

TI_GERICHTE 35.2021.77 vom 14. Februar 2022

TI Tribunale d'appello, 2022-02-14, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2021.77

FR: TI_GERICHTE 35.2021.77 du 14 février 2022

IT: TI_GERICHTE 35.2021.77 del 14 febbraio 2022

Regeste

Discusso se l'amm. potesse dichiarare estinto il proprio obbligo a prestazioni. Rinvio atti all'assicuratore per perizia esterna a fronte della presenza di pareri specialistici divergenti, atti a creare dei dubbi circa la correttezza della valutazione del medico fiduciario

Erwägungen

E. 21

giugno 2019 si applica il diritto anteriore.

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. 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. 2.3. Giusta l'art. 10 LAINF, l'assicurato ha diritto alla cura appropriata dei postumi d'infortunio (cfr. DTF 109 V 43 consid. 2a; art. 54 LAINF) e, in applicazione dell'art. 16 LAINF, l'assicurato totalmente o parzialmente incapace di lavorare (art. 6 LPG) a seguito d'infortunio, ha diritto all'indennità giornaliera. Il diritto all'indennità giornaliera nasce il terzo giorno successivo a quello dell'infortunio. Esso si estingue con il ripristino della piena capacità lavorativa, con l'assegnazione di una rendita o con la morte dell'assicurato. Il diritto alle cure cessa qualora dalla loro continuazione non sia da attendersi un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato (art. 19 cpv. 1 seconda frase LAINF), un miglioramento insignificante non basta. Non vi è un sensibile miglioramento delle condizioni di salute, se la misura terapeutica in questione è in grado soltanto di alleviare momentaneamente dei dolori causati da uno stato altrimenti stazionario. Se un miglioramento non è più possibile, la cura termina e l'assicurato può pretendere una rendita d'invalidità (sempre che presenti un'incapacità di guadagno del 10% almeno). Una volta terminata la cura medica, delle misure terapeutiche possono essere assunte soltanto alle condizioni di cui all'art. 21 LAINF e soltanto se l'assicurato è stato posto al beneficio di una rendita. Se ciò non è il caso, spetta all'assicurazione contro le malattie prendere a proprio carico il trattamento (cfr. STF 8C_50/2018 del 20 luglio 2018 e riferimenti ivi menzionati). 2.4. Il diritto alle prestazioni risultante da un infortunio assicurato

presuppone l'esistenza di un nesso di causalità naturale tra l'evento dannoso e il danno alla salute. Questa condizione è adempiuta 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 *conditio 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 (DTF 129 V 177 consid. 3. p. 181, 402 consid. 4.3 p. 406). Se un infortunio ha semplicemente scatenato un processo che sarebbe comunque insorto anche senza questo evento, il nesso di causalità naturale tra i disturbi accusati dall'assicurato e l'infortunio deve essere negato se lo stato morboso preesistente è ritornato ad essere quello che era prima dell'infortunio (*status quo ante*) oppure se ha raggiunto lo stadio che sarebbe prima o poi subentrato anche senza l'infortunio (*status quo sine*) (RAMI 1992 U 142 p. 75 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).

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. Nel caso di specie, dalle carte processuali emerge che per chiarire i fatti giuridicamente rilevanti, nel corso del mese di luglio 2020, l'assicuratore convenuto ha disposto l'esecuzione di una perizia a cura del dott. _____, spec. FMH in chirurgia. Contrariamente a quanto si sostiene con la risposta di causa (cfr. doc. V, p. 8), il dott. _____ non può essere considerato un perito amministrativo (esterno) ai sensi dell'art. 44 LPG. Non risulta in effetti che l'assicuratore abbia ossequiato la procedura prevista da quella disposizione. Lo scritto del 23 luglio 2020 (doc. 137), diversamente da quello del 23 giugno 2020 che riguardava un incarico peritale che si sarebbe voluto conferire all'_____ (doc. 127), altro non è che una lettera di convocazione a una visita medica di controllo (" Per valutare il quadro clinico, desideriamo sottoporla a una visita presso un nostro medico di fiducia "). All'assicurato non è stato concesso né di far valere dei motivi di ricusa nei confronti del medico designato né di pronunciarsi sul catalogo dei quesiti da sottoporre a quest'ultimo (di fatto non risulta nemmeno che gliene sia stato sottoposto uno). Fatta questa premessa, il TCA constata che in data 27 luglio 2020 RI 1 è stato visitato personalmente dal fiduciario dell'CO 1. Dal relativo referto si evince che il dott. _____ ha formulato la diagnosi di stato dopo evento del 15 dicembre 2019 in occasione del quale l'assicurato ha riportato uno strappo muscolare alla gamba destra gemello mediale ventre superficiale con decorso complicato da insorgenza di trombosi venosa profonda della gemellare mediale destra conseguentemente trattata con avvenuta ricanalizzazione della vena gemellare mediale sinistra, non trombi ipoecogeni, lieve ispessimento della parete venosa tuttora presente. Permangono algie alla stazione eretta prolungata e alla deambulazione sulle punte. Vi è la necessità di portare calze elastiche (gambaletto). In merito alla causalità, egli ha rilevato che "il caso rientra nel contesto dell'articolo 6.2 quale lesione parificata ad infortunio, strappo muscolare. La comparsa di

