

TI_GERICHTE 35.2021.50 vom 6. September 2021

TI Tribunale d'appello, 2021-09-06, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2021.50

FR: TI_GERICHTE 35.2021.50 du 6 septembre 2021

IT: TI_GERICHTE 35.2021.50 del 6 settembre 2021

Regeste

Discussa la questione di sapere se l'assicuratore poteva negare l'assunzione di una ricaduta (disturbi cervicali). Rinvio atti per esecuzione perizia esterna: ammessa esistenza dubbi, perlomeno lievi, circa fondatezza parere del medico fiduciario (questione del raggiungimento dello status quo sine)

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; STF I 707/00 del 21 luglio 2003; STF H 335/00 del 18 febbraio 2002; STF H 212/00 del 4 febbraio 2002; STF H 220/00 del 29 gennaio 2002; STF U 347/98 del 10 ottobre 2001, pubblicata in RDAT I-2002 pag. 190 seg.; STF H 304/99 del 22 dicembre 2000; STF 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. Nel caso di specie, litigiosa è la questione di sapere se l'assicuratore resistente era legittimato a negare la propria responsabilità a proposito dei disturbi oggetto dell'annuncio di ricaduta del 16 ottobre 2019, 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; STF del 4 luglio 2003 nella causa M., U 133/02; STF del 29 gennaio 2001 nella causa P., U 162/02; DTF 121 V 6; STF del 28 novembre 2000 nella causa P. S., H 407/99; STF del 22 agosto 2000 nella causa K. B., C

116/00; STF del 23 dicembre 1999 in re A. F., C 341/98, consid. 3, p., 6; STF 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 attendono, 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 (RAMI 2000 U 363, p. 46 consid. 2 e riferimenti ivi citati).

2.5. 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).

2.6. 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. STF U 122/00 del 31 luglio 2001). Nella sentenza pubblicata in RAMI 1994 U 206 p. 326 ss., il TF ha precisato che, trattandosi di una ricaduta, la responsabilità dell'assicuratore infortuni non può essere ammessa soltanto sulla base del nesso di causalità naturale riconosciuto in occasione del caso iniziale. Spetta piuttosto a colui che rivendica le prestazioni dimostrare l'esistenza di una relazione di causalità naturale fra i "nuovi disturbi" e l'infortunio assicurato. Soltanto qualora il nesso di causalità

