

TI_GERICHTE 35.2018.88 vom 10. Dezember 2018

TI Tribunale d'appello, 2018-12-10, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2018.88

FR: TI_GERICHTE 35.2018.88 du 10 décembre 2018

IT: TI_GERICHTE 35.2018.88 del 10 dicembre 2018

Erwägungen

E. 30

novembre 2018, del chirurgo ortopedico dott. _____ (cfr. doc. X 1). Tale modo di procedere non può essere approvato dal TCA, in quanto incompatibile con il principio della parità delle armi tra le parti. Secondo l'art. 6 par. 1 CEDU, il principio della parità delle armi tra le parti è un elemento essenziale del diritto a un processo equo. Esso non è volto soltanto a salvaguardare l'uguaglianza formale delle parti nella procedura giudiziaria ma deve inoltre garantire un'uguaglianza delle possibilità per le parti di far valere i loro mezzi dinanzi al tribunale. L'art. 6 par. 1 CEDU non obbliga tuttavia i paesi firmatari della Convenzione a prevedere una totale uguaglianza delle armi tra le parti. La Convenzione esige però che una persona assicurata non sia posta in una condizione procedurale tale da non aver alcuna ragionevole possibilità di sottoporre la propria causa al tribunale senza essere sfavorita nei confronti delle altre parti alla procedura. In applicazione di questo principio la persona assicurata ha il diritto di presentare i propri mezzi di prova per mettere in dubbio l'attendibilità e la validità delle constatazioni del medico dell'assicurazione (cfr. STF 8C_444/2013 del 20 gennaio 2014 e i riferimenti ivi menzionati). Nel caso di specie, occorre innanzitutto rilevare che l'istituto resistente è entrato in possesso del complemento peritale 4 settembre 2018 del dott. _____ il 14 settembre 2018, unitamente all'atto di ricorso. Quindi, mediante la risposta di causa, l'assicuratore convenuto avrebbe dovuto pronunciarsi sulle censure sollevate con l'impugnativa e produrre i mezzi di prova a supporto delle proprie tesi (in questo senso, si veda l'art. 7 cpv. 1 Lptca: "L'autorità amministrativa deve formulare nell'atto di risposta tutte le sue eccezioni di ordine e o di merito, riservate quelle diversamente regolate a livello federale."). Agendo invece come ha fatto nella presente fattispecie, ossia posticipando la presentazione della presa di posizione del proprio servizio medico fiduciario sul tema centrale della vertenza (l'eziologia dei disturbi insorti a livello di L2-L3), l'amministrazione ha di fatto limitato il diritto dell'assicurato di proporre nuovi mezzi di prova dopo la presentazione della risposta di causa previsto dall'art. 9 Lptca. Non è necessario pronunciarsi in questa occasione sulle conseguenze giuridiche di un simile agire, in quanto la decisione su opposizione impugnata deve comunque essere annullata per ragioni attinenti al merito della vertenza, così come verrà dimostrato qui di seguito (cfr. il consid. 2.9.). nel merito 2.3. L'oggetto litigioso è circoscritto alla questione di sapere se l'CO 1 era legittimato a negare l'esistenza di un nesso di causalità naturale tra l'infortunio del 30 giugno 2014 e i disturbi oggetto dell'annuncio di ricaduta dell'11 settembre 2017, oppure no. 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 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). 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).

2.5. In virtù dell'art. 11 OAINF, l'assicuratore LAINF è tenuto a riprendere l'erogazione delle prestazioni assicurative in caso di ricadute o conseguenze tardive (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 71 e A. Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Berna 1985, p. 277). Né la LAINF né l'OAINF prevedono, al riguardo, un limite temporale. Pertanto, la pretesa potrà essere fatta valere anche qualora la ricaduta o le conseguenze tardive appaiono, per la prima volta, dieci o vent'anni dopo l'infortunio assicurato, e ciò indipendentemente dal fatto che, a quel momento, l'interessato sia o meno ancora assicurato. Rilevante è soltanto l'esistenza di un nesso di causalità (cfr. STFA U 122/00 del 31 luglio 2001).

