

TI_GERICHTE 35.2016.75 vom 15. Dezember 2016

TI Tribunale d'appello, 2016-12-15, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2016.75

FR: TI_GERICHTE 35.2016.75 du 15 décembre 2016

IT: TI_GERICHTE 35.2016.75 del 15 dicembre 2016

Regeste

Rinvio all'amministrazione per appurare tramite perizia la capacità lavorativa dell'assicurato, tenuto conto dei disturbi a schiena e spalla dx. (disturbi al ginocchio dx non a carico dell'assicuratore)

Erwägungen

E. 9

cpv. 2 lett. c OAINF), ciò non basta per ammettere l'obbligo a prestazioni della CO 1. In effetti, sarebbe ancora necessario che all'origine del danno alla salute vi fosse stato un evento assimilabile ad infortunio. Ora, il TCA ritiene che il semplice fatto di girarsi, quindi di ruotare il corpo, mentre si sta salendo una scala, non costituisce un fattore lesivo esterno ai sensi della giurisprudenza citata al considerando 2.2.4. (in questo senso, cfr. la STF 8C_22/2010 del 28 settembre 2010, riguardante un'assicurata che aveva lamentato una lesione meniscale al ginocchio destro dopo essersi girata allo scopo di riempire una brocca d'acqua in cucina e la STCA 35.2006.71 del 15 gennaio 2007 consid. 2.10, cresciuta incontestata in giudicato, concernente un falegname che, trasportando un armadio a muro unitamente a un collega, in un tratto ad angolo retto della scala, nel momento di caricare verso l'esterno la gamba destra, aveva avvertito il ginocchio cedere con una fitta di dolore; si veda pure la STCA 35.2015.121 del 16 agosto 2016 consid. 2.2.5., cresciuta in giudicato). È vero che, in una sentenza U 5/02 del 21 ottobre 2002, il TFA (dal 1° gennaio 2007: TF) ha ammesso l'intervento di un fattore esterno, nel caso di un'assicurata che, mentre stava cucinando, si era voltata bruscamente per prendere qualcosa dal frigorifero e aveva così riportato una lacerazione del menisco. È però altrettanto vero che, successivamente, l'Alta Corte ha precisato che, sebbene si fosse trattato di un gesto ordinario della vita, in quella fattispecie era intervenuto un elemento esterno sotto forma di "bruschezza" ("Brüskheit"), che aveva finalmente comportato l'incontrollabilità del gesto (cfr. STF 8C_705/2012 del 17 gennaio 2013 consid. 3.3). Ora, nel caso sub iudice, dalla descrizione dell'accaduto non risulta che nel movimento di rotazione del corpo, sarebbe intervenuto un elemento esterno, così come definito dalla giurisprudenza federale appena evocata. Si è trattato in effetti di un movimento sprovvisto di ogni intensità (assenza di gesto brusco, forzato o violento). Per quanto concerne il riferito movimento di "rotazione innaturale" del ginocchio - diversamente dal caso di cui alla succitata STFA U 5/02, in cui la torsione del ginocchio era parte del gesto stesso (il voltarsi bruscamente) - nella presente fattispecie la torsione del ginocchio appare piuttosto come la conseguenza di un gesto insignificante (il girarsi) e, come tale, non giustifica il riconoscimento di un particolare potenziale di pericolo accresciuto. Per quanto riguarda il danno al ginocchio destro, un obbligo a prestazioni non può dunque essere imposto all'assicuratore LAINF resistente, nemmeno a titolo di lesione parificata ai postumi d'infortunio. Pertanto, qui di seguito, dovrà essere esaminato se

l'istituto convenuto era legittimato a dichiarare il ricorrente abile al lavoro in misura del 50% trascorsa una settimana dopo il sinistro e in misura completa dal 2 aprile 2016, e ciò a dipendenza dei soli disturbi alla schiena e alla spalla destra. Al riguardo, il TCA prende atto del fatto che, secondo la CO 1, trattandosi della seconda fase del sinistro (perdita dell'equilibrio, caduta e urto a terra di schiena e spalla destra), "... il concetto d'infortunio secondo l'art. 4 LPGGA risulta soddisfatto, ..." (doc. 12, p. 2).

