

TI_GERICHTE 35.2019.30 vom 15. Januar 2020

TI Tribunale d'appello, 2020-01-15, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2019.30

FR: TI_GERICHTE 35.2019.30 du 15 janvier 2020

IT: TI_GERICHTE 35.2019.30 del 15 gennaio 2020

Regeste

Controversa è l'estinzione del nesso causale naturale e, quindi, del diritto alle prestazioni, dopo un trauma vertebrale. Rinvio atti all'assicuratore per complemento di una perizia amministrativa

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. Vedi pure: STF 9C_807/2014 del 9 settembre 2015; STF 9C_585/2014 dell'8 settembre 2015). nel merito 2.2. Nella concreta evenienza, questo Tribunale constata innanzitutto che, in data 5 agosto 2017, la CO 1 ha comunicato al rappresentante dell'assicurato il nominativo di tre possibili periti, ovvero il _____ di _____, il dott. _____ e il dott. _____, invitando l'avv. RA 1, in caso di disaccordo, a motivare per iscritto le relative obiezioni e a formulare una controproposta. Al rappresentante è pure stato trasmesso il catalogo delle domande da sottoporre al perito per presa di posizione e presentazione di eventuali quesiti complementari (doc. 123). In data 29 agosto 2017, l'avv. RA 1 ha inviato all'amministrazione uno scritto del seguente tenore: "(...) Le domande da Lei proposte cercano nuovamente di spostare il problema altrove, mentre che il problema è solo e soltanto quello stabilito dal Tribunale delle assicurazioni. Il mio cliente non condivide quindi alcuna delle domande da Lei poste e ritiene che il perito debba semplicemente leggere la sentenza che fissa le regole di questa pratica, rispondendo al quesito posto da questo Tribunale. Nient'altro è pertinente alla questione qui in esame. Sui nomi dei periti, infine, non è possibile esprimersi per quanto riguarda il _____, siccome al suo interno lavorano più medici, e senza avere un nome ben preciso non è possibile formarsi un'opinione. Per questo motivo il _____ viene di principio scartato dal mio cliente. Per quanto attiene ai dr. med. _____ e _____, di principio potrebbero essere accettati dal mio cliente, ma all'evidente condizione che essi non abbiano mai esperito perizie per la CO 1 o suoi assicurati: ovviamente il perito prescelto deve avere la necessaria equidistanza tra le parti, visto quanto successo con il primo perito. Pertanto il mio cliente attende una dichiarazione da parte di entrambi i candidati periti con la quale confermano la propria imparzialità nonché una conferma da parte della CO 1 che al perito verrà sottoposto l'incarto completo con l'incarico di rispondere ai quesiti messi in evidenza