trombosi venosa profonda a livello della gemellare mediale destra è conseguente alla rottura del muscolo gemello mediale destro ventre superficiale. La terapia è tuttora in atto e si apprezza un netto miglioramento della situazione.”. Dal profilo dell’ulteriore procedere terapeutico, è stata consigliata la prosecuzione della fisioterapia e delle restanti cure, precisato che, nel caso in cui l’esame eco-doppler (programmato per il 28 luglio 2020) avesse evidenziato una situazione stabile o migliorata, il ricorrente avrebbe potuto “... incrementare la terapia fisiatrica anche con rinforzo e allungamento muscolare.”.

Trattandosi infine della capacità lavorativa, l’assicurato è stato dichiarato “... abile al lavoro in misura del 50% a partire dal 1.8.2020 e abile al lavoro in misura totale a partire dal 1.9.2020. Dopo questa scadenza, il caso sarà da considerare chiuso a tutti gli effetti.” (doc. 149). Dagli atti di causa si evince che, nel prosieguo, l’insorgente si è sottoposto a regolari controlli presso medici specialisti di sua fiducia. In data 28 luglio 2020, egli è stato sottoposto a eco-doppler venoso degli arti inferiori che ha segnatamente mostrato, alla gamba destra, una “trombosi non recente del tratto medio, per le caratteristiche iperecogene del materiale trombotico, della v. gemellare mediale.” (allegato al doc. 175). Un nuovo esame eco-doppler ha avuto luogo il 10 agosto 2020 presso l’Ospedale _____ di _____. Il dott. _____ ha refertato a destra una “trombosi non recente del tratto medio vena gemellare mediale” e ha consigliato l’assunzione di una terapia anti-coagulante (allegato al doc. 176). Il 2 novembre 2020, RI 1 ha consultato il dott. _____, spec. in chirurgia vascolare a _____. Dal suo relativo referto risulta che l’esame eco-doppler dell’arto inferiore destro ha mostrato la presenza di “... esiti trombotici parietali stratificati di una vena gemellare mediale; concomita reflusso da devalvolazione della vena poplitea destra, di entità emodinamicamente rilevante. Si rileva inoltre incomprimibilità della vena piccola safena destra dall’origine al III medio di gamba, per la presenza di materiale trombotico endoluminale ad ecogenicità mista (CUS al 30%), ...”. Lo specialista ha quindi consigliato di proseguire la terapia anticoagulante in corso e di mantenere, durante il giorno, un’elastocompressione (allegato al doc. 182). Il 6 novembre 2020 ha avuto luogo una consultazione presso il dott. _____, spec. in fisioterapia a _____. All’esame clinico, egli ha riscontrato un dolore alla digitopressione del gemello mediale in corrispondenza della giunzione miotendinea destra, una circonferenza della gamba destra inferiore di 2 cm rispetto alla controlaterale, nonché dei polsi presenti e validi bilateralmente. Il dott. _____ ha diagnosticato uno strappo muscolare di gamba complicato da una trombosi venosa profonda dovuta al trauma con ematoma, segnalando che, a quel momento, la presa a carico riabilitativa era complicata dalla trombosi in trattamento con anticoagulanti (allegato al doc. 186). Il 14 dicembre 2020, il ricorrente è stato visitato dal dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia, medico aggiunto presso l’Ospedale _____ di _____. All’esame clinico, il dott. _____ ha refertato “non tumefazione alla giunzione miotendinea, non edema, deficit funzionale alla posizione sulle punte, deficit evidente di forza isometrica, test sulle punte impossibile, test balzo impossibile, dolore locale alla digitopressione a livello del terzo medio. Evidente ipoatrofia della gamba.” All’esame ecografico, egli ha oggettivato degli esiti di distrazione di III. grado del muscolo gemello mediale superficiale. Lo specialista ha quindi posto la diagnosi di esiti di lesione muscolare a livello del gemello mediale della gamba non ancora guarita e ha attestato una totale inabilità lavorativa per 30 giorni (allegato al doc. 190). Agli atti figura inoltre la cartella clinica del dott. _____, relativa a una visita che si è tenuta il 4 agosto 2021, dalla quale emerge che, a quel momento, non vi erano più segni di trombosi venosa profonda in atto (in questo senso, si veda pure il referto

