

TI_GERICHTE 35.2023.22 vom 22. Mai 2023

TI Tribunale d'appello, 2023-05-22, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2023.22

FR: TI_GERICHTE 35.2023.22 du 22 mai 2023

IT: TI_GERICHTE 35.2023.22 del 22 maggio 2023

Regeste

Discussa l'esistenza di una lesione parificata a infortunio. Rinvio atti all'assicuratore affinché disponga perizia medica volta a stabilire se lesione meniscale è dovuta prevalentemente a malattia o usura

Erwägungen

E. 22

dicembre 2000; STFA I 623/98 del 26 ottobre 1999. Vedi pure: STF 9C_807/2014 del 9 settembre 2015; STF 9C_585/2014 dell'8 settembre 2015). nel merito 2.2. In concreto, è litigiosa la questione di sapere se l'assicuratore resistente era legittimato a negare il diritto alle prestazioni in relazione al sinistro accaduto il 28 agosto 2022, per il motivo che l'assicurato non sarebbe rimasto vittima di un infortunio ai sensi di legge, né il danno alla salute che ha presentato costituirebbe una lesione parificata ai postumi d'infortunio, oppure no. Questa Corte constata che l'avv. RA 1 ammette giustamente che il 28 agosto 2022 non è “ successo alcun evento particolare o straordinario ” e, dunque, che l'assicurato non è rimasto vittima di un infortunio ai sensi dell'art. 4 LPGGA (cfr. doc. I, p. 7). Stante ciò, il TCA può limitare il proprio esame all'esistenza, o meno, di una lesione parificata ai postumi di un infortunio giusta l'art. 6 cpv. 2 LAINF. 2.3. Giusta l'art. 6 cpv. 2 LAINF, introdotto nel quadro della revisione della Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni, entrata in vigore il 1° gennaio 2017, applicabile al caso di specie visto che l'evento annunciato dall'interessato è accaduto nell'agosto 2022, l'assicurazione effettua le prestazioni anche per le lesioni corporali seguenti – fratture (lett. a), lussazioni di articolazioni (lett. b), lacerazioni del menisco (lett. c), lacerazioni muscolari (lett. d), stiramenti muscolari (lett. e), lacerazioni dei tendini (lett. f), lesioni dei legamenti (lett. g) e lesioni del timpano (lett. h) - a condizione che non siano dovute prevalentemente all'usura o a una malattia. Al riguardo, è utile sottolineare che, rispetto al diritto previgente (cfr. art. 9 cpv. 2 v.OAINF), con il nuovo art. 6 cpv. 2 LAINF il legislatore federale ha rinunciato al criterio del fattore esterno. Nella DTF 146 V 51 la Corte federale, avuto riguardo all'applicazione dell'art. 6 cpv. 2 LAINF, ha precisato che, in presenza di una lesione corporale figurante nell'elenco, l'assicuratore è di principio tenuto a corrispondere le prestazioni assicurative, fintanto che non dimostra, con il grado della verosimiglianza preponderante, che la lesione in questione è da ricondurre prevalentemente - ossia in misura maggiore al 50% (consid. 8.2.2.1) - a usura o malattia (consid. 8.2.2 e 9.1). Tale onere probatorio rende, comunque, necessario distinguere tra una lesione corporale parificata di tipo infortunistico (che deve essere assunta dall'assicurazione contro gli infortuni) ed una lesione corporale figurante nella lista, ma causata da usura e malattia (a carico dell'assicuratore contro le malattie). L'apporto della prova liberatoria presuppone che, nell'ambito dell'obbligo di accertamento ex art. 43 cpv. 1 LPGGA, ricevuta la notifica