dal Tribunale delle assicurazioni.” (doc. 125) Dagli atti di causa si evince che, successivamente, nel corso del mese di maggio 2018, constatato che nulla era “... stato intrapreso dalla CO 1 negli ultimi 9 mesi”, il patrocinatore ha fissato all’assicuratore un termine entro il quale emettere la decisione di sua competenza (doc. 126). Il 13 giugno 2018, l’amministrazione ha informato l’avv. RA 1 che il caso si trovava ancora presso il dott. _____ e che il suo rapporto sarebbe pervenuto di lì a breve (doc. 129). In data 28 giugno 2018, la CO 1 ha quindi emanato la decisione formale, alla quale ha allegato il referto allestito dallo specialista (doc. 136 s. e doc. 134 ss.). Secondo l’art. 44 LPGGA, se per chiarire i fatti l’assicuratore deve far ricorso ai servizi di un perito indipendente, ne comunica il nome alla parte. Essa può ricusare il perito per motivi fondati e presentare controproposte. Se vi è disaccordo a proposito della perizia che l’assicuratore intende disporre, quest’ultimo deve emanare una decisione incidentale ai sensi dell’art. 5 cpv. 2 PA. Si tratta di una decisione processuale contro la quale la via dell’opposizione non è aperta (art. 52 cpv. 1 LPGGA) e che è direttamente impugnabile dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni (art. 56 cpv. 1 LPGGA). D’altro canto, nella DTF 141 V 330, il TF ha stabilito che gli uffici AI sono tenuti a pronunciarsi mediante decisione sull’ammissione, la modifica o il completamento dei quesiti supplementari proposti dal peritando. La corrispondente decisione può essere impugnata mediante ricorso soltanto se vi è il rischio che causi un pregiudizio irreparabile (consid. 4.2). Nulla di diverso è da prevedere per la procedura in materia di assicurazione contro gli infortuni, dato che tanto nella procedura di accertamento dell’assicurazione per l’invalidità quanto in quella dell’assicurazione contro gli infortuni valgono di principio le medesime disposizioni procedurali (cfr. art. 1 cpv. 1 LAINF in relazione con gli artt. 43-49 LPGGA). Nel caso di specie, questa Corte constata che l’amministrazione ha di fatto aderito al volere espresso dal rappresentante dell’assicurato nel suo scritto del 29 agosto 2017, nella misura in cui ha conferito il mandato peritale al dott. _____ (dopo aver appurato che egli non aveva mai esperito perizie per suo conto – al riguardo, cfr. doc. 175, p. 1) e lo ha invitato a rispondere “... al quesito posto dal Tribunale nel punto 2.7., pagina 8 e 9.” (doc. 126). Data l’assenza di disaccordo, non era dunque necessario che essa emanasse una decisione incidentale. Certo è che sarebbe stato auspicabile che l’avv. RA 1 venisse tempestivamente informato circa l’avvenuta attribuzione del mandato peritale e a proposito del quesito sottoposto all’esperto. Dall’incarto risulta infatti che il patrocinatore dell’insorgente è venuto a conoscenza di tali circostanze soltanto al momento in cui ha ricevuto la risposta della CO 1 al suo sollecito del 22 maggio 2018 (doc. 128 e 129). In queste condizioni, la giurisprudenza di cui alla DTF 135 V 465 non può trovare applicazione nel caso di specie. Al referto peritale allestito dal dott. _____ va riconosciuta 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; si veda pure U. Meyer, *Ausgewählte Schriften, Verfahrensfragen/Die Beweisführung im Sozialversicherungsrecht*, 2013; D. Cattaneo, *Les expertises en droit des assurances sociales*, in CGSS n. 44-2010, p. 119). Fatta questa premessa, nel merito, l’oggetto litigioso consiste nella questione di sapere se la CO 1 era legittimata a dichiarare estinto dal 1° febbraio 2015 il proprio obbligo a prestazioni dipendente dall’evento infortunistico del 30 dicembre 2014, 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. 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. DF 134 V 109 consid. 9.5.; 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 U 133/02; STFA U 162/02 del 29 gennaio 2001; DTF 121 V 6; STFA H 407/99 del 28 novembre 2000; STFA C 116/00 del 22 agosto 2000; STFA C 341/98 del 23 dicembre 1999 consid. 3, pag., 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, pag. 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 (cfr. 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. STF 8C_12/2019 del 4 marzo 2019 consid. 3; STF 8C_160/2012 del 13 giugno 2012 consid. 2; RAMI 1992 U 142, pag. 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). Il diritto alle prestazioni assicurative presuppone pure l'esistenza di

un nesso di causalità adeguata tra l'evento dannoso e il danno alla salute. In caso di danno alla salute fisica, il nesso di causalità adeguata è generalmente ammesso, dal momento in cui è accertata la causalità naturale (cfr. DTF 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103). 2.4.

