

TI_GERICHTE 35.2015.11 vom 18. Mai 2015

TI Tribunale d'appello, 2015-05-18, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2015.11

FR: TI_GERICHTE 35.2015.11 du 18 mai 2015

IT: TI_GERICHTE 35.2015.11 del 18 maggio 2015

Regeste

La decisione dell'assicuratore di negare ab initio il diritto a prestazioni è basata su accertamenti medici insufficienti: rinvio atti per la messa in atto di un approfondimento peritale esterno

Erwägungen

E. 49

cpv. 2 della Legge sull'organizzazione giudiziaria (cfr. STF 8C_452/2011 del 12 marzo 2012; STF 8C_855/2010 dell'11 luglio 2011; STF 9C_211/2010 del 18 febbraio 2011; STF 9C_792/2007 del 7 novembre 2008; STF H 180/06 e H 183/06 del 21 dicembre 2007; STFA I 707/00 del 21 luglio 2003; STFA H 335/00 del 18 febbraio 2002; STFA H 212/00 del 4 febbraio 2002; STFA H 220/00 del 29 gennaio 2002; STFA U 347/98 del 10 ottobre 2001, pubblicata in R DAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA H 304/99 del 22 dicembre 2000; STFA I 623/98 del 26 ottobre 1999). Nel merito 2.2. Oggetto della lite è la questione di sapere se l'Istituto assicuratore convenuto era legittimato a negare il proprio obbligo a prestazioni a far tempo dal 26 febbraio 2014, oppure no. 2.3. Giusta l'art. 10 LAINF, l'assicurato ha diritto alla cura appropriata dei postumi d'infortunio (cfr. DTF 109 V 43 consid. 2a; art. 54 LAINF) e, in applicazione dell'art. 16 LAINF, l'assicurato totalmente o parzialmente incapace di lavorare (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. 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.). 2.4. Presupposto essenziale per l'erogazione di prestazioni da parte dell'assicurazione contro gli infortuni è l'esistenza di un nesso di causalità naturale fra l'evento e le sue conseguenze (danno alla salute, invalidità, morte). Questo presupposto è da considerarsi adempiuto qualora si possa ammettere che, senza l'evento infortunistico, il danno alla salute non si sarebbe potuto verificare o non si sarebbe verificato nello stesso modo. Non occorre, invece, che l'infortunio sia stato la sola o immediata causa del danno alla salute; è sufficiente che l'evento, se del caso unitamente ad altri fattori, abbia comunque provocato un danno all'integrità corporale o psichica dell'assicurato, vale a dire che l'evento appaia come una condizione sine qua non del danno. È questione di fatto lo stabilire se tra evento infortunistico e danno alla salute esista un nesso di causalità naturale; su detta questione amministrazione e giudice si determinano secondo il principio della probabilità

preponderante - insufficiente essendo l'esistenza di pura possibilità - applicabile generalmente nell'ambito dell'apprezzamento delle prove in materia di assicurazioni sociali (cfr. RDAT II-2001 N. 91 p. 378; SVR 2001 KV Nr. 50 p. 145; DTF 126 V 360 consid. 5b; DTF 125 V 195; 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). 2.5. 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).

