

TI_GERICHTE 35.2021.22 vom 10. Mai 2021

TI Tribunale d'appello, 2021-05-10, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2021.22

FR: TI_GERICHTE 35.2021.22 du 10 mai 2021

IT: TI_GERICHTE 35.2021.22 del 10 maggio 2021

Regeste

Ricorso contro una decisione incidentale. Ammesso che l'assicuratore era legittimato a disporre una perizia soltanto ortopedica (e non anche internistica, psichiatrica e neurologica). Assicuratore non era invece legittimato a sostendere provvisoriamente il versamento delle prestazioni

Erwägungen

E. 49

cpv. 2 della Legge sull'organizzazione giudiziaria (cfr. STF 9C_699/2014 del 31 agosto 2015, in particolare consid. 5.2, 5.3 e 6; STF 80_452/2011 del 12 marzo 2012; STF 80_855/2010 dell'11 luglio 2011; STF 90211/2010 del 18 febbraio 2011, consid. 2.1; STF 90_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-2002 pag. 190 seg.; STFA H 304/99 del 22 dicembre 2000; STFA 1623/98 del 26 ottobre 1999. Vedi pure: STF 90_807/2014 del 9 settembre 2015; STF 90_585/2014 dell'8 settembre 2015). 2.2. Secondo l'art. 43 cpv. 1 LPGA, l'assicuratore esamina le domande, intraprende d'ufficio i necessari accertamenti e raccoglie le informazioni di cui ha bisogno. Le informazioni date oralmente devono essere messe per scritto. Il cpv. 2 della disposizione appena citata prevede che se sono necessari e ragionevolmente esigibili esami medici o specialistici per la valutazione del caso, l'assicurato deve sottoporvisi. L'art. 44 LPGA stabilisce che se per chiarire i fatti l'assicuratore deve far ricorso ai servizi di un perito indipendente, ne comunica il nome alla parte. Essa può recusare il perito per motivi fondati e presentare controproposte. Con la DTF 137 V 210 consid. 3.4.2.6 e 3.4.2.7, il Tribunale federale ha modificato la sua precedente giurisprudenza concernente la disposizione di perizie amministrative e giudiziarie presso i Centri d'osservazione medica dell'assicurazione per l'invalidità (SAM), secondo la quale la disposizione di una perizia da parte dell'assicuratore sociale non ha carattere di decisione (DTF 132 V 93), e ha stabilito che tale atto deve rivestire, in caso di disaccordo, la forma di una decisione incidentale corrispondente alla nozione di decisione giusta l'art. 5 PA, impugnabile dinanzi ai tribunali cantonali delle assicurazioni, rispettivamente al Tribunale amministrativo federale. Esso ha inoltre definito i diritti di partecipazione delle parti in occasione della disposizione di una perizia amministrativa, rafforzandoli. Questi principi si applicano anche nell'ambito dell'assicurazione contro gli infortuni (DTF 138 V 317 consid. 6; STF 8C_305/2013 del 2 settembre 2013 consid. 3.2) L'assicurato può fare valere contro la decisione incidentale mediante la quale viene ordinata una perizia medica, dei motivi formali di ricusa dei periti, come pure dei motivi di natura materiale contro la perizia in quanto tale (ad esempio, poiché si tratta di una "seconda opinione"), contro il tipo e

l'estensione della perizia (ad esempio, trattandosi della scelta delle discipline) o ancora contro la persona dell'esperto designato (segnatamente per quanto riguarda le sue competenze professionali) (cfr. Commentaire Romand LPGA-J.O. Piguet, art. 44 LPGA n. 24; DTF 137 V 210 consid. 3.4.2.7; 138 V 271 consid. 1.1). L'Alta Corte ha pure considerato che occorre riconoscere una più grande importanza all'attuazione consensuale di una perizia, ispirandosi segnatamente all'art. 93 LAM, secondo il quale l'assicurazione militare è tenuta a emanare una decisione incidentale suscettibile di ricorso (soltanto) se vi è disaccordo con il richiedente o i suoi congiunti sulla scelta del perito. Secondo il TF, è responsabilità sia dell'assicuratore sociale che dell'assicurato ovviare ad appesantimenti della procedura che potrebbero essere evitati. Non si deve inoltre dimenticare che una perizia fondata su un accordo comune fornisce dei risultati più concludenti e meglio accettati dall'assicurato (DTF 137 V 210 consid. 3.4.2.6). Nella DTF 139 V 349 consid. 5.4, il TF ha infine stabilito che le esigenze a cui devono sottostare le perizie mediche, così come sono state descritte nella DTF 137 V 210 per quanto riguarda le perizie pluridisciplinari SAM, sono di principio applicabili per analogia alle perizie mono- e bidisciplinari.

