

TI_GERICHTE 35.2018.49 vom 23. Januar 2019

TI Tribunale d'appello, 2019-01-23, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2018.49

FR: TI_GERICHTE 35.2018.49 du 23 janvier 2019

IT: TI_GERICHTE 35.2018.49 del 23 gennaio 2019

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. Litigiosa è la questione di sapere se l'istituto convenuto era legittimato a dichiarare estinto a decorrere dal 1° gennaio 2012 il proprio obbligo a prestazioni dipendente dall'evento traumatico del gennaio 2011, 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. Presupposto essenziale per l'erogazione di prestazioni da parte dell'assicurazione contro gli infortuni è 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. In concreto, dalla decisione su opposizione impugnata risulta che l'assicuratore resistente ha posto fine al proprio obbligo a prestazioni, fondandosi sul parere espresso dai propri consulenti medici (cfr. doc. 95, p. 5 s.). Dalle tavole processuali emerge in effetti che l'aspetto eziologico dei disturbi facciali denunciati dalla ricorrente è stato valutato, in un primo tempo, dai dottori _____ e _____, spec. in chirurgia ortopedica e traumatologia, rispettivamente in chirurgia, attivi presso il Centro _____ di

_____ . Essi hanno innanzitutto rilevato che le difficoltà masticatorie hanno assunto rilevanza e sono state documentate trascorsi 12 mesi dalla caduta. D'altro canto, la RMN del 13 marzo 2012 ha evidenziato una disfunzione dell'articolazione temporo-mandibolare bilaterale, più pronunciata a destra, con un aspetto degenerativo della cartilagine articolare e ne hanno concluso che l'esame in questione non ha in realtà mostrato lesioni strutturali riconducibili all'infortunio del gennaio 2011. In queste condizioni, a loro avviso, è impensabile che il problema della masticazione denunciato dall'assicurata possa essere considerato conseguenza della caduta. I fiduciari dell'amministrazione hanno inoltre segnalato che il medico dentista curante (dott. S. Leoncini) aveva escluso un'origine dentaria dei dolori e formulato la diagnosi di tendinopatia a livello dell'articolazione temporo-mandibolare. Questa diagnosi risulta confermata anche dal chirurgo maxillo-facciale dott. _____. Posto che allorché il termine di tendinopatia viene utilizzato, ci si riferisce principalmente a una patologia morbosa, essi hanno escluso una probabile relazione causale con l'infortunio assicurato. I dottori _____ e _____ hanno per contro riconosciuto che la caduta può aver scompensato il preesistente stato dell'articolazione temporo-mandibolare, tuttavia, vista l'assenza di lesioni strutturali oggettivamente, è ragionevole ritenere che a distanza di un anno dal trauma, lo status quo sine fosse già ampiamente raggiunto (doc. 74). Dal profilo neurologico, la fattispecie è stata approfondita dal PD dott. _____, spec. FMH in neurologia, il quale è stato invitato dall'amministrazione a prendere posizione sul contenuto dei referti agli atti del dott. _____, Caposervizio di neurologia presso l'Ospedale _____ di _____. In sintesi, il dott. _____ ha rilevato che, dal suo punto di vista, i disturbi presentati e il decorso documentato non correlano con un danno strutturale, in particolare con un danno causato con verosimiglianza preponderante dall'infortunio in discussione. Egli ha inoltre sottolineato come non siano stati fatti valere dolori limitanti la vita quotidiana, né documentata una conseguente medicazione antalgica, ciò che è incompatibile con l'esistenza di una nevralgia del trigemino sintomatica. Sempre secondo il dott. _____, non è nemmeno spiegabile come l'infortunio, che ha comportato una lesione nella regione orbitale, abbia potuto provocare un danno alla branca mandibolare del nervo trigemino (V3) che si trova in tutt'altra sede, posto inoltre che un'alterazione della sensibilità della lingua è stata segnalata soltanto a distanza di anni. Parimenti assente un danno oggettivamente mediante esami elettrofisiologici. Il neurologo di fiducia dell'CO 1 ha quindi concluso che le considerazioni espresse dal dott. _____ non convincono, nella misura in cui costituiscono un semplice tentativo di spiegare degli atipici disturbi facciali cronici, soggettivamente denunciati dall'assicurata, privi di correlato oggettivo e senza dimostrazione di un danno organico (doc. 94). Con la propria impugnativa, l'assicurata contesta che agli apprezzamenti enunciati dai medici fiduciari dell'istituto assicuratore resistente possa essere attribuito pieno valore probatorio, facendo riferimento essenzialmente al contenuto dei rapporti agli atti del chirurgo maxillo-facciale dott. _____ e del neurologo dott. _____ (cfr. doc. I). 2.7. 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. 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 consid. 4.4 e consid. 4.7, 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 (in questo senso, si veda pure la STF 8C_329/2017 del 5 settembre 2018 consid. 5.3). 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 a medici esterni all'amministrazione o a servizi specializzati indipendenti in ossequio alla procedure di cui all'art. 44 LPGa, esse godono di piena forza probatoria, a condizione che non esistano indizi concreti che ne mettano in dubbio l'affidabilità (cfr. STF 8C_839/2016 del 12 aprile 2017 consid. 3.2 e 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. STFA I 811/03 del 31 gennaio 2005, consid. 5 in fine; STFA I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV Nr. 10 p. 35 consid. 4b). 2.8. Nella concreta evenienza, questa Corte non può senz'altro confermare la decisione su opposizione dell'CO 1 di dichiarare estinto dal 1° gennaio 2012 il nesso di causalità naturale tra l'infortunio assicurato e i disturbi facciali lamentati dalla ricorrente. In effetti, a proposito dell'aspetto eziologico, dalla documentazione agli atti emergono elementi di valutazione suscettibili di generare dei dubbi, perlomeno lievi, circa la fondatezza delle conclusioni a cui sono giunti i medici interni dell'amministrazione. In simili casi, la giurisprudenza federale prevede che la vertenza non possa essere decisa basandosi sull'uno o sull'altro dei pareri a disposizione ma che occorre ordinare una perizia ad opera di un medico indipendente secondo la procedura di cui all'art. 44 LPGa oppure una perizia giudiziaria (cfr. STF 8C_456/2010 del 19 aprile