2.6. Nel caso di specie, dall'esame degli atti emerge che in data 26 febbraio 2014 l'assicurato è stato preso a carico dal dr. _____, spec. FMH in medicina interna generale, il quale nel referto del 13 marzo 2014 ha posto la diagnosi di "sindrome lombosciatalgica a destra (dermatoma S1), non deficitaria", indicando un'inabilità lavorativa del 100% dal 26 febbraio 2014 "a tempo da determinare (per ora ho certificato due settimane)" (doc. 2b). Preso atto di tale referto medico, l'assicuratore LAINF convenuto ha chiesto al proprio medico di fiducia di valutare se tra i disturbi presentati dall'interessato e l'evento del 7 febbraio 2014 esista un nesso di causalità naturale dimostrabile secondo il principio della probabilità preponderante oppure no. Con apprezzamento medico del 2 aprile 2014, il dr. _____, ha osservato: "Möglich, aber bisher nicht überwiegend wahrscheinlich. Das UE müsste geeignet sein, diese Verletzung auszulösen (Sturzmechanismus?), der Vt müsste vorher beschwerdefrei gewesen sein und die Symptome müssten innert 72 h aufgetreten sein. Die Erstbehandlung fand abererst 2 Wo nach dem UE stat. Bitte Unfallhergang präzise schildern lassen und fragen nach Vorbehandlung/Vorzustand sowie genaues Datum des Auftretens der ersten Symptome. Beim Arzt MRI-Befund verlangen." (Doc. 3) Chiamato dall'assicuratore LAINF a fornire delle precisazioni in merito all'infortunio, l'assicurato, in data 8 aprile 2014, ha indicato che il 7 febbraio 2014, alle ore 23.30 circa, a _____ "durante un controllo di servizio sono caduto scivolando sul ghiaccio passando un gradino". Rispondendo poi alla domanda relativa al momento in cui sono insorti i dolori, l'assicurato ha indicato "Am Folgetag dem 8.2.2014" (doc. 3). Con referto dell'11 aprile 2014, il dr. _____ ha attestato un "decorso lentamente favorevole. Dolori regrediti ma non scomparsi. Sempre assenza di deficit neurologici", segnalando che l'assicurato "non si oppone ad una visita dal vostro medico di fiducia" (doc. 5). Con apprezzamento del 16 aprile 2014, il dr. _____ ha osservato: "Möglich, aber bisher nicht überwiegend wahrscheinlich. Keine sichere radikuläre Symptomatik, keine Bildgebung. Unspezifische Lumboischialgie, als Krankheit iO, AUF bis Ende April ausgewiesen, maximal Ende Mai. AUF 50% 16.3.2014 – 30.4.2014 iO." (Doc. 7) Con certificato medico del 1° aprile 2014, il dr. _____ ha attestato una inabilità lavorativa del 100% dal 26 febbraio 2014 al 15 marzo 2014 e del 50% dal 16 marzo 2014 al 27 aprile 2014 (doc. 10b). In data 28 aprile 2014 l'assicurato ha ripreso la propria attività al 100% (doc. 10a). L'Istituto resistente, facendo propria la valutazione con la quale il dr. _____ ha considerato solo possibile un nesso causale naturale tra i disturbi lombovertabrali presentati dall'interessato e l'evento traumatico del 7 febbraio 2014, ha rifiutato il diritto a prestazioni (cfr. doc. 11). Nel corso della procedura di opposizione, RA 1 ha chiesto all'assicuratore LAINF di volere compiere ulteriori accertamenti, sulla base di quanto indicato nella presa di posizione del 7 ottobre 2014 dal dr. _____, consultato dallo stesso rappresentante dell'assicurato proprio al fine di verificare l'esattezza o meno della decisione dell'assicuratore infortuni. Il dr. _____ ha ritenuto che prima di poter esprimere un parere fosse indispensabile chiarire le seguenti questioni: " (...) Frage Sind Sie mit der Stellungnahme der CO 1 Versicherungen