2.6. Dalla documentazione agli atti si evince che, a seguito dell'evento traumatico del 30 giugno 2014, responsabile dell'insorgenza di un'ernia discale L5-S1 (relativamente alla quale l'CO 1 ha ammesso la propria responsabilità), l'insorgente è stato sottoposto, il 4 maggio 2015, a un intervento di "stabilizzazione posteriore L5-S1 con viti transpeduncolari (...), fusione intersomatica L5-S1 con TLIF da sinistra (...), decompressione della radice L5 bilaterale e fusione postero-laterale bilaterale L5-S1." (doc. 66). Nel corso del mese di luglio 2017, RI 1 ha consultato i sanitari del Servizio di neurochirurgia dell'Ospedale _____ di _____, a causa di una recrudescenza dei dolori in sede lombare con irradiazione verso le due gambe, i quali hanno disposto l'esecuzione di un'ENMG e di una TAC lombare "... per escludere una mobilizzazione delle viti, una pseudoartrosi o una degenerazione del segmento aggiuntivo..." (doc. 207). L'esame elettroencefalografico è risultato nella norma, mentre quello elettromiografico ha evidenziato dei lievi segni di denervazione e reinnervazione cronica a livello di L5-S1 bilateralmente (doc. 211). La TCA lombare effettuata il 29 agosto 2017 ha mostrato l'assenza di segni per una mobilizzazione delle viti, con mezzi di osteosintesi in sede e, a livello di L5-S1 delle articolazioni faccettarie molto aperte con il sospetto di un arco posteriore praticamente mobile, donde l'indicazione a sottoporre l'assicurato a un'infiltrazione di prova delle articolazioni faccettarie L4-L5 e L5-S1 bilateralmente (doc. 214, p. 3 s.). Le infiltrazioni hanno avuto luogo il 31 ottobre 2017 (doc. 224), il 31 gennaio (doc. 237) e il 7 febbraio 2018 (doc. 239). Con rapporto dell'8 febbraio 2018, tenuto conto degli esiti dei test, gli specialisti del Servizio di neurochirurgia hanno concluso che il ricorrente soffre verosimilmente di una "... lieve instabilità aggiuntiva ai livelli adiacenti alla stabilizzazione in particolare L2-L3 che risponde ad una deafferentazione dei rami mediali delle faccette articolari." (doc. 241). Interpellato dall'amministrazione in merito all'eziologia dei disturbi, il dott. _____, Capoclinica presso il Servizio di neurochirurgia, dopo aver precisato che l'intervento di termocoagulazione dei rami articolari mediali di L2-L3 bilaterale effettuato nel frattempo