è provato secondo il criterio della verosimiglianza preponderante, può essere riconosciuto un ulteriore obbligo prestativo a carico dell'assicuratore-infortuni. In assenza di prove, la decisione sarà sfavorevole all'assicurato, il quale intendeva derivare diritti da un nesso di causalità naturale rimasto indimostrato. 2.7. Nella concreta evenienza, la decisione della CO 1 di negare la propria responsabilità in merito ai disturbi interessanti il rachide cervicale, oggetto dell'annuncio di ricaduta dell'ottobre 2019, risulta fondata essenzialmente sul parere del proprio medico consulente (cfr. doc. 112, p. 2). In effetti, con apprezzamento del 18 ottobre 2020, il dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia, ha sostenuto che l'assicurata presentava, a livello della colonna cervicale, uno stato morboso che aveva già causato dei disturbi muscolo-scheletrici nel 2016 e 2018, il quale è stato transitoriamente aggravato dall'infortunio dell'agosto 2019, con lo status quo sine raggiunto a distanza di quattro settimane (cfr. doc. 104, p. 4: "L'assicurata soffriva già in precedenza di varie cervicalgie, causate da una degenerazione C5/C6. Una recidiva si può occorre sempre anche senza un evento o un movimento specifico. Siccome non si presentano lesioni strutturali nella RX, l'infortunio del 06.08.2019 ha peggiorato lo stato della colonna cervicale in modo temporaneo. Lo stato quo sine era raggiunto 4 settimane post infortunistico il 07.09.2019."). Da parte sua, il patrocinatore dell'insorgente contesta la posizione dell'amministrazione, facendo capo alla valutazione del dott. _____, anch'egli specialista FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia. Questo il tenore delle considerazioni espresse dallo specialista privatamente consultato dall'assicurata nel rapporto del 9 dicembre 2020 (che ha in sostanza confermato le conclusioni già contenute nel suo precedente referto dell'11 marzo 2020 [doc. 58]), il quale si è in particolare confrontato con gli aspetti sollevati dal dott. _____: " (...) Per quanto riguarda lo stato di salute della paziente anteriore al 2019, in particolare rispetto alla situazione della colonna cervicale, la paziente non ha nascosto i precedenti disturbi con cervicalgia transiente nel 2016 e poi nel 2018 nel quadro della gravidanza. La radiografia del 29.07.2016 è stata eseguita per l'insorgenza di una cervicalgia non deficitaria e ha mostrato soltanto lieve assottigliamento dello spazio intervertebrale C5/C6, referto invariato a quello della radiografia del 06.08.2019. È da notare che si tratta unicamente di 2 episodi nel 2016 e nel 2018 di cervicalgia miotensiva con sintomatologia temporanea breve risoltasi completamente. Come emerge chiaramente dai anamnestici e dalla documentazione medica, la paziente non ha sofferto di cervicalgia cronica e recidivante e per tale motivo non sono stati eseguiti ulteriori accertamenti (per esempio, risonanza magnetica) e trattamenti specifici. L'inabilità lavorativa nel 2017 non è stata prescritta per cervicalgia, ma per altri motivi di malattia. Prima dell'infortunio avvenuto il 06.08.2019, la paziente non ha più accusato disturbi a livello della colonna cervicale ed è stata abile al lavoro in misura completa. Quindi non vi sono elementi per rilevanti disturbi preesistenti alla colonna cervicale nel senso di uno stato anteriore all'infortunio del 06.08.2019. (...). Come emerge dalla documentazione medica, durante l'incidente del 06.08.2019 la paziente ha subito un trauma da accelerazione-decelerazione cranio-cervicale di una certa gravità (come lo mostra anche il rapporto di polizia) e trauma contusivo toracico nonché una contusione lombare con insorgenza immediata di dolori al collo, al petto e a livello addominale e lombare. Confermo pienamente ed in accordo con la valutazione del Dr. med. _____, che molto probabilmente l'infortunio del 06.08.2019 non ha causato una rilevante lesione anatomica strutturale e non ha peggiorato in modo direzionale le preesistenti minime alterazioni degenerative, ma ha reso manifesta una sintomatologia dolorosa a livello della colonna vertebrale e del torace . Comunque la causalità naturale e adeguata tra la