afferente all'esame di eco-doppler compiuto il 29 luglio 2021 – allegati al doc. 199). Con la decisione formale del 30 novembre 2020, l'CO 1 ha posto termine al versamento delle prestazioni assicurative a far tempo dal 1° settembre 2020, sostenendo che, in base al parere del dott. _____, i disturbi interessanti la gamba destra non avrebbero più costituito una conseguenza naturale dell'evento traumatico del mese di dicembre 2019 (doc. 188). Con la decisione su opposizione impugnata, l'assicuratore ha precisato che lo status quo sine vel ante è stato raggiunto al più tardi il 31 agosto 2020 (doc. 201).

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; STF U 259/02 dell'8 luglio 2003 consid. 2.1.1; 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). 2.8. Attentamente vagliato l'insieme della documentazione a sua disposizione, questo Tribunale non ritiene di poter confermare la decisione impugnata, mediante la quale l'CO 1 ha posto termine dal 1° settembre 2020 alle proprie prestazioni dipendenti dal sinistro del 15 dicembre 2019. Preliminarmente, va rilevato che, non essendo la decisione impugnata fondata su una perizia esterna (cfr. supra, consid. 2.6.), può trovare applicazione la giurisprudenza di cui alla DTF 135 V 465, secondo la quale dei lievi dubbi circa l'affidabilità di un rapporto medico bastano per potersene discostare (cfr. supra, consid. 2.7.). Ora, al referto del dott. _____, sul quale si fonda appunto la decisione su opposizione in esame, non può essere riconosciuto un valore probatorio sufficiente per concludere, con la necessaria tranquillità, che al più tardi alla fine del mese di agosto 2020 le conseguenze dell'evento infortunistico assicurato erano definitivamente guarite. In effetti, agli atti esistono certificazioni specialistiche successive alla visita fiduciaria di controllo dalle quali sembrerebbe emergere che lo status quo ante non era ancora stato ritrovato il 1° settembre 2020, tanto dal profilo angiologico quanto da quello muscolare, e che pertanto appaiono atte a generare dei dubbi, perlomeno lievi, circa la correttezza delle conclusioni a cui è pervenuto il dott. _____. In particolare, a margine della consultazione del 2 novembre 2020, il chirurgo vascolare dott. _____ ha attestato che l'insorgente era ancora affetto da "trombosi della vena piccola safena destra e trombosi venosa profonda omolaterale ricanalizzata. Residua SPF (sindrome post flebitica) da devalvolazione poplitea, con reflusso venoso profondo ed edema di gamba destra cronico". A suo avviso, la condizione patologica descritta costituiva una "... diretta conseguenza della trombosi occorsa, conseguente alla lesione muscolare avvenuta il 15/12/2019." (allegato al doc. 182). Da parte sua, il chirurgo ortopedico dott. _____, ancora in occasione del consulto del 14 dicembre 2020, ha refertato la persistenza di esiti da distrazione di III. grado del muscolo gemello mediale superficiale, formulando la diagnosi di "esiti di lesione muscolare gemello mediale gamba non ancora guarita" (allegato al doc. 190 – il corsivo è del redattore). In sede di risposta di causa, l'amministrazione ha evocato il sospetto che l'assicurato sia affetto da trombofilia, "ovvero la tendenza all'ipercoagulazione, ossia la propensione di alcune persone a formare coaguli di sanguigni che possono essere disseminati in varie parti dell'organismo, come le vene profonde degli arti inferiori (trombosi venosa profonda o TVB)", ciò che spiegherebbe la ragione per la quale "... i medici curanti e/o i periti di parte hanno riscontrato del materiale trombotico negli esami successivi all'avvenuta guarigione accertata dal medico specialista". In questo stesso contesto, l'assicuratore segnala pure che, nel suo apprezzamento del 29 aprile 2020, il fiduciario dott. _____, spec. FMH in medicina interna generale, aveva auspicato un accertamento in tal senso (allegato al doc. 87: "Thrombophilie-Abklärung"), che di fatto non è mai stato effettuato. Al riguardo, il TCA rileva innanzitutto di non poter seguire l'istituto assicuratore laddove fa valere che "... in definitiva, a mente del Dr. med. _____ il ricorrente deve essere considerato un soggetto "trombofilico" ..." (doc. XI, p. 3), poiché ciò non è quanto risulta dall'apprezzamento citato in precedenza. D'altro canto, sempre secondo questo Tribunale, non è parimenti corretto sostenere che siccome i curanti non hanno disposto accertamenti volti a verificare l'esistenza di una trombofilia, vi sarebbe la "concreta possibilità" che RI 1 ne sia affetto (cfr. doc. V, p. 7). In questo senso, non può essere ignorato che, in virtù dell'art. 43 LPGA, l'accertamento dei fatti giuridicamente importanti è compito