Secondo la dottrina medica dominante, dopo traumi quali contusioni o distorsioni alla colonna vertebrale, lo stato anteriore del rachide può, di regola, considerarsi ristabilito trascorsi alcuni mesi a contare dall'evento traumatico (3-4 mesi in caso di trauma alla regione lombare, rispettivamente 6-9 mesi, al massimo un anno, in presenza di preesistenti alterazioni degenerative - cfr. STFA U 250/06 del 17 luglio 2007, consid. 4.2), come se l'infortunio non fosse mai sopraggiunto (cfr. Bär/Kiener, Traumatismes vertébraux, in Informations médicales N. 67/décembre 1994, p. 45 ss., contributo in cui viene illustrata, con dovizia di riferimenti, la posizione della dottrina medica dominante in materia appunto di traumi vertebrali; si veda pure E. Morscher/G. Chapchal, Schäden des Stütz- und Bewegungsapparates nach Unfällen: Wirbelsäule, in Versicherungsmedizin, Hrsg. E. Baur, U. Nigst, Berna 1973; 3a ed. 1985). Questa tesi dottrinale è stata peraltro recepita dalla giurisprudenza. Quindi, secondo il Tribunale federale, un aggravamento post-traumatico (senza lesione strutturale associata) di uno stato degenerativo anteriore della colonna vertebrale, precedentemente asintomatico, cessa di produrre i propri effetti trascorsi dai sei ai nove mesi, al più tardi dopo un anno (cfr. SVR 2009 UV Nr. 1 p. 1; STF 8C_793/2018 del 7 maggio 2019 consid. 3.1.4; 8C_42/2017 del 16 febbraio 2017 consid. 4.3; 8C_217/2013 del 4 settembre 2013 consid. 3.4; 8C_562/2010 del 3 agosto 2011 consid. 5.1, 8C_314/2011 del 12 luglio 2011 consid. 7.2.3, 8C_416/2010 del 29 novembre 2010 consid. 3.3 e 8C_679/2010 del 10 novembre 2010 consid. 3.3). 2.5.

Con la sentenza 35.2016.21 del 20 giugno 2016, questa Corte ha rinviato gli atti all'istituto assicuratore affinché ordinasse una perizia medica volta ad accertare l'eziologia dei disturbi lombari posteriormente al 31 gennaio 2015. In quel contesto, il TCA ha ritenuto che la valutazione espressa in proposito dal dott. _____ - in base alla quale l'assicurato avrebbe raggiunto lo status quo sine vel ante a distanza di un mese dal sinistro -, non risultava sufficientemente convincente, nella misura in cui il consulente medico della CO 1 "... non ha spiegato come essa si concilia con la dottrina medica dominante, ..." (cfr. doc. 99, p. 9). Con il proprio referto peritale, elaborato sulla base dei soli atti, il dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia, ha condiviso la conclusione alla quale era pervenuto il dott. Simoni ("Le conclusioni del medico specialista Dr. _____ è assolutamente corretta e non può essere respinta unicamente fondandosi sulla letteratura teorica."), rilevando in particolare quanto segue: "(...) Sulla base dei referti e dell'esame dei medici, ritengo il rifiuto del giudice Cattaneo, formulato unicamente riferendosi ad una fonte letteraria, un rifiuto unicamente teorico e non basato su esami oggettivabili, clinicamente presenti e sulla banale dinamica dell'evento. Una semplice contusione, in assenza di danni valutabili, guarisce nell'arco di 3-4 settimane. Soggettivamente l'infortunato ha inizialmente menzionato unicamente una contusione al ginocchio e descritto una epistassi, che è sopraggiunta ore dopo l'incidente, quindi anche in questo caso non si evince una chiara relazione con l'infortunio, in assenza di un trauma diretto o indiretto al naso. Mi permetto di confermare la conclusione, la causalità e l'espressione della capacità lavorativa espressa dal Dr. med. _____ sul caso in atto. Anamnesticamente non siamo stati confrontati con un danno alla colonna lombare ed oggettivamente non siamo confrontati con un danno oggettivabile né al ginocchio, né alla testa, né tantomeno alla colonna vertebrale. Si ricorda che non è stata descritta né una lesione, né un'escoriazione, né un ematoma o segni contusivi al corpo del paziente,

