

TI_GERICHTE 35.2015.104 vom 10. März 2016

TI Tribunale d'appello, 2016-03-10, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2015.104

FR: TI_GERICHTE 35.2015.104 du 10 mars 2016

IT: TI_GERICHTE 35.2015.104 del 10 marzo 2016

Erwägungen

E. 12

settembre 2013 consid. 2.2.). Nel merito 2.2. 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 LPGa) 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. Parimenti, il diritto alle cure cessa qualora dalla loro continuazione non sia da attendersi un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato (cfr. art. 19 cpv. 1 LAINF): nemmeno persistenti dolori bastano a conferire il diritto alla continuazione del trattamento se da questo non si può sperare un miglioramento sensibile dello stato di salute (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), Losanna 1992, p. 41ss.). 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. Presupposto essenziale per l'erogazione di prestazioni da parte dell'assicurazione contro gli infortuni è però l'esistenza di un nesso di causalità naturale fra l'evento e le sue conseguenze (danno alla salute, invalidità, morte). Questo presupposto è da considerarsi adempiuto qualora si possa ammettere che, senza l'evento infortunistico, il danno alla salute non si sarebbe potuto verificare o non si sarebbe verificato nello stesso modo. Non occorre, invece, che l'infortunio sia stato la sola o immediata causa del danno alla salute; è sufficiente che l'evento, se del caso unitamente ad altri fattori, abbia comunque provocato un danno all'integrità corporale o psichica dell'assicurato, vale a dire che l'evento appaia come una condizione sine qua non del danno. È questione di fatto lo stabilire se tra evento infortunistico e danno alla salute esista un nesso di causalità naturale; su detta questione amministrazione e giudice si determinano secondo il principio della probabilità preponderante - insufficiente essendo l'esistenza di pura possibilità - applicabile generalmente nell'ambito dell'apprezzamento delle prove in materia di assicurazioni sociali (cfr. RDAT II-2001 N. 91 p. 378; SVR 2001 KV Nr. 50 p. 145; DTF 126 V 360 consid. 5b; DTF 125 V 195; STFA del 4 luglio 2003 nella causa M., U 133/02; STFA del 29 gennaio 2001 nella causa P., U 162/02; DTF 121 V 6; STFA del 28 novembre 2000 nella causa P. S., H 407/99; STFA del 22 agosto 2000 nella causa K. B., C 116/00; STFA del 23 dicembre 1999 in re A. F., C 341/98, consid. 3, p., 6; STFA 6 aprile 1994 nella causa E. P.; SZS 1993 p. 106 consid. 3a; RCC 1986 p. 202 consid. 2c, RCC 1984 p. 468 consid. 3b, RCC 1983 p. 250 consid. 2b; DTF 115 V 142 consid. 8b, DTF 113 V 323 consid. 2a, DTF 112 V 32 consid. 1c, DTF 111 V 188 consid. 2b; Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in Basler Juristische Mitteilungen (BJM) 1989, p. 31-32; G.

