

TI_GERICHTE 35.2022.78 vom 16. Februar 2023

TI Tribunale d'appello, 2023-02-16, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2022.78

FR: TI_GERICHTE 35.2022.78 du 16 février 2023

IT: TI_GERICHTE 35.2022.78 del 16 febbraio 2023

Regeste

Discussa eziologia disturbi alla spalla. Rinvio all'assicuratore per disporre perizia amministrativa

Erwägungen

E. 10

ottobre 2001, pubblicata in R DAT 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. In concreto, il TCA è chiamato innanzitutto a stabilire se l'assicuratore convenuto era legittimato a negare l'eziologia infortunistica ai disturbi interessanti la spalla sinistra oggetto dell'artroscopia del 27 gennaio 2022 e, quindi, a negare l'assunzione dei costi dell'intervento e a dichiarare estinto il diritto all'indennità giornaliera dal 1° febbraio 2022, oppure no. Nell'affermativa, questa Corte dovrà esaminare se l'CO 1 poteva negare il diritto a una rendita d'invalidità, oppure no. 2.3. Disturbi alla spalla sinistra oggetto dell'intervento del 27 gennaio 2022: causalità naturale con l'infortunio del 3 novembre 2020? Stato di salute infortunistico stabilizzato dal 1° febbraio 2022? 2.3.1. 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. 2.3.2. 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 142 V 435 consid. 1; 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3). 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). 2.3.3. Il diritto a prestazioni assicurative presuppone pure l'esistenza di un nesso di causalità adeguata tra l'evento dannoso e il danno alla salute. Un evento è da ritenere causa adeguata di un determinato effetto quando, secondo il corso ordinario delle cose e l'esperienza della vita, il fatto assicurato è idoneo a provocare un effetto come quello che si è prodotto, sicché il suo verificarsi appaia in linea generale propiziato dall'evento in questione (DTF 129 V 181 consid. 3.2 e 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a, DTF 117 V 361 consid. 5a e 382 consid. 4a e sentenze citate). Comunque, qualora sia carente il nesso di causalità naturale, l'assicuratore può rifiutare di erogare le prestazioni senza dover esaminare il requisito della causalità adeguata (DTF 117 V 361 consid. 5a e 382 consid. 4a; su queste questioni vedi pure: Ghélew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents, Losanna 1992, p. 51-53). La giurisprudenza ha inoltre stabilito che in caso di danno alla salute fisica, dal momento in cui è accertata la causalità naturale il nesso di causalità è generalmente ammesso (DTF 127 V 102 consid. 5 b/bb, 118 V 286 e 117 V 365 in fine; Meyer-Blaser, Kausalitätsfragen aus dem Gebiet des Sozialversicherungs-rechts, in: SZS 2/1994, p. 104 s.; M. Frésard, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], n. 39). 2.3.4. 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 (cfr. 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). L'Alta Corte ha inoltre precisato che la questione del "sensibile miglioramento" di cui all'art. 19 cpv. 1 LAINF va valutata in funzione dell'entità del previsto aumento oppure del ripristino della capacità lavorativa, nella misura in cui quest'ultima è pregiudicata dalle sequele infortunistiche (DTF 134 V 109 consid. 4.3 e riferimenti). 2.3.5. In concreto, dalle carte processuali emerge che l'amministrazione ha negato l'esistenza di un nesso di causalità naturale tra l'infortunio assicurato e i disturbi alla spalla sinistra (concretamente una ri-lesione del tendine del muscolo sovraspinato) oggetto dell'intervento artroscopico del 27 gennaio 2022, facendo capo alla valutazione del proprio medico _____. In effetti, con apprezzamento del 21 aprile 2022, il dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia, ha sostenuto che la ri-lesione del sovraspinato non è da imputare all'evento infortunistico del 3 novembre 2020, posto come la rottura riparata grazie all'operazione del dicembre 2020 neppure lo era (e, in quanto di natura squisitamente morbosa, non avrebbe nemmeno dovuto essere assunta