aveva consentito di confermare "... il sospetto di agosto scorso riguardo una instabilità ma a un livello superiore a quello della stabilizzazione", ha sostenuto che "non è possibile certificare se tale problematica sia insorta come complicanza (possibile) o contestualmente o indipendentemente dalla stabilizzazione ma sarà fondamentale vedere il risultato a medio-lungo termine." (doc. 250 – il corsivo è del redattore). Con referto del 15 giugno 2018, la dott.ssa _____, Capoclinica presso il Centro _____ dell'Ospedale _____ di _____, ha fatto stato di una recrudescenza della sintomatologia "... sia a livello lombare alto e si associa a dolori al passaggio lombosacrale bilateralmente che si irradiano diffusamente con sensazioni parestetiche agli arti inferiori bilateralmente", proponendo pertanto la ripetizione di un test articolare posteriore al fine di capire se vi è stata una denervazione solo parziale delle strutture, elemento che porrebbe le basi per una ripetizione della misura." (doc. 254). Nel quadro della procedura di opposizione, l'assicurato ha versato agli atti un parere medico-legale del dott. _____, specialista in medicina legale e delle assicurazioni, il quale ha in particolare rilevato che "... l'incidente lesivo iniziale (30/06/2014) non fu conseguenza di una violenza traumatica localmente applicata dall'esterno su quel circoscritto segmento rachideo, ma bensì espressione innegabile di uno "sforzo" attuato con il busto marcatamente flesso sul bacino e quindi deve intendersi come un'azione di leva esercitata con la colonna vertebrale globalmente flessa e con espletamento di un'energia muscolare che in quel momento travalicava i normali atti delle mansioni abitualmente svolte dall'interessato. Appare pertanto di palese evidenza che, se in quel momento la leva era rappresentata dal rachide flesso, il relativo "fulcro" doveva ritenersi variabile (per posizione) a seconda della postura del soggetto e dell'intensità dello sforzo attuato. Non solo, ma se si pensa al successivo blocco chirurgico (due placche, quattro viti ed un cage) di L5-S1, appare più che lecito ritenere che il progressivo maggior carico statico e dinamico richiesto ai segmenti rachidei limitrofi abbia progressivamente esteso la sofferenza vertebro-radicolare a livello anche di L2-L3." (doc. 260, p. 6 s.). Le considerazioni enunciate dal medico-legale sono state criticamente commentate dal dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia, il quale ne ha contestato la fondatezza "... in quanto dal rapporto ispettivo del 22.07.2014 l'assicurato nell'atto di spostare a mano una caldaia in ghisa, al momento in cui era stata sollevata da altre due persone, queste due non sono riuscite a trattenere il peso che è quindi andato a gravare completamente sulla schiena dell'assicurato. Non è assolutamente descritto se in quel momento la schiena fosse in posizione flessa oppure in posizione eretta, quanto descritto quindi dal dott. _____ è soltanto una illazione. I problemi che sembrano siano dovuti al tratto alto-lombare L1-L2 sono stati descritti soltanto nell'agosto 2017 ossia a distanza di 3 anni circa dall'infortunio. Dalle immagini di TAC e risonanza magnetica non è stato messo in evidenza alcun segno di origine post-traumatico. L'origine dei disturbi non è peraltro certa in quanto le infiltrazioni sia a livello basso-lombare che alto-lombare hanno dato soltanto un miglioramento positivo temporaneo. Nel rapporto stesso degli specialisti di neurochirurgia del 1 maggio 2018 si parla di un sospetto peraltro comparso soltanto nell'agosto 2017 di una instabilità a livello superiore di quello sottoposto a stabilizzazione. Gli stessi specialisti in neurochirurgia ritengono che non è possibile certificare se tale problematica sia insorta come complicanza possibile o contestualmente o indipendentemente dalla stabilizzazione." (doc. 263, p. 3). Lo specialista privatamente consultato dall'assicurato ha così replicato al medico _____ dell'CO 1: "(...) Posto infatti che, a seguito dell'espulsione dell'ernia discale, l'Assicurato dovette essere sottoposto ad intervento chirurgico di stabilizzazione con applicazione di due barre e