relativa ad una lesione parificata ad un infortunio (art. 6 cpv. 2 lett. a-h LAINF), l'assicuratore chiarisca le circostanze in cui essa si è verificata. Occorre dunque accertare i dettagli relativi sia alla situazione anteriore, che alla prima comparsa dei disturbi lamentati dall'assicurato e ponderare, dal punto di vista medico, gli elementi che depongono in favore, o a sfavore, di un'origine della lesione dovuta all'usura o alla malattia ed è in tal senso che la questione a sapere se ha avuto luogo un evento iniziale riconoscibile e identificabile continua ad essere determinante al fine di circoscrivere l'obbligo prestativo dell'assicuratore contro gli infortuni rispetto a quello dell'assicuratore contro le malattie. Se lo spettro delle possibili cause è costituito esclusivamente da elementi che parlano a favore di un'usura o di una malattia, ne consegue inevitabilmente che è stata fornita la prova a discarico dell'assicuratore infortuni e non sono necessari ulteriori chiarimenti (consid. 8.6). La prova che una lesione corporale figurante nella lista è dovuta in maniera prevalente all'usura o a una malattia deve essere considerata fornita anche quando un assicuratore contro gli infortuni dimostra che un infortunio secondo l'art. 4 LPGGA non è in nesso di causalità, nemmeno in minima misura, con la lesione in questione e non esistono indizi che una circostanza avvenuta dopo l'evento potrebbe costituirne una causa possibile (consid. 9.2). Sul tema, si veda pure STF 8C_267/2019 del 30 ottobre 2019 consid. 6 e STF 8C_169/2019 del 10 marzo 2020 consid. 5.4 - 5.5. 2.4. Nel caso di specie, con la decisione su opposizione impugnata, l'amministrazione ha negato l'applicabilità dell'art. 6 cpv. 2 LAINF in quanto "... l'assicurato non ha riportato una lacerazione del menisco ma una meniscosi e quindi una lesione che non figura nella lista ..." (doc. 46, p. 4). Dalle carte processuali emerge che la RMN del 1° settembre 2022 ha evidenziato la presenza di una meniscopatia del corno posteriore del menisco mediale e di una lesione condrale a livello della faccetta articolare patellare mediale. Riguardo al primo reperto, il radiologo ha descritto una "immagine lineare a decorso trasverso (...) riconoscibile a livello del corno posteriore del menisco mediale senza una sicura comunicazione con la superficie articolare tibiale, rilievo in primis riferibile a rottura incipiente ." (doc. 11 – il corsivo è del redattore). In data 9 settembre 2022, l'assicurato è quindi stato sottoposto a intervento artroscopico da parte del dott. _____, Caposervizio di ortopedia e traumatologia presso l'Ospedale _____ di _____. Dal relativo rapporto si evince che, intraoperativamente, sono stati riscontrati a livello del compartimento mediale del ginocchio sinistro un " lembo della lamina inferiore dislocato nello spazio articolare con la base al corpo e piccolo lembo posteriore ", lembi che sono stati in seguito resecati. La diagnosi intraoperatoria è stata quella di " lesione menisco mediale ginocchio sinistro " (doc. 13; si veda pure il doc. 14). Interpellato dall'amministrazione a proposito della presenza o meno di un danno imputabile prevalentemente all'usura o a malattia, Il PD dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia, ha risposto positivamente, precisando che "la lesione visibile alla RM sembra una lesione degenerativa. Non si trovano segni di un trauma acuto. Condropatia presente." (doc. 17). A margine della visita di controllo del 24 ottobre 2022, preso atto del rifiuto dell'assicuratore convenuto di assumere il danno al ginocchio sinistro, il dott. _____ ha chiesto all'CO 1 di "valutare il caso in quanto la flessione e la rotazione, quando vengono fatte con una certa violenza, possono provocare lesioni meniscali, in particolare se il menisco presenta già una certa degenerazione. Nell'artroscopia è stata vista un'unica lesione al lembo. Le altre parti del ginocchio non mostrano alcuna degenerazione (immagini sono a disposizione)." (doc. 23). Agli atti figura pure la presa di posizione del dott. _____, Capoclinica di radiologia presso l'Istituto _____, colui che ha refertato le immagini della RMN del 1° settembre 2022, il cui