dall'assicuratore contro gli infortuni): " (...) La visualizzazione delle immagini della RM del 10.11.2020 mostra la rottura del tendine sovraspinoso loco tipico alla sua inserzione, la parte meno perfusata e parzialmente avascolare, con ampia retrazione. Si presentano delle cisti sottocondrali. Nelle immagini non si evidenziano segni di una distorsione traumatica della spalla, soprattutto del tendine sovraspinoso che si presenta intatto. L'argomentazione che si tratta di una conseguenza infortunistica non è quindi riproducibile. Il tendine sovraspinoso che ovviamente era rotto già precedentemente a questo meccanismo traumatico annunciato dall'assicurato, non si può neanche valutare come un peggioramento direzionale. Questa retrazione a tutto spessore di questo tendine è un processo che necessita mesi e non 7 giorni. Il tendine del sovraspinoso si presenta in modo tendinopatico, la rottura si presenta nella zona critica, il punto classico per la degenerazione di questo tendine che si sviluppa durante la vita, evidenzia anche segni degenerativi all'inserzione. L'accettazione della causalità della ricostruzione del tendine del sovraspinato è quindi non riproducibile, la causalità per la recidiva per il tendine è estinta nel modo ex nunc et pro futuro. Per la lesione SLAP, che si presenta insieme ad un cambiamento tendinopatico del tendine del bicipite, non si può escludere comunque la causalità per un peggioramento direzionale dopo distorsione della spalla con probabilità preponderante. (...)." (doc. 179) Con rapporto del 17 giugno 2022, il medico curante specialista dell'assicurato, dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia, si è così espresso a proposito dell'eziologia della ri-rottura del tendine sovraspinato: " (...) L'intervento è stato eseguito in quanto, dopo il primo intervento, il tendine non era cicatrizzato e quindi la progressione della lesione è proseguita con caratteristiche anche di tipo degenerativo e, su questo, mi accordo con il medico della CO 1. Non sono invece d'accordo sulla conclusione che la natura della lesione sia non traumatica in quanto la rottura del tendine non era guarita dopo il primo intervento e, se la prima risonanza magnetica dopo l'infortunio aveva evidenziato la natura post-traumatica della lesione, questa deve essere ancora considerata tale. Naturalmente con il passare del tempo intervengono anche problematiche degenerative ma queste sono dovute solo al fatto che non era guarito con il primo intervento." (doc. 192, p. 12) Lo stesso dott. _____ ha approfondito il proprio parere con il referto del 6 ottobre 2022, il cui tenore è in particolare il seguente: " (...) Su questa obiezione della CO 1 si può obiettare il fatto che il paziente eseguiva un'attività lavorativa manuale e pesante già prima dell'infortunio senza aver mai sofferto di alcun sintomo alla spalla sinistra. Gli esami delle risonanze sia pre che post operatorie non evidenziano nessun tipo di sofferenza muscolare, quindi un muscolo che non mostra nessun segno di patologia degenerativa o cronica a carico del tendine e anche le immagini intraoperatorie del tendine riparato non mostrava chiari segni degenerativi. Pertanto si può obiettare circa la natura con base degenerativa della rottura del sovraspinoso. Se veramente il tendine fosse stato tendinopatico e degenerato in modo significativo prima del trauma avremmo dovuto riscontrare già qualche sofferenza anche a carico intramuscolare del sovraspinoso che invece dopo due interventi si presenta tuttora normale e normotrofico. In ogni caso dopo il primo intervento il paziente ha presentato nuovamente una rottura recidiva del tendine che giustificava un secondo intervento, questo anche in considerazione dell'età del paziente dove lasciare dopo un primo intervento il tendine con una recidiva di rottura con solo il trattamento conservativo, avrebbe portato inevitabilmente ad un allargamento della lesione con il passare del tempo." (doc. 211) In corso di causa, l'istituto assicuratore resistente ha prodotto un apprezzamento, datato 26 ottobre 2022, del dott. _____, spec. FMH in chirurgia generale e traumatologia, il quale ha in sostanza condiviso il parere del collega dott. _____: " (...) Di questo caso