sintomatologia e l'infortunio del 06.08.2019 chiaramente è stata data. La sintomatologia descritta dalla paziente e confermata dal medico curante di famiglia ed il decorso clinico sono da ritenere tipici e caratteristici per un'evoluzione naturale piuttosto favorevole dopo un trauma distorsivo della colonna cervicale e quindi sono perfettamente compatibili con una situazione postraumatica dopo il cosiddetto colpo di frusta. È ben noto dalla letteratura scientifica e dall'esperienza medica e anche confermato dalla giurisprudenza, che anche in assenza di lesioni traumatiche strutturali dopo un rilevante trauma distorsivo della colonna cervicale, come subito dalla paziente, la sintomatologia caratteristica in nesso causale naturale può durare 6-9 mesi post trauma, in chiara contraddizione dell'affermazione da parte del Dr. med. _____, il quale ha ritenuto regressione completa della sintomatologia dopo 4-6 settimane. In caso di preesistenti alterazioni degenerative o altri postumi traumatici della colonna cervicale la sintomatologia solitamente si manifesta più intensa e più duratura. Nonostante la persistenza di importanti residui disturbi post infortunistici soprattutto a livello della colonna cervicale, già in data 12.08.2019 la paziente ha ripreso l'attività lavorativa. Essere dichiarata abile al lavoro rispettivamente non aver prolungato l'inabilità lavorativa non significa che la paziente è stata priva di sintomi causati dall'infortunio. Il trattamento antalgico è stato continuato e la sintomatologia alla cervicale è persistita mentre i disturbi a livello del torace, dell'addome e della colonna lombare nel decorso sono regrediti abbastanza rapidamente. Per temporaneo peggioramento della cervicalgia e scompenso dei dolori, la paziente è stata di nuovo dichiarata inabile al lavoro dal 07.10.2019 al 02.12.2019. Da notare che non si è trattato di insorgenza di nuovi sintomi o di ricomparsa di sintomi precedentemente regrediti, ma ovviamente dei sintomi a ponte. La presenza di sintomi a ponte come persistente cervicalgia anche secondo l'esperienza medica e la giurisprudenza è da ritenere come prova della causalità naturale. I riferiti disturbi soggettivi della paziente sono plausibili e non vi sono elementi per estensione dei sintomi, aggravazione o simulazione e non si riscontrano discrepanze tra l'esame clinico e i riferiti disturbi. Dunque non siamo confrontati con una vera ricaduta o postumi tardivi, ma con uno scompenso doloroso temporaneo dei sintomi post infortunistici a ponte. Quindi in base ai dati anamnestici e alla documentazione medica non si può confermare la valutazione del Dr. med. _____ e ritenere estinta la causalità rispettivamente raggiunto lo stato quo sine già dopo 4 settimane post infortunio. Ma invece si deve ammettere la causalità naturale ed adeguata tra la sintomatologia della paziente e l'infortunio avvenuto il 06.08.2019 per almeno 6 mesi post trauma per la persistenza di sintomi a ponte. La cervicalgia lentamente in regressione non lineare e la conseguente ulteriore inabilità lavorativa dal 07.10.2019 al 02.12.2019 sono chiaramente e unicamente imputabili alle sole conseguenze dirette dell'infortunio avvenuto il 06.08.2019 e non vi sono le premesse per una condizione di malattia, anche in assenza di una lesione strutturale traumatica oggettivabile. Comunque il nesso di causalità tra i riferiti disturbi e l'infortunio del 06.08.2019 è da considerare estinto a distanza di 6 a 9 mesi post infortunio. ” (doc. 114, p. 7 ss.) 2.8. 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; STF 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, 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. 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, durante la procedura amministrativa, a medici esterni all'amministrazione o a servizi specializzati indipendenti, esse godono di piena forza probatoria, a condizione che non esistano indizi concreti che ne mettano in dubbio l'affidabilità (cfr. STF 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. STF I 811/03 del 31 gennaio 2005, consid. 5 in fine; STF I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV Nr. 10 p. 35 consid. 4b). 2.9. Chiamata a pronunciarsi nella concreta evenienza, questa Corte prende innanzitutto atto che i dottori _____ e _____ sono concordi nel ritenere che l'evento traumatico dell'agosto 2019 non abbia né causato un danno strutturale al rachide cervicale né peggiorato direzionalmente le alterazioni degenerative preesistenti a quel livello. A loro avviso, in effetti, l'infortunio in discussione ha semplicemente provocato un aggravamento temporaneo dello stato preesistente. I loro pareri divergono invece sulla questione di sapere quando è stato raggiunto lo status quo sine a margine del sinistro assicurato. Secondo il consulente dell'amministrazione, ciò avrebbe avuto luogo a distanza di sole quattro settimane dal trauma. Il dott. _____ sostiene per contro che la causalità naturale con l'infortunio sarebbe perdurata per almeno sei mesi (massimo nove mesi) a partire dall'evento, in conformità alla giurisprudenza federale sui traumi vertebrali (cfr. doc. 104 e 114). Riguardo alla questione, decisiva, concernente il