tenore è il seguente: " (...) Mi ha contattato il dottor _____, il quale mi ha spiegato brevemente il caso del signor RI 1. Da quello che ho capito il problema sorge dal mio termine "meniscopatia" utilizzato nelle conclusioni; il termine succitato va inteso come patologia del menisco senza distinguere se la lesione sia degenerativa o acuta. Nel referto esteso io non parlo di patologia degenerativa ma solo di sospetta lesione meniscale incipiente che poi è stata confermata all'artroscopia successiva." (doc. 31) Con apprezzamento del 19 dicembre 2022, il dott. _____ ha espresso le considerazioni seguenti: " (...) Senza dubbio si tratta di una meniscopatia del menisco interno, che era sintomatica e pertanto è stata operata. I dolori che sono ancora presenti sono ben congruenti con una displasia femoro-rotulea. Questa displasia è una causa congenita, che certamente non è di competenza CO 1. La meniscopatia interna è secondo il mio parere di natura degenerativa. Ancora una volta ho rivisto la risonanza magnetica e raggiunto sempre la stessa conclusione. Il meccanismo dell'infortunio non permette un nesso causale tra l'evento e una lesione post-traumatica del menisco interno. Le visite del dr. _____ si riferiscono alla problematica femoro-rotulea, che secondo me è ben spiegata dalla displasia. Quindi la mia valutazione che non è presente un nesso causale post-infortunistico della lesione del menisco interno, è mantenuta." (doc. 32) 2.5. 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. Questa giurisprudenza è stata in seguito costantemente confermata dall'Alta Corte (cfr. DTF 139 V 225 consid. 5.2 e 145 V 97 consid. 8.5 in fine; STF 8C_333/2022 e 8C_365/2022 del 23 marzo 2023 consid. 5.2). 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).

2.6. Chiamato ora a pronunciarsi nel caso di specie, questa Corte non può seguire l'amministrazione laddove, con la decisione su opposizione impugnata, fa valere che l'insorgente non avrebbe presentato una lacerazione del menisco ai sensi dell'art. 6 cpv. 2 lett. c LAINF, ragione per la quale sarebbe superfluo esaminare se il danno è da imputare prevalentemente all'usura o a una malattia (cfr. doc. 46, p. 4). Al riguardo, va rilevato che, secondo autorevole dottrina, sotto il concetto di lacerazione meniscale ricadono, non soltanto le lacerazioni del menisco in quanto tale, ma anche rotture marginali di parti del menisco. Per contro, un'estesa degenerazione della cartilagine dell'intera articolazione femoro-tibiale, non costituisce una lacerazione del menisco. Ciò vale anche per piccole lacerazioni meniscali che vengono refertate quali reperti secondari in occasione del trattamento chirurgico di una patologia infiammatoria o degenerativa del ginocchio (cfr. A. Bühler, Die unfallähnliche Körperschädigung, in: SZS/RSAS 2/1996, p. 102 e i riferimenti ivi menzionati). In questo senso, in una sentenza 35.1998.43 del 15 marzo 1999, confermata dal TFA con pronuncia U 128/99 del 28 luglio 1999, il TCA ha ammesso l'applicabilità del v.art. 9 cpv. 2 lett. c OAINF, trattandosi di un assicurato portatore di una lesione orizzontale a falda della parte intermedia del menisco laterale, il cui assicuratore infortuni pretendeva non trattarsi di una lacerazione. In concreto, dal rapporto operatorio del 9 settembre 2022 si evince che l'assicurato era portatore di una lesione del menisco mediale del ginocchio sinistro, più concretamente un lembo della lamina inferiore risultava dislocato nello spazio articolare, motivo per cui il dott. _____ ha proceduto a una resezione parziale del menisco (cfr. doc. 13 e 14). Con rapporto del 29 ottobre 2022, lo stesso operatore ha dichiarato che intraoperativamente era stata riscontrata "... un'unica lesione al lembo. Le altre parti del ginocchio non mostrano alcuna degenerazione ..." (doc. 23). Da parte sua, il radiologo dott. _____ ha precisato che il termine "meniscopatia", da lui utilizzato nel referto relativo alla RMN del 1° settembre 2022, è da intendere come "patologia del menisco senza distinguere se la lesione sia degenerativa o acuta" (doc. 31). Tenuto conto di quanto precede, occorre dunque riconoscere che il menisco mediale di RI 1 era parzialmente rotto, tanto è vero che la parte rotta ha dovuto essere resecata e che tale rottura non è emersa nel contesto di una degenerazione generalizzata dell'articolazione del ginocchio (il dott. _____ ha infatti attestato che "le altre parti del ginocchio non mostrano alcuna degenerazione"). D'altro canto, va pure considerato che l'intervento artroscopico è stato disposto proprio per porre rimedio al danno in questione, alla luce di quanto la risonanza