2.3. Nel caso di specie, dopo aver acquisito la valutazione del neurologo dott. _____ (doc. 20), nel corso del mese di settembre 2020, l'CO 1 ha disposto l'esecuzione di una perizia amministrativa da parte del chirurgo ortopedico dott. _____ (doc. 28), accertamento quest'ultimo volto, secondo l'assicuratore, "... a istruire un aspetto basilare della fattispecie e cioè se a livello ortopedico siamo in presenza di danni strutturali oggettivabili in relazione all'evento infortunistico del 4 novembre 2019." (doc. 40, p. 2). Da parte sua, l'avv. RA 1 non contesta la necessità di procedere a un (ulteriore) approfondimento peritale ma ritiene che esso debba prendere la forma di un accertamento pluridisciplinare che comprenda la chirurgia ortopedica, la neurologia, la medicina interna e la psichiatria. Chiamata a pronunciarsi, questa Corte constata innanzitutto come l'avv. RA 1 non contesti (più) l'indicazione a sottoporre il proprio patrocinato a un accertamento in ambito ortopedico ("chirurgico-ortopedico", cfr. doc. I) e come, del resto, egli non abbia sollevato alcun motivo di ricusa nei confronti della persona del dott. _____. D'altro canto, occorre osservare che, nel giugno 2020, l'assicurato è stato periziato dal dott. _____, spec. FMH in neurologia, per conto dell'amministrazione. Dal suo rapporto, datato 26 giugno 2020, risulta in particolare che i disturbi denunciati (dolori residui e difficoltà alla motricità fine della mano sinistra) non hanno trovato sufficiente correlazione con un danno oggettivabile di natura neurologica. L'esperto ha quindi sottolineato la presenza di un'importante discrepanza tra sintomi soggettivi e reperti oggettivi, giudicando opportuna una valutazione in ambito psichiatrico (doc. 20). D'altro canto, occorre rilevare che le conclusioni alle quali è pervenuto lo specialista interpellato dall'CO 1 sono state in sostanza condivise dal neurologo curante, dott. _____, spec. FMH in neurologia. In effetti, con referto del 30 giugno 2020, il curante ha affermato che si è in presenza di una "evoluzione poco soddisfacente di una problematica infiammatoria dolorosa post tetanica del braccio sinistro e della mano, che nonostante l'assenza di un chiaro segno di patologia nervosa o miopatica persistente, non presenta un'evoluzione favorevole e un ritorno ad una funzione normale.". Egli ha peraltro precisato che, anche a suo avviso, la problematica è indirizzata "... verso un versante piuttosto psicosomatico ..." (doc. 22 – il corsivo è del redattore). In queste condizioni, in presenza di pareri specialistici convergenti, il TCA ritiene che l'aspetto neurologico della fattispecie sia già stato sufficientemente chiarito e che non necessiti di ulteriori accertamenti. Per quanto riguarda la pretesa necessità di sottoporre il ricorrente a