einverstanden? Bevor man eine Antwort geben kann, müssen noch folgende Punkte geklärt werden: - Wann hat der Mitarbeiter eine Verschlimmerung seines Gesundheitszustands festgestellt? - Wann hat er zwischen dem 7. und dem 26. Februar 2014 gearbeitet? - Wann wurde den Termin vom 26. Februar 2014 mit dem Arzt vereinbart (kurze oder lange Wartezeit)? - ? ” (Doc. 20a) Invitato dal proprio rappresentante legale a rispondere alle domande poste dal dr. _____, l'assicurato ha indicato: " (...) 1. Wann genau haben Sie eine Verschlimmerung Ihres Gesundheitszustands festgestellt? Kurz nach dem Unfall. 2. Wann haben Sie den Arzt angerufen, um den Termin vom 26. Februar 2014 zu vereinbaren? Ungefähr eine Woche vor dem Termin. 3. Warum hat der Arzt Sie arbeitsunfähig? Ich verstehe diese Frage nicht.” (Doc. A17) Chiamato dal rappresentante dell'interessato a nuovamente prendere posizione riguardo alla correttezza o meno della decisione dell'assicuratore LAINF, alla luce delle risposte fornite dall'assicurato e qui sopra riprodotte per esteso, con referto del 4 novembre 2014, il dr. _____ ha osservato: " (...) Diagnose Rückenbeschwerden Gesundheitszustand/Verlauf - AUF von 100% ab dem 26.02 bis zum 16.03.2014 (inkl.) und von 50% ab dem 17.03 bis zum 27.04.2014 (inkl.). - 13.03.2014: Dr. med. _____ diagnostiziert ein lumbosakrales Syndrom rechts (ohne neurologischen Defizite). Physiotherapie und Schmerzmittel werden angeordnet. - 11.04.2014: Dr. med. _____ bestätigt, dass der Gesundheitszustand langsam bessert. - 16.04.2014: Dr. med. _____ (Vertrauensarzt der CO 1) ist der Meinung, dass der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem ab 26. Februar 2014 mittels Verfügung ab. - 20.10.2014: der Versicherte informiert uns, dass die Verschlimmerung seines Gesundheitszustands kurz nach dem Unfall aufgetreten ist. Der Termin vom 26.02.2014 wurde eine Woche vorher vereinbart (ungefähr am 19. Februar 2014). Frage: Sind die zusätzlichen Angaben ausreichend? Wenn ja, können Sie die Richtigkeit der Stellungnahme der CO 1 bestätigen? Die Akte sollte aufgrund der zusätzlich eingeholten Angaben dem Vertrauensarzt erneut vorgelegt werden .” (Doc. 23a) Nonostante queste indicazioni del dr. _____ trasmesse dal rappresentante del ricorrente all'assicuratore LAINF (doc. 23), la CO 1, con decisione su opposizione del 3 dicembre 2014, senza procedere ad ulteriori accertamenti medici, ha ribadito il rifiuto delle prestazioni ab initio in mancanza del necessario nesso di causalità naturale tra i disturbi dell'interessato e l'evento del 7 febbraio 2014 (doc. 24). Con la propria impugnativa, l'assicurato ha contestato che all'apprezzamento del medico di fiducia dell'amministrazione possa essere attribuito un pieno valore probatorio (cfr. doc. I). In sede di risposta di causa, l'amministrazione ha ribadito la correttezza della propria decisione su opposizione, trasmettendo, ad ulteriore prova di ciò, una presa di posizione del dr. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e consulente dell'assicuratore LAINF, datata 10 febbraio 2015, del seguente tenore: " Ich habe als Vertrauensarzt der CO 1 von den vollständigen Unterlagen Kenntnis genommen. In diesem Fall liegen nur subjektive, nicht objektivierbare Befunde vor die Beschwerden wurden überhaupt nicht abgeklärt mit Röntgenbilder, Scanner oder MRI. Eine Ischialgie ist in den meisten Fällen durch eine Wurzelirritation provoziert, in vielen Fällen durch eine Diskushernie. Die Ursache einer Diskushernie ist eine Discopathie. Es ist äusserst selten, dass eine traumatische Ursache erkannt wird. Der erstbehandelnde Arzt, Dr. _____, beschreibt am 26.02.2014, 19 Tage später, eine Lumbosacralgie. Eine Lumbosacralgie ist in keinem Fall eine Lumboischialgie. Die Lumboischialgie, welche als Diagnose angegeben wird, ist somit nicht korrekt. Zudem tendieren mit der Zeit die Schmerzen einer Lumbosacralgie nach einer Kontusion eher, sich zu reduzieren. Der Entscheid der CO 1, die Leistung ab dem 26.02.2014 abzulehnen, kann