fondamentale per dichiarare e provare un danno.” (doc. 175, p. 5) L’assicuratore ha fatto proprio il parere enunciato dal perito amministrativo e, con decisione formale del 28 giugno 2018, poi confermata con quella su opposizione, ha dichiarato estinto dal 1° febbraio 2015 il proprio obbligo a prestazioni dipendente dall’infortunio del 30 dicembre 2014 (cfr. doc. 140). In data 3 luglio 2019, questo Tribunale si è rivolto al dott. _____ con uno scritto del seguente tenore: " (...) le rendo noto che lo scrivente Tribunale cantonale delle assicurazioni (TCA) è chiamato a derimere la vertenza che vede opposta la CO 1 al signor RI 1 in _____, assicurato a proposito del quale lei ha elaborato una perizia sugli atti per conto dell’assicuratore LAINF. Al riguardo, le segnalo che, con sentenza 35.2016.21 del 20 giugno 2016, il TCA, nella sua composizione ordinaria a tre giudici, ha rinviato gli atti alla CO 1 affinché approfondisse, segnatamente, la questione di sapere se i disturbi in sede lombare denunciati dal signor RI 1 dopo il 31 gennaio 2015 erano ancora imputabili all’infortunio assicurato. Laddove lei, nel suo rapporto del 22 giugno 2018, afferma che la pronunzia del TCA sarebbe stata fondata soltanto su basi teoriche, concretamente su una “fonte letteraria”, la informo che la “fonte letteraria” a cui lei si riferisce corrisponde in realtà ai principi che sono stati elaborati dalla dottrina medica dominante in materia di traumi vertebrali, principi che sono stati fatti propri dalla giurisprudenza federale e cantonale (così come d’altronde già risulta dalla sentenza stessa). Nel caso di specie, il rinvio all’amministrazione si è reso necessario in quanto il dott. _____, ammettendo il raggiungimento dello status quo sine vel ante a distanza di un mese dal sinistro, si è distanziato da questi principi, senza fornire un’adeguata motivazione in merito. Ai fini dell’istruttoria di causa, la invito quindi a spiegare puntualmente i motivi medico-scientifici per i quali, in concreto, lei ritiene giustificato discostarsi dalla dottrina medica dominante secondo la quale, dopo traumi alla colonna vertebrale, lo stato anteriore del rachide può, di regola, considerarsi ristabilito trascorsi 3-4 mesi in caso di trauma alla regione lombare, rispettivamente 6-9 mesi, al massimo un anno, in presenza di preesistenti alterazioni degenerative.” (doc. VII) La risposta del dott. _____ è stata sollecitata il 21 agosto 2019 (lettera di sollecito trasmessa anche via fax – doc. VIII e allegati), senza alcun riscontro. La corrispondenza con il perito amministrativo è stata trasmessa alle parti per osservazioni (doc. IX). Il patrocinatore di RI 1 si è pronunciato in merito il 25 settembre 2019 (doc. X), mentre la CO 1 è rimasta silente. 2.6. Chiamato a pronunciarsi, il TCA ritiene che la decisione su opposizione impugnata non risulti validamente supportata dal referto elaborato dall’esperto amministrativo, e ciò per le ragioni che sono già state illustrate nello scritto del 3 luglio 2019 inviato allo stesso perito (e rimasto inspiegabilmente senza risposta – cfr. doc. VII). In esito a quanto precede, la CO 1 non poteva dunque concludere all’assenza di postumi infortunistici a contare dal 1° febbraio 2015, senza violare la norma di cui all’art. 43 cpv. 1 LPGA. 2.7. 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, secondo il TCA, sono realizzati i presupposti per un rinvio degli atti all'amministrazione per un complemento istruttorio ai sensi della giurisprudenza citata (" Klarstellung von gutachtlichen Ausführungen ", cfr. DTF 137 V 210). Per le ragioni già esposte al considerando 2.6. , si giustifica pertanto l'annullamento della decisione su opposizione impugnata. L'assicuratore resistente, a cui gli atti vengono retrocessi, dovrà disporre un complemento peritale a cura del dott. _____, il quale sarà in sostanza chiamato a confrontarsi con la dottrina medica dominante, conformemente alla quale, dopo una contusione della colonna vertebrale, lo stato anteriore può, di regola, considerarsi ristabilito trascorsi, trattandosi del rachide lombare, 3-4 mesi dal sinistro. In questo contesto, con particolare riferimento all'affermazione secondo la quale l'evento traumatico in questione non avrebbe causato alcuna lesione oggettivabile a livello, segnatamente, del rachide (cfr. doc. 175), occorre precisare che la dottrina appena citata non presuppone che l'evento infortunistico abbia causato un danno morfologico (anche perché, qualora fosse il caso, si tratterebbe piuttosto di un peggioramento direzionale, e dunque non transitorio, dello stato anteriore della colonna). Inoltre, laddove l'esperto amministrativo parla di "letteratura teorica", è utile segnalare che i principi in questione, condivisi dalla maggioranza del mondo scientifico, sono stati elaborati partendo dall'esperienza medica (in questo senso, cfr. la STFA U 60/02 del 18 settembre 2002).

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