dott. _____ (doc. B 2) hanno dichiarato di ricordare che RI 1 aveva loro raccontato di aver lei stessa compiuto delle manipolazioni al fine di ridurre una deformazione interessante il secondo dito del piede sinistro. Da parte sua, la dott.ssa _____, la quale aveva aperto la sala operatoria in urgenza assieme all'insorgente, ha anzi attestato di aver personalmente osservato quest'ultima "ridurre manualmente la deformità al dito del piede" (cfr. doc. B 3). Quindi, se è vero che nel rapporto relativo alla prima consultazione si fa stato di una semplice contusione del secondo dito, senza alcun accenno anamnestico all'insorgenza di una lussazione (cfr. doc. 10), è altrettanto vero che, alla luce di quanto precede, non possa essere escluso che quanto sostenuto dall'assicurata corrisponda a quanto effettivamente accaduto (lussazione interfalangeale distale a livello del secondo dito provocata dall'urto del piede sinistro contro l'angolo di un muro e auto-riposizione di quest'ultima). Questa Corte 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 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 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 LPGGA: " 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 del proprio consulente medico (" notre médecin-conseil "; 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. L'assicuratore resistente, a cui gli atti vengono dunque retrocessi, dovrà disporre una perizia esterna (cfr. art. 44 LPGGA) volta a chiarire la natura del danno alla salute riguardante il secondo dito del piede sinistro dell'assicurata e, sulla base delle relative risultanze, definire nuovamente il diritto a prestazioni a dipendenza dell'evento infortunistico del 19 febbraio 2014.

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