Scartazzini, *Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale*, Basilea 1991, p. 63). Al riguardo essi si attengono, di regola, alle attestazioni mediche, quando non ricorrano elementi idonei a giustificare la disattenzione (cfr. DTF 119 V 31; DTF 118 V 110; DTF 118 V 53; DTF 115 V 134; DTF 114 V 156; DTF 114 V 164; DTF 113 V 46). Ne discende che ove l'esistenza di un nesso causalità tra infortunio e danno sia possibile ma non possa essere reputata probabile, il diritto a prestazioni derivato dall'infortunio assicurato dev'essere negato (DTF 129 V 181 consid. 3.1 e 406 consid. 4.3.1, DTF 117 V 360 consid. 4a e sentenze ivi citate). L'assicuratore contro gli infortuni è tenuto a corrispondere le proprie prestazioni fino a che le sequele dell'infortunio giocano un ruolo causale. Pertanto, la cessazione delle prestazioni entra in considerazione soltanto in due casi: - quando lo stato di salute dell'interessato è simile a quello che esisteva immediatamente prima dell'infortunio (status quo ante); - quando lo stato di salute dell'interessato è quello che, secondo l'evoluzione ordinaria, sarebbe prima o poi subentrato anche senza l'infortunio (status quo sine) (cfr. RAMI 1992 U 142, p. 75 s. consid. 4b; A. Maurer, *Schweizerisches Unfallversicherungsrecht*, p. 469; U. Meyer-Blaser, *Die Zusammenarbeit von Richter und Arzt in der Sozialversicherung*, in *Bollettino dei medici svizzeri* 71/1990, p. 1093). Secondo la giurisprudenza, qualora il nesso di causalità con l'infortunio sia dimostrato con un sufficiente grado di verosimiglianza, l'assicuratore è liberato dal proprio obbligo prestativo soltanto se l'infortunio non costituisce più la causa naturale ed adeguata del danno alla salute. Analogamente alla determinazione del nesso di causalità naturale che fonda il diritto alle prestazioni, l'estinzione del carattere causale dell'infortunio deve essere provata secondo l'abituale grado della verosimiglianza preponderante. La semplice possibilità che l'infortunio non giochi più un effetto causale non è sufficiente. Trattandosi della soppressione del diritto alle prestazioni, l'onere della prova incombe, non già all'assicurato, ma all'assicuratore (cfr. RAMI 2000 U 363, p. 46 consid. 2 e riferimenti ivi citati). 2.4. Occorre inoltre rilevare che il diritto a prestazioni assicurative presuppone pure l'esistenza di un nesso di causalità adeguata tra gli elementi summenzionati. 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 ivi 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 (cfr. DTF 117 V 361 consid. 5a e 382 consid. 4a; su queste questioni vedi pure: Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 51-53). La giurisprudenza ha inoltre stabilito che la causalità adeguata, quale fattore restrittivo della responsabilità dell'assicurazione contro gli infortuni allorché esiste un rapporto di causalità naturale, non gioca un ruolo in presenza di disturbi fisici consecutivi ad un infortunio, dal momento che l'assicurazione risponde anche per le complicazioni più singolari e gravi che solitamente non si presentano secondo l'esperienza medica (cfr. DTF 127 V 102 consid. 5 b/bb, 118 V 286 e 117 V 365 in fine; cfr., pure, U. Meyer-Blaser, *Kausalitätsfragen aus dem Gebiet des Sozialversicherungsrechts*, in *SZS* 2/1994, p. 104s. e M. Frésard, *L'assurance-accidents obligatoire*, in *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR]*, n. 39). 2.5. Nel caso di specie, dalle carte processuali emerge che i disturbi interessanti il rachide denunciati dalla ricorrente sono stati indagati da più specialisti. In data 13 giugno 2014, l'assicurata ha consultato i sanitari del Servizio di neurochirurgia dell'Ospedale _____ di _____. Dal relativo referto, datato 7 luglio 2014, risulta che essi