vorrei indicare il paragrafo di questo apprezzamento “Alcune considerazioni sulla lesione della cuffia dei rotatori”, nel quale avevo spiegato in modo dettagliato la mia presa di posizione in base alla letteratura scientifica. Inoltre, a pagina otto di questo apprezzamento, avevo dichiarato che nella prima risonanza magnetica alla spalla sinistra si potevano evidenziare dei segni molto chiari di degenerazione delle strette tendinee già preesistenti senza mostrare segni di un evento traumatico recente. La seconda risonanza magnetica mostrava inoltre un progressivo assottigliamento del tendine suturato con possibile distacco all’inserzione del tendine sovraspinato. Con la probabilità preponderante anche in questo caso possiamo constatare una degenerazione progressiva in un tendine già malato. Inoltre, c’è anche da sottolineare che l’infiltrazione eseguita dal Dr. _____ non ha avuto alcun effetto sui disturbi lamentati dall’assicurato. Sono pertanto pienamente d’accordo con il Dr. _____ sulla decisione di non avere effettuato un ulteriore intervento alla spalla per il dubbio effetto che ne sarebbe potuto risultare. Si tratta dunque di una valutazione molto complessa che è stata determinata dalla decisione amministrativa dell’agenzia di _____. In questa decisione viene accettata la lesione alla spalla sinistra dell’assicurato riscontrata nel 2020 come causa infortunistica, anche se dal lato medico-assicurativo vi erano dei chiari criteri di una lesione causata in modo preponderante da fattori degenerativi. L’assottigliamento del tendine con la probabile ri-lesione inserzionale del tendine sovraspinato è dunque da mettere in nesso causale preponderante con l’intervento del 2 dicembre 2020. Anche se per decisione amministrativa bisogna dunque accettare tutti gli interventi conseguenti a questo intervento, la presa a carico dell’intervento del 27 gennaio 2022 non può essere accettata per le seguenti ragioni: - Dopo le infiltrazioni effettuate dall’ortopedico _____, che non _____ avevano mostrato alcun effetto, e la risonanza magnetica del 29 _____ ottobre 2021 veniva deciso di non operare più l’assicurato, perché _____ non avrebbe tratto beneficio da questa terapia soprattutto sul _____ rendimento della capacità lavorativa e dei dolori. - L’utilizzo della membrana Regeneten™ non può essere ancora _____ accettato prima che si abbiano dei risultati clinici che possano _____ dimostrare l’efficacia dell’impianto. Per questa ragione bisogna _____ aspettare ancora i risultati di questa ricerca multicentrica della _____ quale in Svizzera fa solamente parte la Clinica _____ di _____. - Dopo l’intervento del 27 gennaio fino ad oggi l’assicurato _____ sembrerebbe non viene riportato alcun beneficio dell’intervento eseguito. È stato anche necessario eseguire un’ulteriore infiltrazione con due fiale di un corticosteroide per combattere _____ l’infiammazione da corpo estraneo causata dalla membrana.” (doc. IV 3) Con certificazione del 3 novembre 2022, il dott. _____ si è riconfermato nelle considerazioni contenute nei suoi precedenti rapporti, sottolineando che “... non vi è una degenerazione grassosa del muscolo né il tendine aveva lesioni di tipo degenerative. Pertanto riteniamo la rottura di natura traumatica.” (doc. O). Nel corso del mese di dicembre 2022, l’insorgente ha privatamente consultato il Prof. dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica, segnatamente nella chirurgia di spalla e gomito, per una seconda opinione. Per quanto qui d’interesse, con il relativo referto, lo specialista ha dichiarato che la dinamica dell’evento infortunistico assicurato è adeguata a causare una rottura del tendine del sovraspinato. Inoltre, vi è da considerare che al momento del sinistro il ricorrente aveva 44 anni e che si può parlare di lesioni degenerative soltanto a partire dai 50-60 anni. Tenuto conto di tutto ciò, secondo il Prof. _____, al danno tendineo in discussione va riconosciuta, con verosimiglianza preponderante, un’eziologia traumatica (doc. Q). Invitato dall’amministrazione a prendere posizione in proposito, il dott.