2.3. Capacità lavorativa del 50% dal 25 marzo 2016 e del 100% dal 2 aprile 2016? 2.3.1. Secondo l'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 LPGGA, 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. L'entità dell'incapacità lavorativa (e, quindi, il diritto all'indennità giornaliera ex art. 16 LAINF) deve essere valutata considerando le mansioni che l'assicurato è concretamente chiamato a compiere nell'esercizio della sua abituale professione. Nella RAMI 2004 U 529, p. 572ss., consid. 1.4., il TFA ha precisato che la definizione di incapacità al lavoro, così come quelle d'incapacità al guadagno e d'invalidità contenute nella LPGGA, corrispondono alle definizioni e ai principi dell'assicurazione contro gli infortuni elaborati finora dalla giurisprudenza. 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; Ghélew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), Losanna 1992, p. 91).

2.3.2. Dalle carte processuali risulta che la decisione dell'amministrazione di dichiarare il ricorrente abile al lavoro in misura del 50% dal 25 marzo 2016 e in misura completa dal 2 aprile 2016, è fondata sul parere espresso dal proprio consulente medico (cfr. doc. 12, p. 2: "In base alla valutazione del nostro medico consulente, ..."). In effetti, fondandosi sulla sola documentazione a sua disposizione, con nota datata 18 maggio 2016, il dott. _____, spec. FMH in medicina interna, dopo aver diagnosticato una contusione della spalla e della schiena senza danni strutturali di natura traumatica agli esami radiologici, ha indicato le seguenti percentuali d'incapacità lavorativa: "1 settimana al 100% e una settimana al 50%" (cfr. doc. 10). Da parte sua, il

medico curante, dott. _____, spec. FMH in chirurgia, ha invece certificato un'inabilità lavorativa del 100% sino al 15 maggio 2016 e del 50% sino al 12 giugno 2016 (cfr. doc. 11). Con rapporto del 13 maggio 2016, egli ha attestato la persistenza di "... forti dolori alla colonna cervicale e dorso-lombare con irradiazione agli arti inferiori e dolori al ginocchio destro." (doc. 9).

2.3.3. Per costante giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale mentre invece nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (cfr. RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STFA U 259/02 dell'8 luglio 2003 consid. 2.1.1; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in BJM 1989, p. 30ss.). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10, p. 33ss. 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 alcun dubbio, 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. 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 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). E' infine utile osservare che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va, tuttavia, precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (cfr. STFA I 811/03 del 31 gennaio 2005, consid. 5 in fine; STFA I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV n. 10 p. 35 consid. 4b).

2.3.4. Chiamata ora a pronunciarsi, tutto ben considerato, questa Corte ritiene che la laconica nota del dott. _____, elaborata in base a una scarsa documentazione, non consenta di concludere con la necessaria tranquillità che, tenuto conto delle sequele infortunistiche interessanti la spalla destra e la schiena, RI 1 abbia

effettivamente ritrovato una piena capacità lavorativa nei tempi e nei modi indicati dal fiduciario. L'assicuratore LAINF convenuto ha pertanto omesso di accertare in modo appropriato fatti giuridicamente rilevanti, violando in tal modo il disposto di cui all'art. 43 cpv. 1 LPGa. 2.3.5. 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 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 del proprio consulente medico (per un caso analogo, si veda la STF 8C_757/2014 del 16 gennaio 2015 consid. 3.2). S i giustifica dunque l'annullamento della decisione su opposizione impugnata nella misura in cui, a dipendenza dei postumi infortunistici interessanti la schiena e la spalla destra, il ricorrente è stato dichiarato abile al lavoro in misura del 50% dal 25 marzo 2016 e in misura completa dal 2 aprile 2016, e il rinvio degli atti all'istituto assicuratore convenuto affinché disponga un approfondimento peritale volto a determinare il grado di capacità lavorativa dell'assicurato a far tempo dal 25 marzo 2016.

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