hanno indicato, riferendosi alla RMN del 23 aprile 2014, di non aver riscontrato "... compressioni sacco-radicolari, è ancora visibile la piccola frattura dell'angolo antero-superiore somatico di L3; il disco L5/S1 è sottile, tuttavia verosimilmente non su base degenerativa, ma conformazionale.". A loro avviso, non poteva essere escluso che il dolore avesse una "origine articolare", auspicando quindi un'infiltrazione test dei rami articolari da L3 a S1 a sinistra (cfr. doc. 71). Nel mese di settembre 2014, ha avuto luogo una visita da parte del dott. _____, spec. FMH in neurochirurgia. Secondo questo specialista, dalle immagini della radiografia convenzionale e della RMN risulterebbe la presenza di una spondilolisi con conflitto disco-radicolare con la radice di S1, ciò che spiegherebbe la sintomatologia dolorosa lombare. Lo specialista ha pure precisato che "la spondilolisi e la listesi di grado I sono stati precipitati dal trauma ma erano presenti evidentemente prima del trauma. Non di rado, infatti, il traumatismo del rachide, anche se minore, rivela la patologia spondilolitica sottogiacente." (doc. 78). A margine del consulto del 1° dicembre 2014, i sanitari della _____ di _____ hanno in particolare affermato che l'esame di RMN del 3 settembre 2014 (disposto dal dott. _____) evidenziava delle alterazioni degenerative a livello di L5/S1, una sospetta spondilolisi litica L5/S1, nonché una stenosi recessale bilaterale L4/L5 e L5/S1. A loro avviso, la sintomatologia denunciata dalla ricorrente era spiegabile dal profilo posttraumatico (cfr. doc. 93). Il 16 gennaio 2015, RI 1 è stata sottoposta a una visita fiduciaria di controllo da parte della dott.ssa _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica. Per quanto qui d'interesse, il medico _____ ha sostenuto che "... la spondilolisi litica non è causata dall'infortunio ma è preesistente allo stesso, l'infortunio ha reso manifesto, a mio modo di vedere, la spondilolisi/spondilolistesi." (doc. 98, p. 4). Con referto del 28 gennaio 2015, il dott. _____, spec. FMH in reumatologia, ha osservato che l'assicurata soffriva di una "... sindrome lombovertebrale su stato dopo trauma diretto. È impressionante il numero dei consulti effettuati con opinioni sempre estremamente diverse ciò che non ha portato altro che maggiore insicurezza in tutto il caso. Non è infatti comprensibile come un neurochirurgo proponga un intervento operatorio e l'altro una cosa assolutamente conservativa. Personalmente penso che sia essenziale un lavoro conservativo mentre non vedo alcuna indicazione operatoria. Da questo punto di vista rientra in primo luogo un intervento di stabilizzazione/rinforzo muscolare e ho consigliato alla paziente di prendere anche qualche medicamento per i dolori. Non nascondo alcune perplessità fra lo status, esame obiettivo, radiologico e l'esame soggettivo. La paziente mi ha già detto che la prima settimana non farà piscina in quanto già solo lo sfregare dell'acqua sulla sua schiena crea dolori. Personalmente, in tutti gli anni, non ho mai visto qualcosa del genere e apre molto la porta di una componente anche psicosomatica." (doc. 106, p. 2). Dall'incarto risulta che il medico di _____ ha chiesto al dott. _____ un parere circa l'interpretazione da dare alle immagini degli esami radiologici e strumentali eseguiti nel frattempo. Da parte sua, il radiologo ha indicato che le radiografie evidenziavano una iperlordosi lombare con sacro arcuato e insufficienza statica nonché un'osteochondrosi soprattutto a livello L5/S1, ma non una lisi della pars istmica dei peduncoli di L5. A suo avviso, anche le RMN escludevano la presenza di una spondilolisi (cfr. doc. 113). Con rapporto del 20 marzo 2015, il reumatologo dott. _____ ha espresso il parere secondo cui "... la spondilolistesi L5/S1, oltre tutto dubbia, probabilmente sia più congenita che non infortunistica. Anche qui la paziente ha messo in dubbio il tutto dicendo che non essendoci radiografie prima, probabilmente il tutto prima era perfetto come le hanno detto quelli della _____." (doc. 125). In occasione della visita del 27 aprile 2015, la dott.ssa

_____ ha dichiarato che “la sindrome lombovertebrale cronica in netto miglioramento non è più in nesso causale con l’infortunio del 23.01.2014, siamo in assenza di una lesione post-traumatica oggettivabile ed il trattamento adeguato che è stato stabilito a distanza di un anno post-infortunio ha potuto migliorare in modo importante tale sintomatologia.” (doc. 132, p. 3). Invitata dall’amministrazione a pronunciarsi sulle obiezioni formulate dal patrocinatore dell’assicurata in sede di opposizione, il medico _____ ha ribadito l’assenza di una lesione post-traumatica oggettivabile e la presenza di lesioni morbose preesistenti all’infortunio, ragione per la quale ha confermato il raggiungimento dello status quo sine (doc. 144, p. 3). In corso di causa, l’insorgente ha prodotto un ulteriore rapporto della _____, relativo a una consultazione avvenuta il 1° ottobre 2015, in cui i sanitari hanno confermato che ella continuava a soffrire di una sintomatologia lombospondilogenica posttraumatica con irradiazioni pseudoradicolarie (cfr. doc. B 2). In data 5 ottobre 2015, gli specialisti _____ hanno risposto a una serie di domande poste loro dall’assicurata. In quella sede, essi hanno in particolare dichiarato che l’infortunio del 23 gennaio 2014 ha causato una frattura tear drop del corpo vertebrale di L3, nel frattempo divenuta asintomatica. L’evento ha inoltre provocato una sindrome dolorosa lombospondilogenica a sinistra. In proposito, essi hanno precisato che la diagnostica per immagini non ha sinora evidenziato un chiaro sostrato morfologico. Tuttavia, all’esame clinico, è presente un chiaro “Punctum Maximum” dei disturbi, insorto a partire dall’infortunio. Secondo i medici della _____, i disturbi sono imputabili al sinistro del gennaio 2014, poiché “... erst seit diesem Ereignis bestehen”, in assenza peraltro di fattori extra-traumatici (cfr. doc. B 3).