_____ ha rilevato che dal referto del dott. _____ non emergono elementi oggettivi atti a modificare il suo parere. In effetti, a suo avviso, “il Prof. _____ basa la sua valutazione medico assicurativa sulla dinamica infortunistica durante l’evento del 3 novembre 2020. Questa avrebbe potuto causare con grande probabilità la rottura della cuffia. Nel mio apprezzamento del 26 ottobre 2022 avevo preso in considerazione la dinamica infortunistica: “In data 3 novembre 2020 l’assicurato stava forando una parete con un trapano, quando questo si è inceppato e ha causato un contraccolpo con rotazione esterna al braccio sinistro”. Non ho mai contestato il fatto che si potesse trattare di un trauma distrattivo alla spalla sinistra. Avevo pertanto concluso le mie valutazioni spiegando che l’assicurato il giorno stesso dell’evento, come anche nei giorni seguenti, aveva potuto continuare a lavorare al 100%. Nella visita clinica del 5 novembre 2020 veniva riscontrata una mobilità della spalla sinistra nella norma con un painful arc sopra i 60° elevazione. Avevo quindi dichiarato che secondo il parere della letteratura scientifica questo “painful arc sign” viene considerato come un segno molto tipico per una lesione degenerativa della cuffia dei rotatori. Se la lesione sarebbe stata d’entità traumatica l’assicurato non avrebbe potuto continuare il suo lavoro in cantiere.” (doc. XVII 1). 2.3.6. 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).

2.3.7. Attentamente vagliato l'insieme della documentazione a sua disposizione, questo Tribunale non ritiene di poter confermare la decisione impugnata, mediante la quale l'amministrazione ha negato la propria responsabilità a proposito dei disturbi alla spalla sinistra che sono stati oggetto dell'intervento artroscopico del 27 gennaio 2022 e dichiarato estinto il diritto alle prestazioni di corta durata a contare dal 1° febbraio 2022 (fatta eccezione per i costi dei controlli medici ancora necessari e per quelli della fisioterapia per l'anno 2022).

Preliminarmente, va rilevato che, non essendo la decisione impugnata fondata su una perizia esterna (cfr. supra, consid. 2.3.5.), 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. 2.3.6.). Ora, ai referti dei dottori _____ e _____, sui quali si fonda appunto la decisione su opposizione in esame, non può essere riconosciuto un valore probatorio sufficiente per concludere, con la necessaria tranquillità, che nel dicembre 2020 era stato in realtà trattato un danno alla salute di natura squisitamente morbosa, di modo che nemmeno la ri-rottura del tendine sovraspinato, in quanto conseguenza del primo intervento, può essere ritenuta in nesso di causalità naturale con l'infortunio del 3 novembre 2020. Infatti, come è già stato messo in evidenza al considerando 2.3.5., su questo aspetto di natura squisitamente medica agli atti figurano rapporti medici, specificatamente quelli elaborati dai medici curanti specialisti (per i quali invece già la rottura del sovraspinato suturata nel dicembre 2020, era stata causata dal sinistro del 3 novembre 2020), il cui contenuto è atto a generare dei dubbi, perlomeno lievi, circa la correttezza della valutazione su cui l'amministrazione ha finalmente fondato la propria posizione (per dei casi analoghi, riguardanti delle fattispecie in cui i lievi dubbi generati da un rapporto del medico curante specialista, interessavano proprio l'eziologia di disturbi interessanti la spalla della persona assicurata, si vedano le STF 8C_410/2022 del 23 dicembre 2022 e 8C_637/2020 del 4 marzo 2021 consid. 5.1 e 5.2). 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).