dell'assicuratore LAINF. Inoltre, conformemente a una costante giurisprudenza, se l'assicuratore vuole liberarsi dal proprio obbligo a prestazioni, è tenuto a dimostrare che l'evento assicurato non gioca più alcun ruolo causale per rapporto ai disturbi denunciati dalla persona assicurata, avendo quest'ultima ritrovato lo status quo ante oppure raggiunto lo status quo sine. In questo contesto, è utile ricordare che, conformemente alla giurisprudenza, affinché il nesso di causalità naturale sia dato, non è necessario che l'infortunio rappresenti la causa unica o immediata del danno: è sufficiente che il sinistro, associato eventualmente ad altri fattori, abbia provocato il danno - fisico o psichico - alla salute, ovvero che si presenti come la conditio sine qua non di quest'ultimo (cfr. J.-M. Frésard/M. Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 2a ed., Basilea/Ginevra/Monaco 2007, p. 865 nota 79; vedi pure la STCA 35.2018.55 del 14 febbraio 2019 consid. 2.11.). Alla luce di quanto precede, considerata l'esistenza di dubbi, perlomeno lievi, circa la correttezza della valutazione enunciata dal dott. _____, questa Corte ritiene, per maggiore tranquillità, che non si possa prescindere dal procedere a un approfondimento peritale (in questo senso, si veda la STF 8C_812/2015 del 20 luglio 2016 e la 8C_783/2018 del 4 aprile 2019). 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 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). In effetti, l’CO 1 ha fondato la decisione impugnata sul solo parere di un suo medico fiduciario (cfr. supra, consid. 2.6.). Per le ragioni già esposte al considerando 2.8., si giustifica pertanto l’annullamento della decisione su opposizione impugnata e il rinvio degli atti all’assicuratore resistente affinché disponga una perizia (idealmente in materia di angiologia e di chirurgia ortopedica) esterna (art. 44 LPGGA) volta a chiarire se, dopo il 30 agosto 2020, l’assicurato presentava ancora dei postumi dell’evento del dicembre 2019 che hanno necessitato di cure mediche, rispettivamente provocato un’incapacità lavorativa. In seguito, facendo capo alle risultanze dell’accertamento esperito, l’amministrazione si pronuncerà di nuovo in merito al diritto alle prestazioni dal profilo materiale e temporale, precisato che il ricorrente limita le proprie pretese alla fine del mese di luglio 2021, momento in cui, a suo dire, sarebbe intervenuta la sua completa guarigione.

2.10. Considerato l’esito del ricorso (il rinvio con esito aperto equivale a piena vittoria, cfr., da ultimo, STF 8C_859/2018 del 26 novembre 2018 consid. 5 con rinvio a DTF 137 V 210 consid. 7.1 p. 271 e riferimento), l’CO 1 verserà all’insorgente, rappresentato da un sindacato, l’importo fr. 1'000 (IVA inclusa) a titolo d’indennità per ripetibili.

2.11. L’art. 61 lett. a LPGGA, 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 LPGGA. L’art. 61 lett. a LPGGA enuncia 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 LPGGA 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 LPGGA (disposizione transitoria; 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 7 ottobre 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 e STF 9C_394/2021 del 3 gennaio 2022).

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