ich somit nur bestätigen.” (Doc. V/1) In corso di causa, il ricorrente ha nuovamente contestato quanto sostenuto dall’amministrazione, trasmettendo il seguente referto, datato 25 febbraio 2015, con il quale il dr. _____, rispondendo ad un’esplicita richiesta di presa di posizione da parte del rappresentante del ricorrente riguardo al referto del dr. _____, ha rilevato: " Domanda La preghiamo di indicarci se lei è d’accordo col contenuto del rapporto medico del dott. _____ del 10 febbraio 2015. Il dibattito intorno alla diagnosi di lombosciatalgia o lombosacralgia è inutile. L’unico problema è che il Sig. RI 1 è caduto sulla schiena (quest’aspetto non è contestato); che ha subito almeno una contusione lombare e che ha presentato dei dolori già il giorno scorso (n.d.r. successivo) all’infortunio. La compagnia d’assicurazione deve quindi prendere a carico suo le conseguenze dell’infortunio del 7 febbraio 2014. Può inoltre fissare uno status quo ante vel sine dopo tre o quattro mesi. Il sottoscritto conferma di aver esaminato l’intero fascicolo medico in merito all’infortunio subito ." (Doc. B) 2.7. 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. 2.8. Nella concreta evenienza, tutto ben considerato, questa Corte ritiene che l'apprezzamento espresso dal dr. _____, peraltro estremamente stringato, non basti, dal profilo probatorio, per negare che i disturbi lombovertebrali accusati dall'interessato siano una conseguenza naturale dell'infortunio occorso in data 7 febbraio 2014 e che sia quindi indispensabile che venga eseguito un approfondimento medico-specialistico esterno. Va innanzitutto rilevato che la motivazione del medico fiduciario dell'assicuratore infortuni posta a fondamento del rifiuto del diritto a prestazioni - vale a dire il fatto che i disturbi lombosacrali sono insorti a distanza di 19 giorni dall'evento infortunistico (posto che egli ha consultato il dr. _____ solo il 26 febbraio 2014, mentre l'infortunio ha avuto luogo il 7 febbraio 2014) - non può essere condivisa da questo Tribunale, posto che l'assicurato stesso, nelle precisazioni dell'8 aprile 2014, ha espressamente indicato che i disturbi derivanti dal trauma vertebrale lombosacrale di cui è rimasto vittima sono apparsi il giorno successivo all'evento infortunistico del 7 febbraio 2014 (cfr. doc. 4). Egli, inoltre, rispondendo ad una richiesta del proprio rappresentante legale, ha dichiarato di avere contattato il dr. _____ all'incirca una settimana prima del 26 febbraio 2014 (cfr. doc. A17). Neppure può essere seguita l'opinione del dr. _____ nella misura in cui egli ha sottolineato che i sintomi non sono comparsi entro le 72 ore successive al trauma. Il TCA rileva infatti che tale circostanza, oltre ad essere smentita dalla esplicita dichiarazione dell'assicurato sull'insorgenza dei dolori già l'8 febbraio 2014, non appare neppure pertinente nel caso di specie, visto che i disturbi dell'assicurato interessano la zona lombosacrale e non, invece, quella cervicale. Va a tale riguardo, infatti, evidenziato che il tempo di latenza tollerato affinché i disturbi scatenati possano ancora essere considerati conseguenza naturale dell'infortunio varia a seconda del segmento interessato. Nel caso di ernie discali riguardanti il rachide dorsale e lombare il tempo di latenza è di 8-10 giorni (cfr. STF 8C_412/2009 del 17 giugno 2009, concernente appunto un'assicurata affetta da ernia discale lombare). Trattandosi di un'ernia discale cervicale, invece, il tempo di latenza si riduce ad alcune (poche, "wenige") ore (cfr. STFA U 218/04 del 3 marzo 2005, riprodotta al consid. 2.4). Il TCA non ritiene convincente neppure la presa di posizione del 10 febbraio 2015 dell'altro medico consulente dell'assicuratore LAINF, dr. _____, il quale ha confermato la correttezza dell'operato dell'amministrazione, dilungandosi sulla qualifica di lombosacralgia o lomboischialgia, spesso derivante da un'ernia discale, da attribuire alla patologia che affligge l'interessato. Questo Tribunale ritiene che nel caso di specie, essendo in presenza di un'apparizione di dolori a livello lombosacrale il giorno successivo ad una caduta sulla schiena, il medico consulente dell'assicuratore infortuni avrebbe dovuto confrontarsi con quanto sostenuto dalla 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 . Alla luce di tutto quanto sopra esposto, il TCA non può, senza che prima vengano eseguiti ulteriori approfondimenti medici, confermare il rifiuto ab initio del diritto a prestazioni stabilito dall'assicuratore LAINF sulla base di accertamenti medici insufficienti. 2.9. In una sentenza di principio 9C_243/2010 del 28 giugno 2011, pubblicata in DTF 137 V 210, il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche rivolte alla giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; art. 72bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione. In quella 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) é 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 LPGA: " 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) Nella presente fattispecie, il TCA ritiene che siano soddisfatti i presupposti per un rinvio degli atti all'amministrazione (cfr. STF 8C_59/2011 del 10 agosto 2011 e DTF 135 V 465), già per il solo fatto che essa ha fondato la decisione impugnata esclusivamente sul parere del proprio medico di fiducia (per un caso analogo, si veda la STF 8C_757/2014 del 16 gennaio 2015 consid. 3.2). Per le ragioni esposte al considerando 2.8., si giustifica pertanto l'annullamento della decisione su opposizione impugnata. L'assicuratore resistente, a cui