approfondimenti in ambito internistico, occorre constatare che dalla documentazione agli atti non risulta affatto che RI 1 lamenti disturbi interessanti gli organi interni del corpo, ragione per la quale accertamenti in quell'ambito non appaiono indicati. Trattandosi infine dell'aspetto psichiatrico, va rilevato che l'CO 1 si è rifiutata di procedere ad accertamenti in tale ambito in quanto "... innanzitutto, valuteremo se la causalità adeguata risulta soddisfatta. Questo aspetto, di carattere amministrativo, verrà esaminato non appena saremo in possesso del rapporto della valutazione peritale ortopedica." (doc. 31). Questo Tribunale condivide il modo di procedere dell'assicuratore. In effetti, tenuto conto delle risultanze della perizia ortopedica, l'CO 1 potrà valutare l'esistenza di un nesso di causalità adeguata tra le turbe psichiche, rispettivamente i disturbi risultati privi di sostrato organico oggettivabile, e l'infortunio del novembre 2019, in applicazione della giurisprudenza di cui alla DTF 115 V 133 (cosiddetta "psico-prassi"). Nel caso in cui tale nesso non fosse dato - ciò che, almeno a prima vista, non può essere escluso (per un caso recente in cui il TCA ha valutato l'adeguatezza del nesso di causalità, negandola, trattandosi di un assicurato vittima di un trauma da folgorazione, cfr. STCA 35.2019.143 del 23 novembre 2020, cresciuta incontestata in giudicato) -, la questione della causalità naturale potrebbe restare aperta, rendendo così superflua l'esecuzione di una perizia psichiatrica. In questo contesto, è utile segnalare che, in una sentenza 8C_289/2020 del 17 febbraio 2021 consid. 6.1, destinata alla pubblicazione, il TF ha stabilito che l'assicuratore LAINF può prescindere dal preliminarmente chiarire la questione del nesso causale naturale, attraverso la messa in atto di una valutazione peritale psichiatrica, laddove l'adeguatezza del nesso causale tra disturbi psichici e infortunio debba essere in ogni caso negata. In esito a tutto quanto precede, la decisione incidentale impugnata, mediante la quale l'assicuratore resistente ha disposto l'esecuzione di una perizia (soltanto) ortopedica a cura del dott. _____, deve essere confermata in questa sede. Questo Tribunale può esimersi dal dare seguito agli atti istruttori chiesti dal rappresentante del ricorrente (cfr. doc. IX), posto come nella procedura sub iudice non si tratti di chiarire le modalità secondo le quali è accaduto l'infortunio del 4 novembre 2019. 2.4. Con la propria impugnativa, RI 1 ha chiesto che l'amministrazione sia tenuta a ripristinare il diritto alle prestazioni di corta durata (cura medica + indennità giornaliera), perlomeno sino al termine degli accertamenti da essa ordinati (cfr. doc. I e doc. XIII, p. 2 s.). Con scritto del 7 ottobre 2020, l'istituto assicuratore ha segnatamente comunicato al rappresentante dell'assicurato che "senza la valutazione peritale ortopedica non possiamo stabilire il nostro ulteriore obbligo d'intervento, pertanto la pratica rimane in valutazione finché non saremo in possesso del rapporto e non saranno corrisposte prestazioni ." (doc. 31 – il corsivo è del redattore). Con l'allegato del 12 aprile 2021, l'CO 1 ha inoltre precisato che, una volta in possesso della perizia _____, "... avrebbe emanato una decisione formale a liquidazione del caso. Qualora il contenuto di detto provvedimento non fosse stato gradito dal signor RI 1, quest'ultimo avrebbe potuto impugnare la citata decisione. Proprio in quest'ottica va letta la sospensione della corresponsione delle prestazioni assicurative di corta durata e cioè a CO 1 appariva pertinente – tenuto conto dell'appuntamento già fissato - aspettare le risultanze della visita medica prevista dal dr. med. _____." (doc. XI). Benché la questione della sospensione cautelare delle prestazioni non sia stata esplicitamente ripresa nella decisione incidentale impugnata (in quel provvedimento viene comunque menzionato lo scritto del 7 ottobre 2020 – cfr. doc. 40, p. 1), per evidenti motivi di economia processuale, questa Corte ritiene comunque di potersi pronunciare sulla relativa pretesa dell'assicurato. Il TCA segnala che, secondo la giurisprudenza, analogamente ai casi in cui è stato ritirato l'effetto