2011 consid. 3; in questo stesso senso, si veda pure la STF 8C_943/2010 del 9 novembre 2011 consid. 3.2). Il TCA constata innanzitutto che la presenza di disturbi facciali era stata segnalata già nelle settimane immediatamente successive all'infortunio. In questo senso, si veda la nota telefonica 27 gennaio 2011 (doc. 9: "quando è caduta ha picchiato fortissimo la faccia, è andata anche dal Dr. _____ e c'è un problema con la mascella ." – il corsivo è del redattore), il rapporto 7 febbraio 2011 del dentista dott. _____ (doc. 13: "Paziente lamenta ipoestesia dx , delimitata zona → foto." – il corsivo è del redattore), il referto 25 febbraio 2011 del dott. _____ (doc. 14: "La paziente mi ha riferito che per i disturbi al viso è già stata esaminata sia da un oculista che da un dentista." – il corsivo è del redattore), nonché la nota telefonica 28 marzo 2011 (doc. 16: "Mi fa pure presente che le cure continuano per quanto riguarda la mano e il nervo facciale . (...). Inoltre sono previsti controlli pure per il viso (nervo facciale)." – il corsivo è del redattore). Alla luce di quanto precede, l'affermazione, contenuta nell'apprezzamento 7 marzo 2016 dei dottori _____ e _____, secondo la quale le difficoltà masticatorie sarebbero insorte con un tempo di latenza di circa un anno (cfr. doc. 74, p. 5), non può essere condivisa e merita un approfondimento. D'altro canto, occorre constatare che, con parere del 15 gennaio 2013, il medico dentista fiduciario dell'CO 1 ha esplicitamente riconosciuto che i disturbi mandibolo-facciali lamentati da RI 1 costituivano ancora una conseguenza naturale dell'infortunio del mese di gennaio 2011 (cfr. doc. 60). L'esistenza di una relazione causale, almeno parziale, con quest'ultimo evento era del resto già stata ammessa dal dott. _____, dentista curante (doc. 45, p. 1: "L'anamnesi mi induce a considerare lo stato di tensione nervosa della paziente sicuramente una delle concause della tendomiopatia, in associazione con il trauma che ha colpito in mascellare inferiore e la parte destra del viso ." – il corsivo è del redattore). Inoltre, il dott. _____, spec. FMH in chirurgia maxillo-facciale, consultato dallo stesso assicuratore LAINF, ha formulato delle considerazioni circa l'eziologia dei disturbi facciali che divergono da quelle contenute nell'apprezzamento 7 marzo 2016 dei dottori _____ e _____. Preliminarmente, il TCA stigmatizza il fatto che la valutazione in questione sia stata elaborata a distanza di oltre due anni dal relativo incarico (cfr. doc. 71 e doc. 74). D'altra parte, non può essere ignorato che, contrariamente al dott. _____ (il quale era stato consultato proprio in ragione della natura dei disturbi lamentati, su ordine del medico _____, dott. _____ – cfr. doc. 62), i medici fiduciari in questione non sono dei chirurghi maxillo-facciali, l'uno è infatti specialista in chirurgia ortopedica, l'altro in chirurgia generale. Infine, e soprattutto, il dott. _____ si è espresso piuttosto a favore dell'esistenza/persistenza di un legame causale naturale con il noto sinistro o, perlomeno, nella misura in cui ha sostenuto che il medesimo ha aggravato il preesistente stato a livello delle articolazioni temporo-mandibolari, non ha affatto preteso che il nesso causale si fosse nel frattempo estinto (cfr. doc. 67, p. 2: "... penso anch'io che si tratti piuttosto di una tendomiopatia nella regione dell'ATM dx come anche dell'ATM sx. È chiaro l'effetto del trauma subito e evtl. trauma diretto sul nervo trigemino nel senso di una iposensibilità nella regione della guancia, del vestibolo della mascella superiore e dei denti della mascella superiore. (...). Un certo danno cronico evidenzia la risonanza magnetica del 13.03. che indicano alterazioni a livello della cartilagine articolare. Inoltre evidenziano una disfunzione bilaterale, maggiore a destra, della funzione temporo-mandibolare. Queste forse già esistenti problematiche croniche alle ATM, possono aggravarsi chiaramente tramite un trauma da caduta. (...). Anche i dolori nella regione dell'orbita sono giustificati dal trauma."). 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 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) 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 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 fatto che essa ha fondato la decisione impugnata sul parere dei propri medici fiduciari (per un caso analogo, si veda la STF 8C_757/2014 del 16 gennaio 2015 consid. 3.2). Per le ragioni già 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 LPG) volto a definire se i disturbi facciali denunciati da RI 1 costituivano anche dopo il 31 dicembre 2011 una conseguenza naturale dell’evento traumatico accaduto in data 4 gennaio 2011. Sulla scorta delle relative risultanze, l’CO 1 emetterà una nuova decisione formale.

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