magnetica aveva evidenziato. Stante ciò, questo Tribunale ritiene sufficientemente accertato che il ginocchio del ricorrente presentava un danno ricadente nella nozione di “ lacerazioni del menisco ” di cui all’art. 6 cpv. 2 lett. c LAINF. 2.7. In base alla giurisprudenza esposta in precedenza (cfr. supra , consid. 2.3.), l’assicuratore convenuto può liberarsi dal proprio obbligo a prestazioni fornendo la prova che il danno alla salute in questione è da ascrivere, in misura prevalente (ossia in misura maggiore al 50%), a usura o malattia. Ora, tutto ben considerato, il TCA ritiene che la documentazione medica a sua disposizione non gli consenta di decidere, con piena cognizione di causa, in merito a questo specifico aspetto. Da un lato, il parere espresso in proposito dal medico di fiducia dell’CO 1 (cfr. supra , consid. 2.4. in fine) risulta apodittico e motivato in maniera troppo succinta. La circostanza che i disturbi ancora denunciati dall’assicurato sarebbero ormai da attribuire a una displasia femoro-rotulea di natura congenita, nulla toglie al fatto che l’artroscopia del 9 settembre 2022 si è resa necessaria in ragione della rottura del menisco che è stato in effetti parzialmente resecato. Riguardo al fatto che l’evento in discussione non sarebbe adeguato a provocare una lesione del menisco, questa Corte segnala di aver già avuto modo di sottolineare che “ in letteratura specialistica, le lesioni meniscali sono solitamente causate da traumi indiretti. Il più delle volte si tratta di movimenti di torsione con il ginocchio piegato. Quale esempio classico viene menzionata la rottura meniscale insorta al momento di rialzarsi repentinamente dalla posizione accovacciata (cfr. E. Baur/H. Nigst (ed.), *Versicherungsmedizin*, 2a ed., p. 207 ss., J. Jerosch/J. Heisel/A.B. Imhoff (ed.), *Fortbildung Orthopädie – Traumatologie*, Band 12: Knie, 2007, p. 40, www.chirurgie-toulouse.fr .”) (cfr. STCA 35.2017.88 dell’8 marzo 2018 consid. 2.7.). Dall’altro, agli atti figurano certificazioni, specificatamente quelle dei dottori _____ e _____, che appaiono suscettibili di generare dei dubbi, perlomeno lievi, circa la correttezza della valutazione enunciata dal dott. _____. A quest’ultimo riguardo, va evidenziato che, non essendo la decisione impugnata fondata su una perizia esterna ai sensi dell’art. 44 LPGa, 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. 2.5.). 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. STF 8C_418/2022 del 1° marzo 2023 consid. 3.1.2 e riferimento ivi citato). 2.8. 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 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)." (si veda pure la STF 8C_697/2019, 8C_698/2019 del 9 novembre 2020 consid. 4.1). Infine, 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 (questo principio è stato confermato ancora con le sentenze 8C_274/2021 del 31 marzo 2023 consid. 9.3.3; 8C_523/2022 del 23 febbraio 2023 consid. 5.4 e riferimenti; 8C_731/2021 succitata consid. 4.6). 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 di un proprio medico interno. 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 LPGGA (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 consid. 2.7., si giustifica l'annullamento della decisione su opposizione impugnata e il rinvio degli atti all'assicuratore resistente affinché disponga un approfondimento peritale esterno (art. 44 LPGGA), volto a definire se la lesione meniscale al ginocchio sinistro dell'assicurato è dovuta prevalentemente all'usura o alla malattia, oppure no. Sulla scorta delle risultanze della perizia amministrativa, l'CO 1 si pronuncerà nuovamente sul diritto alle prestazioni dell'insorgente. 2.9. Visto l'esito del ricorso,

l'assicuratore verserà all'insorgente, rappresentato da un avvocato, l'importo fr. 2'500 (IVA inclusa) a titolo d'indennità per ripetibili. 2.10. 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.