quattro viti con interposizione di cage fra L5 ed S1, il rachide lombare deve ora considerarsi bloccato nel suo tratto distale con conseguente fissità della cerniera lombo-sacrale, che è quella che consente i movimenti del busto sul bacino. Ovvio quindi che, a cagione di ciò, la successiva mobilizzazione del busto abbia avuto luogo, per quanto possibile, con fulcro a livello delle vertebre adiacenti, su cui ha esercitato un'azione innaturale e quindi impropria. Da qui pertanto la "lieve instabilità aggiuntiva ai livelli adiacenti alla stabilizzazione ... (L2-L3)" in rapporto anche con la minima "retrolistesi L4-L5". Tutti quadri di sofferenza clinicamente e strumentalmente dimostrati ad anni di distanza dall'evento, proprio in quanto gradualmente resisi manifesti in forma oggettivamente rilevabile con il trascorrere del tempo, prima essendo comprensibilmente prevalente quasi esclusivamente la sintomatologia soggettiva. E ciò spiega e giustifica in modo tanto semplice quanto inconfutabile il presente "gap cronologico" fra lesione iniziale e danno attuale, che ha suscitato perplessità nel sanitario della CO 1 inducendolo ingiustificatamente a negare il nesso di causalità fra i due fenomeni." (doc. 271) In corso di causa, l'istituto assicuratore ha prodotto un apprezzamento, datato 30 novembre 2018, del dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia presso il Centro _____ di _____ (doc. X 1). Il medico fiduciario ha innanzitutto messo in dubbio che l'ernia discale L5-S1 sia stata causata (in senso stretto) dall'evento infortunistico assicurato. A suo avviso, si sarebbe infatti trattato di una discopatia preesistente al trauma, il quale avrebbe semplicemente scatenato la sintomatologia dolorosa con raggiungimento dello status quo sine trascorso "... un certo tempo di cura". D'altro canto, egli ha parimenti sollevato dubbi circa l'indicazione a sottoporre il ricorrente al noto intervento di spondilodesi L5-S1, e ciò in ragione dell'esistenza di una "... discrepanza tra il reperto constatato tramite immagini, esame fisico e le importanti lamentele dell'assicurato e le sue limitazioni funzionali.". Inoltre, trattandosi specificatamente dell'aspetto oggetto della presente procedura ricorsuale, il dott. _____ ha sostenuto che non esisterebbe un nesso causale naturale, nemmeno indiretto, tra il reperto oggettivo a livello di L2-L3 e l'infortunio del 30 giugno 2014. In questo senso, in primo luogo, egli ha rilevato che a quel livello non sono state refertate "lesioni a carattere traumatico e in particolar modo non esiste nessun indizio (e questo anche dopo valutazione accurata degli esami per immagini iniziali da parte mia) di una qualsiasi lesione a carattere traumatico a livello L2-L3 (per esempio frattura della faccetta articolare, lesione legamentosa o muscolare)". In secondo luogo, il fiduciario dell'amministrazione ha osservato che "la larga esperienza medica nel campo dei disturbi degenerativi lombari conclude comunque che la progressione della degenerazione dipende prima di tutto dalla progressione naturale della malattia degenerativa e non dal sovraccarico in conseguenza di un bloccaggio segmentare chirurgico.". 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 procedura 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 confermare la decisione dell'amministrazione che non ritiene dimostrata con un sufficiente grado di verosimiglianza l'esistenza di un legame causale naturale tra l'infortunio del 30 giugno 2014 e i disturbi oggetto dell'annuncio di ricaduta dell'11 settembre 2017. In effetti, in merito all'aspetto eziologico, agli atti di causa figurano referti specialistici contraddittori – da una parte quelli dei dottori _____ e _____, dall'altra quelli elaborati dal dott. _____ - che non consentono al TCA di decidere, con la necessaria tranquillità, in un senso oppure nell'altro. 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 rileva in particolare che dalla letteratura medica emerge che, in presenza di un'artrosi