2.3.8. 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 - 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).” (STF 8C_59/2011, consid. 5.2) 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; STCA 35.2020.88 dell’8 febbraio 2021 consid. 2.10; STCA 35.2020.70 del 1° marzo 2021 consid. 2.10; STCA 35.2020.100 del 22 marzo 2021 consid. 2.10; STCA 35.2021.12 del 16 giugno 2021 consid. 2.10). Con la pronunzia 8C_445/2021 del 14 gennaio 2022 consid. 4.4, pubblicata in SVR 10/2022 UV n. 34 p. 137 ss., l’Alta Corte ha stabilito che, laddove un tribunale cantonale determini il diritto alle prestazioni facendo capo a un rapporto del medico curante prodotto nel quadro della procedura di opposizione, sebbene ci si trovi in presenza di un caso di applicazione della DTF 135 V 465 che richiede l’intervento di un perito esterno, la causa deve essere rinviata all’amministrazione, e non ai giudici di prime cure, affinché proceda a un complemento istruttorio. È in effetti in primo luogo compito dell’amministrazione disporre degli atti istruttori complementari volti ad accertare d’ufficio tutti i fatti pertinenti e, se del caso, raccogliere le prove necessarie prima di rendere la propria decisione. Infine, con un giudizio 9C_176/2022 del 17 novembre 2022 consid. 3, il TF ha confermato l’agire dei giudici cantonali che avevano rinviato la causa all’amministrazione affinché procedesse ad accertamenti complementari a fronte di una fattispecie non sufficientemente chiarita, anziché disporre una perizia giudiziaria (“ Rien par ailleurs n’empêchait les premiers juges de renvoyer la cause à l’intimé pour instruction complémentaire dans leur arrêt du 5 juillet 2019 plutôt que d’ordonner une expertise judiciaire. Ce renvoi était en effet motivé par la nécessité de clarifier une situation médicale ayant fait l’objet d’investigations insuffisantes. La jurisprudence autorise expressément un tel renvoi dans ce genre de situation .”). Nella

presente fattispecie, i presupposti per un rinvio degli atti all'assicuratore convenuto (cfr. STF 8C_59/2011 del 10 agosto 2011 e DTF 135 V 465) sono soddisfatti già per il solo fatto che esso ha fondato la decisione impugnata sul solo parere dei suoi medici fiduciari. In casi del genere, per costante prassi, il TCA, anziché ordinare esso stesso una perizia giudiziaria, rinvia gli atti all'amministrazione affinché disponga una perizia esterna ai sensi dell'art. 44 LPGa (cfr., in questo senso, STF 8C_757/2014 del 16 gennaio 2015 consid. 3.2., STCA 35.2014.103 dell'11 marzo 2015 consid. 2.9., STCA 35.2014.96 del 25 febbraio 2015 consid. 2.9., STCA 35.2014.47 del 2 febbraio 2015 consid. 2.8., STCA 35.2014.66 del 22 dicembre 2014 consid. 2.9 e 35.2014.50 del 10 novembre 2014 consid. 2.13; D. Cattaneo, *Les erreurs les plus fréquentes des expertises médicales dans les assurances sociales* in: CGRSS n. 50 – 2014, p. 137 seg. n. 15 p. 140). Per le ragioni già esposte al considerando 2.3.7. , si giustifica l'annullamento della decisione su opposizione impugnata e il rinvio degli atti all'amministrazione affinché disponga un approfondimento esterno (art. 44 LPGa) volto a stabilire se i disturbi alla spalla sinistra oggetto dell'operazione artroscopica del 27 gennaio 2022 costituivano una conseguenza naturale dell'evento traumatico del novembre 2020. Nell'affermativa, il perito designato dovrà pure esprimersi in merito all'efficacia e all'adeguatezza dell'intervento in discussione, considerato che anche questo aspetto risulta controverso (cfr., in particolare, il doc. IV 3). Sulla scorta delle relative risultanze, l'CO 1 si pronuncerà di nuovo sul diritto alle prestazioni dell'assicurato. 2.3.9. Visto 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 avvocato, l'importo fr. 2'500 (IVA inclusa) a titolo d'indennità per ripetibili. 2.3.10. 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. Trattandosi di una controversia relativa a prestazioni LAINF, il legislatore non ha previsto di prelevare le spese. Sul tema cfr. anche STF 9C_369/2022 del 19 settembre 2022; STF 9C_368/2021 del 2 giugno 2022; SVR 2022 KV Nr. 18 (STF 9C_13/2022 del 16 febbraio 2022); STF 9C_394/2021 del 3 gennaio 2022; STF 8C_265/2021 del 21 luglio 2021 (al riguardo cfr. Ares Bernasconi, *Actualités du TF, 8C_265/2021 du 21 juillet 2021 - frais judiciaires pour les tribunaux cantonaux des assurances selon la révision de la LPGa du 21 juin 2019*, in: SZS/RSAS 2/2022 p. 107).

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