2.6. Secondo la giurisprudenza, il giudice delle assicurazioni sociali è tenuto a vagliare oggettivamente tutti i mezzi di prova, a prescindere dalla loro provenienza, e a decidere se la documentazione a disposizione permette di rendere un giudizio corretto sull’oggetto della lite. Qualora i referti medici fossero contraddittori fra loro, non gli è consentito di liquidare il caso senza valutare l’insieme delle prove e senza indicare le ragioni per le quali si fonda su un parere piuttosto che su un altro (DTF 125 V 352). Determinante è, del resto, che il rapporto 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. DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191ss.; DTF 122 V 160ss, 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). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10, p. 33ss. e RAMI 1999 U 356, p. 572), la Corte federale ha stabilito 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. Per quel che riguarda le perizie allestite da specialisti esterni all’amministrazione, il TFA ha pure loro riconosciuto pieno valore probante, fintantoché non vi sono degli indizi concreti che facciano dubitare della loro attendibilità (cfr. STFA U 168/02 del 10 luglio 2003; DTF 125 V 353, consid. 3b/bb). 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.

2.7. Chiamato ora a pronunciarsi, attentamente vagliato l'insieme della documentazione medica agli atti, questo Tribunale ritiene che il parere espresso dal chirurgo ortopedico dott. ssa _____ – infortunio del gennaio 2014 responsabile di un peggioramento temporaneo dello stato morboso preesistente con raggiungimento dello status quo sine a decorrere dal 1° maggio 2015 -, possa validamente costituire da base al giudizio che è ora chiamato a rendere. Il TCA rileva del resto che la conclusione a cui è pervenuto il medico _____ è conforme alla dottrina medica dominante, secondo la quale, dopo traumi quali contusioni o distorsioni alla colonna vertebrale, lo stato anteriore del rachide può, di regola, considerarsi ristabilito trascorsi alcuni mesi a contare dall'evento traumatico, come se l'infortunio non fosse mai sopraggiunto (cfr. Bär/Kiener, Traumatismes vertébraux, in Informations médicales N. 67/décembre 1994, p. 45ss., contributo in cui viene illustrata, con dovizia di riferimenti, la posizione della dottrina medica dominante in materia appunto di traumi vertebrali; si veda pure E. Morscher, Schäden des Stütz- und Bewegungsapparates nach Unfällen: Wirbelsäule, in Versicherungsmedizin, Hrsg. E. Baur, U. Nigst, Berna 1973; 3. Auflage 1985). Questa tesi dottrinale è stata peraltro recepita dalla giurisprudenza. Secondo il Tribunale federale, un aggravamento post-traumatico (senza lesione strutturale associata) di uno stato degenerativo anteriore della colonna vertebrale, precedentemente asintomatico, cessa di produrre i propri effetti trascorsi dai sei ai nove mesi, al più tardi dopo un anno (cfr. SVR 2009 UV n 1 p. 1; STF 8C_562/2010 del 3 agosto 2011 consid. 5.1, 8C_314/2011 del 12 luglio 2011 consid. 7.2.3, 8C_416/2010 del 29 novembre 2010 consid. 3.3 e 8C_679/2010 del 10 novembre 2010 consid. 3.3). Un aggravamento significativo e quindi duraturo di un'affezione degenerativa preesistente alla colonna vertebrale in seguito a un infortunio è dimostrato soltanto quando l'indagine radiologica mette in evidenza una compressione improvvisa delle vertebre nonché la comparsa o il peggioramento di lesioni successivamente a un trauma (cfr. RAMI 2000 U 363, p. 46s.). In una sentenza 8C_677/2007 del 4 luglio 2008 - pubblicata in SVR 2009 UV Nr. 1 -, il TF ha precisato che non soltanto in caso di aggravazione traumatica di uno stato degenerativo preesistente non manifesto alla colonna vertebrale (STF 8C_326/2008), ma pure in caso di alterazioni degenerative della colonna vertebrale sopraggiunte soltanto dopo l'infortunio, occorre ammettere, in via di massima, che un rapporto di causalità non è più dato dopo un anno. È inoltre utile segnalare che, in una sentenza U 60/02 del 18 settembre 2002, il TFA ha precisato che, nell'ambito dell'apprezzamento delle prove fondato sul criterio della verosimiglianza preponderante, possono essere presi in considerazione dei principi basati sull'esperienza medica, a condizione che essi riflettano l'opinione dominante. Sempre secondo l'Alta Corte, ciò deve valere in particolare per la dimostrazione del raggiungimento dello status quo sine. Nel caso di specie, il TCA constata che gli specialisti interpellati non sono concordi circa l'effettiva presenza di una spondilolisi con listesi L5/S1. In effetti, la sua esistenza è stata ritenuta accertata dal neurochirurgo dott. _____ (cfr. doc. 78:

“Ho preso visione degli esami di RM e con rammarico ho constatato che non è stata fatta una diagnosi di spondilolisi, cosa evidente sulla radiografia standard del rachide lombare e sull’esame di RM.”), è stata invece negata dal radiologo dott. _____ (cfr. doc. 113: “Non anterolistesi di L5, non spondilolisi dei peduncoli L5, ...”), mentre i medici della _____ di _____ (cfr. doc. 93, p. 1: “Verdach auf lytische Spondylolisthesis L5/S1, MRI LWS 09/2014.”); si veda pure il doc. B 3, in cui gli specialisti zurighesi hanno precisato che, alla luce degli esiti della diagnostica per immagini, la sintomatologia denunciata dall’assicurata non correla con una lesione morfologica) e il reumatologo dott. _____ (cfr. doc. 125: “Ho ancora spiegato che la spondilolistesi L5/S1, oltre tutto dubbia, ...” - il corsivo è del redattore), si sono espressi al riguardo in termini di semplice sospetto. Tutto ben considerato, secondo questa Corte, anche qualora si volesse ammettere l’esistenza di una spondilolisi con listesi a livello della passaggio lombosacrale, tale circostanza non giustificherebbe di porre a carico dell’assicuratore convenuto un obbligo a prestazioni più esteso rispetto a quanto già riconosciuto. In effetti, occorre rilevare che, secondo l’unanime parere dei dottori _____ e _____, si tratterebbe verosimilmente di un’alterazione preesistente, che è stata tutt’al più traumatizzata in occasione del sinistro del gennaio 2014 (cfr. doc. 78: “La spondilolisi e la listesi di grado I sono stati precipitati dal trauma ma erano presenti evidentemente prima dell’incidente.” e doc. 125: “Ho ancora spiegato che la spondilolistesi L5/S1, (...), probabilmente sia più congenita che non infortunistica.”; anche la dott.ssa _____ [cfr. doc. 98, p. 4], prima di conoscere l’opinione del radiologo da lei interpellato, aveva sostenuto che “... la spondilolisi litica non è causata dall’infortunio ma preesistente allo stesso, l’infortunio ha reso manifesto, a mio modo di vedere, la spondilolisi/spondilolistesi.” – il corsivo è del redattore). Ora, nell’ipotesi (“più favorevole” all’assicurata) in cui ci fosse effettivamente una spondilolisi L5/S1, tenuto conto di quanto precede, occorrerebbe ammetterne la preesistenza all’infortunio e, dunque, la sua eziologia morbosa (ciò che esclude naturalmente che essa sia stata causata in senso stretto dall’evento traumatico del gennaio 2014). D’altro canto, non risulta che sia stato dimostrato, successivamente all’evento assicurato, l’intervento di un aggravamento significativo e duraturo delle preesistenti alterazioni degenerative nel senso indicato dalla succitata giurisprudenza federale. Ne consegue che l’infortunio del gennaio 2014 può avere tutt’al più aggravato transitoriamente il preesistente stato (morboso) del rachide. Alla luce della giurisprudenza menzionata in precedenza, secondo cui le conseguenze di un infortunio che ha interessato la colonna vertebrale si estinguono, in assenza di fratture traumatiche dei corpi vertebrali oppure di lesioni strutturali al rachide, trascorsi 3-4 mesi, rispettivamente 6-9 mesi, al massimo un anno in presenza di preesistenti alterazioni degenerative, l’Istituto resistente era dunque legittimato a negare la propria responsabilità a far tempo dal 1° maggio 2015, visto il tempo trascorso dalla data del sinistro (gennaio 2014 - maggio 2015). Il raggiungimento dello status quo sine comporta l’estinzione del nesso di causalità naturale con l’evento traumatico assicurato. Questo Tribunale non ignora che, secondo i sanitari della _____, i disturbi denunciati da RI 1 continuerebbero a costituire una conseguenza naturale dell’infortunio del gennaio 2014 (cfr. doc. B 3), tuttavia, nella misura in cui il loro parere si trova in contrasto con quello della dottrina medica dominante, non può essergli attribuito sufficiente valore probatorio. La circostanza secondo la quale i disturbi sarebbero apparsi soltanto dopo l’evento in questione (cfr. doc. B 3: “..., da sie erst seit diesem Ereignis bestehen.”), non appare ad ogni modo un argomento sufficiente per ammettere un diritto alle prestazioni oltre la durata già riconosciuta dall’CO 1 (tenuto conto oltretutto che