momento in cui l'assicurata ha raggiunto lo status quo sine , agli atti figurano dunque referti specialistici contraddittori, senza che il TCA sia nella condizione di poter attribuire ad uno di essi un maggior peso probatorio rispetto all'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 occorra ordinare una perizia ad opera di un medico indipendente secondo la procedura di cui all'art. 44 LPGa oppure una perizia giudiziaria (cfr. DTF 135 V 465 e la STF 8C_247/2018 del 1° aprile 2019 consid. 6.2.2). Tutto ben considerato, nel caso concreto, emergono dunque elementi suscettibili di generare dei dubbi, perlomeno lievi, circa l'affidabilità del parere sul quale l'amministrazione ha fondato la propria decisione, dubbi che inducono questa Corte a scostarsene (per un caso in cui il TF ha annullato il giudizio cantonale e rinviato la causa per nuova decisione, ritenendo che i referti agli atti dei medici curanti dell'assicurato fossero atti a suscitare un, almeno minimo, dubbio circa la pertinenza del parere espresso dal medico fiduciario a proposito della capacità lavorativa, si veda la STF 8C_370/2017 del 15 gennaio 2018 consid. 3.3.3). 2.10. 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 consid. 5.2 - 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 LPGGA: " 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).” In una sentenza 8C_412/2019 del 9 luglio 2020 consid. 5.4, la Corte federale ha rinviato la causa all’assicuratore LAINF (e non al tribunale cantonale che aveva respinto il ricorso della persona assicurata) affinché disponesse l’esecuzione di una perizia ai sensi dell’art. 44 LPGGA, precisando che laddove esistano dubbi circa l’attendibilità e la pertinenza della valutazione del medico fiduciario, spetta in primo luogo all’assicuratore contro gli infortuni procedere a ulteriori atti istruttori per determinare d’ufficio i fatti determinanti e, se del caso, assumere le prove necessarie prima di emanare la decisione (art. 43 LPGGA): " Lorsqu’il existe des doutes sur la fiabilité et la pertinence de l’appréciation du médecin-conseil, il appartient en premier lieu à l’assureur-accidents de procéder à des instructions complémentaires pour établir d’office l’ensemble des faits déterminants et, le cas échéant, d’administrer les preuves nécessaires avant de rendre sa décision (art. 43 al. 1 LPGGA; ATF 132 V 368 consid. 5 p. 374; arrêt 8C_401/209 du 9 juin 2020 consid. 5.3.3. et ses références).” (STF 8C_412/2019, consid. 5.4.) (si veda pure la STF 8C_697/2019, 8C_698/2019 del 9

novembre 2020 consid. 4.1). Nella presente fattispecie, il TCA ritiene che siano soddisfatti i presupposti per un rinvio degli atti all'istituto convenuto (cfr. STF 8C_59/2011 del 10 agosto 2011 e DTF 135 V 465), già per il fatto che esso ha fondato la decisione impugnata sul solo parere del proprio medico consulente. Per le ragioni già esposte al considerando 2.9. , 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 LPGa) volto a definire fino a quando i disturbi denunciati dall'assicurata al rachide cervicale si sono trovati in una relazione di causalità naturale con l'infortunio del 6 agosto 2019. In seguito, facendo capo alle risultanze dell'accertamento esperito, l'amministrazione si pronuncerà di nuovo in merito all'assunzione della ricaduta annunciata nell'ottobre 2019. 2.11. Visto l'esito del ricorso (il rinvio con esito aperto equivale a piena vittoria, cfr., da ultimo, la STF 8C_859/2018 del 26 novembre 2018 consid. 5 con rinvio a DTF 137 V 210 consid. 7.1 pag. 271 e riferimento), la CO 1 verserà all'insorgente, rappresentata da un sindacato, l'importo fr. 1'000 (IVA inclusa) a titolo d'indennità per ripetibili. 2.12. 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. Secondo l'art. 82a LPGa (Disposizione transitoria, cfr. RU 2021 358), 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 26 maggio 2021 per cui si applica la nuova disposizione legale. Trattandosi di prestazioni LAINF, il legislatore non ha previsto di prelevare le spese (sul tema, cfr. STF 8C_265/2021 del 21 luglio 2021).

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