sospensivo e a quelli in cui sono state ordinate delle misure provvisorie, per decidere se un provvedimento cautelare è o meno giustificato occorre procedere a una ponderazione degli interessi. In questo senso, occorre esaminare se i motivi a favore di un'immediata interruzione delle prestazioni sono più importanti rispetto a quelli che possono essere adottati a favore della soluzione contraria. Così come stabilito dalla giurisprudenza sviluppata in materia di ritiro dell'effetto sospensivo del ricorso secondo l'art. 55 PA e v.art. 97 cpv. 2 LAVS, come pure in materia di pronuncia di misure provvisorie giusta l'art. 56 PA, l'autorità dispone di un certo margine d'apprezzamento. In generale, essa fonderà la propria decisione in base ai fatti che emergono dalla documentazione a sua disposizione, senza procedere a ulteriori accertamenti, onde evitare dispendio di tempo. Trattandosi della ponderazione degli interessi a favore oppure contrari a un'immediata esecutorietà, possono avere una certa importanza le prospettive chiare circa l'esito finale della vertenza principale; non deve tuttavia sussistere alcun dubbio al riguardo (cfr. DTF 124 V 88 consid. 6a, 117 V 191 consid. 2b, come pure SVR 2001 KV Nr. 12 p. 31 e RAMI 1994 K 952 consid. 3a). Siccome nella procedura di revisione incombe all'amministrazione l'onere di provare l'esistenza di una modifica oppure di un fatto nuovo, giustificanti la soppressione di una prestazione, l'Alta Corte federale ha dimostrato cautela nell'approvare la sospensione cautelare di prestazioni, decisa durante una procedura d'accertamento ancora in corso (cfr. B. Kobel, in: Zünd/Pfiffner Rauber [ed.], Kommentar zum Gesetz über das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich, 2a ed. 2009, n. 34 ad § 17). In effetti, in una sentenza U 411/04 del 2 febbraio 2005, riguardante una fattispecie in cui un assicuratore LAINF aveva sospeso il versamento dell'indennità giornaliera nell'attesa di conoscere le risultanze di una perizia medica da esso stesso ordinata, il TF ha rilevato che, nella ponderazione dei motivi a favore e contro un'immediata interruzione dei pagamenti, l'interesse dell'amministrazione a evitare misure di restituzione di prestazioni laddove potrebbe rivelarsi che esse sono state versate indebitamente è contrapposto a quello dell'assicurato consistente nel mantenimento del proprio sostentamento durante il periodo interessato dalla sospensione dell'indennità giornaliera. Al proposito, l'Alta Corte ha osservato di avere spesso deciso a favore dell'assicuratore, segnatamente quando l'esito della vertenza principale non era ancora chiaro. Tuttavia, rispetto a quelle fattispecie in cui l'interruzione definitiva delle prestazioni aveva avuto luogo al termine della procedura amministrativa, nel caso in esame, l'assicuratore non aveva sospeso le proprie prestazioni definitivamente, ma soltanto provvisoriamente, nel mezzo della procedura d'accertamento. Sempre secondo il TF, ciò violava il principio secondo il quale l'assicuratore contro gli infortuni deve innanzitutto chiarire a sufficienza i fatti giuridicamente rilevanti e, successivamente, fondandosi sulle relative risultanze, esaminare se i pagamenti vanno soppressi. Siccome l'assicuratore aveva in un primo tempo versato l'indennità giornaliera e, pertanto, ammesso il relativo diritto dell'assicurato, esso era tenuto a dimostrare, con il grado della verosimiglianza preponderante, che la causalità con l'infortunio si era nel frattempo estinta. In un'altra sentenza U 238/06 del 30 marzo 2007 consid. 3.2, concernente una fattispecie in cui un assicuratore LAINF, fondandosi sulle risultanze di una videosorveglianza da parte di un detective privato e della relativa interpretazione medica ordinate dall'assicuratore RC, aveva deciso segnatamente di sospendere il versamento della rendita d'invalidità in vigore, nell'attesa di conoscere gli esiti di una perizia da esso disposta, il Tribunale federale ha giudicato trattarsi di una sospensione provvisoria delle prestazioni durante l'istruttoria. Secondo l'Alta Corte, dalla videosorveglianza e dalla valutazione medica emergevano certamente elementi a favore della fondatezza della