l'istituto ha ammesso la propria responsabilità per un tempo maggiore rispetto a quanto stabilito dalla dottrina medica e dalla giurisprudenza federale). Tenuto conto di quanto precede, la decisione su opposizione impugnata deve dunque essere confermata nella misura in cui dichiara estinto il nesso di causalità naturale tra i disturbi alla schiena e l'infortunio assicurato a partire dal 1° maggio 2015. Va da sé che l'estinzione della causalità naturale comporta la decadenza del diritto alle prestazioni, ragione per la quale è inutile esaminare se, posteriormente al 30 aprile 2015, l'assicurata ha ancora presentato un'incapacità lavorativa legata ai disturbi alla schiena, oppure no. 2.8. Per quanto riguarda invece la problematica interessante la caviglia sinistra, va rilevato che, successivamente alla decisione formale dell'8 maggio 2015, il dott. _____ ha annunciato una ricaduta, chiedendo all'assicuratore il benestare per sottoporre l'insorgente a una fisioterapia di rinforzo vista la recrudescenza dei dolori (cfr. doc. 141). In sede di decisione su opposizione, l'amministrazione ha esplicitamente indicato di aver disposto al riguardo gli accertamenti del caso (cfr. doc. 150, p. 4). In effetti, in data 22 settembre 2015, RI 1 è stata visitata dal chirurgo ortopedico dott. _____, per conto dell'CO 1 (cfr. doc. 153). Quindi, con scritto del 6 ottobre 2015, l'assicuratore ha comunicato al curante di non riconoscere i disturbi oggetto dell'annuncio di ricaduta del giugno 2015, quale conseguenza naturale dell'evento traumatico del 23 gennaio 2014 (cfr. doc. 155). Per il momento - in assenza di una decisione su opposizione -, questo Tribunale non è legittimato a entrare nel merito del rifiuto d'assunzione della succitata ricaduta. 2.9. La ricorrente ha chiesto di essere posta al beneficio dell'assistenza giudiziaria con il gratuito patrocinio dell'avv. RA 1 (cfr. doc. I). I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (STF 9C_196/2012 del 20 aprile 2012; DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b e riferimenti). Per valutare se un assicurato si trova in uno stato di bisogno, secondo la giurisprudenza, si tiene conto di un fabbisogno minimo che si situa al di sopra del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo (cfr. SVR 1998 IV Nr. 13 p. 48 consid. 7b, p. 48 consid. 7c). Al minimo esecutivo va, infatti, aggiunto un supplemento al massimo del 15-25% (cfr. STFA U 102/04 del 20 settembre 2004). Nella presente fattispecie, dalle carte processuali risulta che la ricorrente, nubile, di professione impiegata di commercio al dettaglio, dispone, quali entrate, delle indennità di disoccupazione, pari a fr. 2'715/mese (cfr. allegato al doc. XIV). L'assicurata non ha dichiarato alcuna sostanza. Sul fronte delle uscite, la Tabella per il calcolo del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo, emanata dalla Camera di esecuzione e fallimento del Tribunale d'appello (CEF), quale Autorità di vigilanza cantonale, prevede la somma di fr. 1'200 quale importo base mensile per il debitore che vive da solo. Tale importo comprende già le spese di sostentamento, abbigliamento, biancheria, igiene, cultura, salute, oneri domestici, quali elettricità, illuminazione, gas (cfr. Tabella per il calcolo del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo; cfr., pure, Lignes directrices pour le calcul du minimum d'existence en matière de poursuite selon l'art. 93 LP du 24.11.2000, in BISchK 2001, p. 19). Vi è poi da computare la pigione mensile di fr. 1'230/mese e il premio afferente alla cassa malati di fr. 291.90/mese, per un ammontare globale di fr. 2'721.90/mese. Già soltanto considerando queste poste, senza dunque tener conto che all'importo base mensile andrebbe aggiunto un supplemento del 15-25%, l'assicurata presenta delle uscite maggiori alle entrate. In tali circostanze, la sua indigenza dev'essere ammessa. Ritenuto, inoltre, che anche le altre condizioni poste da legge e giurisprudenza appaiono adempiute, l'istanza tendente alla concessione

dell'assistenza giudiziaria va accolta, riservate eventuali modifiche della situazione economica dell'interessata.

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