gli atti vengono dunque nuovamente retrocessi, dovrà disporre un approfondimento peritale esterno (cfr. art. 44 LPGGA) volto a chiarire l'eziologia del danno alla salute interessante la colonna lombovertebrale e, sulla base delle relative risultanze, definire nuovamente il diritto a prestazioni dell'assicurato. 2.10. L'assicurato ha protestato spese e ripetibili (doc. I). Per quanto concerne l'indennità per ripetibili, essa può venire assegnata, di regola, solo al ricorrente vittorioso patrocinato in causa (art. 61 cpv. 1 lett. g LPGGA e art. 22 LPTCA; DTF 135 V 473; 112 V 86 consid. 4; DTF 110 V 81 consid. 7; DTF 105 V 89 consid. 4; DTF 105 Ia 122; DTF 99 Ia 580 consid. 4). L'indennità è concessa non soltanto se l'assicurato è patrocinato da un avvocato, ma anche quando il patrocinio è assunto da una persona particolarmente qualificata per la questione giuridica considerata, purché non si debba ritenere che il patrocinatore abbia agito a titolo gratuito (DTF 135 V 473; 126 V 11; 122 V 278; 118 V 140 consid. 2 = RCC 1992 p. 433 consid. 2a; RCC 1985 p. 411 consid. 4; DTF 108 V 271 = RCC 1983 p. 329). Nel caso in esame, dallo scritto del 25 febbraio 2015 (doc. VII) risulta che la persona di contatto per la presente vertenza presso RA 1 è il signor _____, il quale, come emerge dal sito internet di RA 1, è "titulaire d'une maturité en langues ainsi que d'un brevet fédéral en assurances privées. Il a commencé sa carrière professionnelle dans le domaine de l'assurance-vie collective, puis s'est orienté vers le règlement de litiges liés à des cas de prestations d'assurance pour le compte d'une assurance de protection juridique et la gestion de cas de prestations d'assurance de personnes auprès d'un assureur renommé". Alla luce di tali informazioni e viste le pertinenti e giuridicamente valide argomentazioni addotte, il TCA ritiene che il rappresentante dell'assicurato sia sicuramente persona che possiede buone conoscenze nelle assicurazioni sociali e che non ha agito gratuitamente. 2.11. Il rappresentante del ricorrente ha chiesto, infine, nelle proprie conclusioni ricorsuali, che l'amministrazione "prenda a suo carico le spese di fr. 175.- sostenute dal ricorrente e legate all'intervento del dr. _____ (vedere allegati no. 21 e 22)" (doc. I). Giusta l'art. 45 cpv. 1 LPGGA, l'assicuratore assume le spese per l'accertamento, sempre che abbia ordinato i provvedimenti. Se non ha ordinato alcun provvedimento, ne assume ugualmente le spese se i provvedimenti erano indispensabili per la valutazione del caso oppure se fanno parte di prestazioni accordate successivamente. Alla luce di quanto sopra esposto, ritenuto che questo Tribunale ha considerato non probanti i pareri espressi dai medici fiduciari dell'assicuratore infortuni, in quanto non rispettosi dei principi posti dalla giurisprudenza in materia di traumi vertebrali (cfr. consid. 2.8.), il TCA ritiene che i costi delle consulenze del 9 ottobre 2014 (doc. A22) e del 6 novembre 2014 (doc. A21) del dr. _____ debbano rimanere a carico della parte che l'ha richiesta, non essendo stati decisivi per la valutazione del caso.