sospensione delle prestazioni. Tuttavia, l'assicuratore stesso aveva ritenuto necessari ulteriori accertamenti, ciò a dimostrazione del fatto che i presupposti per procedere a una sospensione delle prestazioni non erano ancora adempiuti con il necessario grado di verosimiglianza. Il TF ha quindi ritenuto che l'interesse dell'assicurato a continuare a beneficiare della rendita era preponderante rispetto a quello dell'assicuratore LAINF a sospendere immediatamente il versamento, di modo che quest'ultimo è stato condannato a proseguire con il pagamento della prestazione in questione (in questo senso, si vedano pure la STF U 104/06 del 16 agosto 2007 consid. 4.5 e 4.6, la sentenza IV.2008.00379 del 30 giugno 2008 del Tribunale delle assicurazioni del Canton Zurigo, riguardante una sospensione cautelare della rendita decisa dall'Ufficio AI nell'attesa di conoscere l'esito di un procedimento penale per truffa, nonché le STCA 35.2014.77 del 13 aprile 2016 consid. 2.16., 32.2018.104 del 24 gennaio 2019 consid. 2.4. e 35.2019.23 del 1° luglio 2019 consid. 2.6., cresciuta incontestata in giudicata, nota all'assicuratore convenuto). La presente fattispecie non si differenzia, nella sostanza, da quelle trattate nelle pronunzie federali (e cantonali) citate al considerando precedente, in cui non è stata confermata la sospensione cautelare delle prestazioni, decisa dall'amministrazione nel corso della procedura di accertamento. Infatti, anche nella concreta evenienza, la CO 1 ha posto RI 1 al beneficio delle prestazioni di legge, riconoscendo in tal modo il suo diritto alle prestazioni a dipendenza dell'evento infortunistico assicurato. Pertanto, se si vuole liberare dal proprio obbligo, l'assicuratore è tenuto a dimostrare che i presupposti del diritto non sono (più) adempiuti. Ora, al momento in cui è stato provvisoriamente sospeso il pagamento delle prestazioni LAINF, la procedura di accertamento era ancora in corso, avendo l'assicuratore stesso ritenuto necessaria l'esecuzione di una perizia in ambito ortopedico con lo scopo primario di accertare la presenza, o meno, di postumi oggettivabili dell'infortunio e, quindi, di definire l'ulteriore diritto alle prestazioni. In esito a quanto precede, occorre concludere che l'CO 1 non era legittimata a provvisoriamente sospendere il versamento delle prestazioni assicurative all'insorgente. 2.5. L'art. 61 lett. a LPGA, in vigore fino al 31 dicembre 2020, prevedeva che la procedura deve essere semplice, rapida, di regola pubblica e gratuita per le parti ; la tassa di giudizio e le spese di procedura possono tuttavia essere imposte alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. In data 1° gennaio 2021 è entrata in vigore una modifica della LPGA. L'art. 61 lett. a LPGA prevede ora unicamente che la procedura deve essere semplice, rapida e, di regola pubblica. Dalla medesima data è entrato in vigore l'art. 61 lett. f bis LPGA secondo cui in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. La procedura è pertanto di principio onerosa se concerne la fissazione dei contributi (cfr. Messaggio concernente la modifica della legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali, FF 2018, pag. 1303 e seguenti, pag. 1334: " La mozione Gruppo UDC 09.3406 chiede che venga abolito il principio della gratuità delle procedure di ricorso davanti ai tribunali cantonali nell'ambito delle assicurazioni sociali. L'indicazione secondo cui la procedura è gratuita va pertanto soppressa (art. 61 lett. a D-LPGA). Saranno così applicabili le disposizioni del diritto cantonale relative alle spese di procedura. Per quanto riguarda invece le controversie relative a prestazioni, la lettera f bis contempla l'addebito di spese soltanto nel caso in cui la singola legge lo preveda. Nell'assicurazione invalidità una tale regolamentazione è già in vigore dal 1° luglio 2006 (art. 69 cpv. 1 bis LAI) "). Secondo l'art. 83 LPGA (disposizione transitoria), ai ricorsi pendenti dinanzi al tribunale di primo

grado al momento dell'entrata in vigore della modifica del 21 giugno 2019 si applica il diritto anteriore. In concreto, il ricorso è del 17 febbraio 2021 per cui si applica la nuova disposizione legale. Trattandosi, almeno in parte, di una controversia relativa a prestazioni LAINF, il legislatore non ha previsto di prelevare le spese.

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