intersomatica - in concreto, delle vertebre L5-S1 - le vertebre che si trovano al di sopra o al di sotto dell'artrodesi - nel caso di specie, si tratta di quelle superiori - sono soggette a uno stress meccanico addizionale con conseguente sviluppo di patologie. Ad esempio, uno studio di Cho, Kyu-Jung et al., "Complications in posterior fusion and instrumentation for degenerative lumbar scoliosis", pubblicato in Spine: 15 settembre 2007 – volume 32 – p. 2232 ss., che ha coinvolto 47 pazienti affetti da scoliosi lombare degenerativa e, perciò, sottoposti ad artrodesi posteriore con strumentazione, dimostra in effetti che tale terapia è suscettibile di generare complicazioni tardive che consistono in patologie dei segmenti superiori o inferiori, pseudoartrosi e allentamento delle viti. In dieci pazienti sono insorte patologie del segmento prossimale, in 5 pazienti del segmento distale. Una pseudoartrosi al passaggio lombo-sacrale è invece stata osservata in 2 pazienti. Ciò avvalorava la tesi del dott. _____ (doc. 260 e doc. 271), mentre relativizza quella sostenuta dal medico fiduciario dell'CO 1 (doc. X 1, p. 4). Sempre per quanto concerne l'apprezzamento espresso dal dott. _____ e, specificatamente, la sua affermazione secondo cui già l'ernia discale L5-S1 sarebbe stata di natura morbosa, semplicemente resa manifesta dal sinistro del giugno 2014 (cfr. doc. X 1, p. 3), il TCA constata che l'istituto assicuratore aveva al riguardo riconosciuto la propria responsabilità assicurativa fondandosi sul parere del chirurgo ortopedico dott. _____, il quale aveva ammesso senza riserve l'eziologia infortunistica, alla luce delle risultanze dell'esame di RMN lombare del 3 febbraio 2015 (doc. 40). Da notare che il riconoscimento dell'origine traumatica di un'ernia del disco risponde, per costante giurisprudenza, a criteri rigorosi (sul tema, si veda, fra le tante, la SVR 2009 UV 1 p. 1 consid. 2.3 e le RAMI 2000 U 378 p. 190 consid. 3 e U 379 p. 192 consid. 2a). Non vi è ragione di dubitare che il dott. _____, a suo tempo, ne abbia attentamente valutato l'adempimento nel caso concreto. Appare inoltre inconferente sostenere che il noto intervento di artrodesi non avrebbe in realtà risposto a una chiara indicazione medica (cfr. doc. X 1, p. 4). Determinante è piuttosto il fatto che l'CO 1 ne abbia assunto i costi (cfr. doc. 42), di modo che, qualora dovesse essere dimostrato che la problematica oggetto dell'annuncio di ricaduta del settembre 2017 costituisce una conseguenza naturale dell'operazione in questione, la sua responsabilità sarebbe data in virtù dell'art. 6 cpv. 3 LAINF. Il TCA non ignora che, con il referto del 1° maggio 2018, il neurochirurgo dott. _____ non è stato in grado di esprimersi in merito all'origine della diagnosticata instabilità L2-L3, egli ha però pure precisato che per fare ciò occorreva attendere il risultato a medio-lungo termine (cfr. doc. 250). Nella misura in cui egli ha di fatto rinviato il proprio giudizio definitivo circa l'aspetto eziologico, la sua certificazione in questione non risulta atta a supportare la posizione dell'assicuratore resistente.

L'affermazione, contenuta nella decisione su opposizione impugnata, secondo la quale le valutazioni elaborate da medici stranieri sarebbero da considerare "... con riserva in quanto un apprezzamento espresso con piena cognizione di causa presuppone una certa familiarità con il diritto svizzero delle assicurazioni sociali. Le basi di valutazione all'estero sono spesso diverse da quelle conosciute in Svizzera ..." (doc. 264, p. 4), non si attaglia al caso di specie in cui si tratta di valutare se il danno alla salute di cui soffre RI 1 è riconducibile o meno all'infortunio assicurato, questione di natura squisitamente medico-scientifica che non presuppone necessariamente la conoscenza dei principi del diritto assicurativo svizzero. Del resto, l'opinione dell'amministrazione trova il proprio fondamento in una vecchia giurisprudenza federale, la quale è stata modificata già nell'anno 2006 (sul tema, cfr. D. Cattaneo, Le perizie nelle assicurazioni sociali, in Atti della giornata di studio del 29 maggio 2006, CFPG fascicolo 39, p. 236, con riferimento alla STFA I 414/05 del 18

dicembre 2006; si vedano pure le STAF C4930/2014 del 12 febbraio 2015 e C7023/2017 del 4 luglio 2018, citate dal rappresentante dell'assicurato). D'altra parte, il dott.

_____ ha precisato che la specializzazione in ostetricia e ginecologia, conseguita in un lontano passato, viene ormai da lui utilizzata "a soli scopi forensi" (cfr. doc. A 5, p. 2). Va inoltre considerato che, quale ex Primario dell'Unità operativa di medicina legale dell'Ospedale di _____ (della quale ne è pure stato il fondatore) nonché professore a contratto presso l'Università _____ di _____ (il suo curriculum vitae è consultabile on line), lo specialista privatamente interpellato dall'assicurato gode di sufficienti qualifiche affinché il suo parere sia atto a generare dei dubbi, perlomeno lievi, a proposito della fondatezza della valutazione enunciata dai medici dell'assicurazione. 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) 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 2.7., 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 oggetto dell'annuncio di ricaduta dell'11 settembre 2017 costituiscono una conseguenza naturale, diretta oppure indiretta, dell'evento infortunistico accaduto nel giugno 2014. 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.