

TI_GERICHTE 35.2021.100 vom 4. April 2022

TI Tribunale d'appello, 2022-04-04, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2021.100

FR: TI_GERICHTE 35.2021.100 du 4 avril 2022

IT: TI_GERICHTE 35.2021.100 del 4 aprile 2022

Regeste

Negato che evento del dicembre 2020 costituisca un infortunio o una lesione parificata. Discussa quindi la questione di sapere se ernia discale lombare fosse imputabile a un infortunio pregresso (novembre 2020). Negata pure esistenza di una denegata/ritardata giustizia

Erwägungen

E. 23

ottobre 2020, 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. 2.5. Nel caso di specie, nell'annuncio d'infortunio del 7 gennaio 2021 l'evento accaduto il 19 dicembre 2020 è stato così descritto: "(...) lavori domestici: a seguito di sollevamento di carico ha sentito una fitta." (doc. 1 – fasc. 2) Dal rapporto 24 dicembre 2020 del Servizio di PS dell'Ospedale _____ di _____ si evince che l'assicurato ha dichiarato di aver risentito una fitta in zona lombare sinistra poi irradiatasi all'arto inferiore anteriormente "... in seguito a sollevamento di carico con la schiena flessa ..." (doc. 2 – fasc. 2). Invitato dall'amministrazione a descrivere dettagliatamente l'evento, l'insorgente ha rinviato al contenuto del referto 19 gennaio 2021 della dott.ssa _____ (cfr. doc. 13, p. 1 – fasc. 2: "Vedi rapporto medico allegato"). Dal rapporto del medico curante si apprende che l'assicurato si era inginocchiato per mettere un legno nel caminetto e ha improvvisamente accusato un forte dolore alla schiena, rimanendo poi completamente bloccato (doc. 14, p. 1 – fasc. 2). In sede di opposizione, l'avv. RA 1 ha dichiarato che l'assicurato si trovava inginocchiato dinanzi al caminetto, quando si è girato con il tronco per sollevare un pesante pezzo di legno e, in quel frangente, ha risentito uno strappo alla schiena. A suo avviso, il danno alla salute sarebbe imputabile a un "movimento con sforzo eccessivo e scoordinato" (doc. 55, p. 2 – fasc. 2). Chiamata a pronunciarsi circa l'intervento, o meno, di un infortunio ai sensi di legge, questa Corte constata che non vi è stato l'intervento di un fattore causale esterno, il danno alla salute si è, infatti, manifestato senza che vi sia stato impatto né con altre persone né con oggetti e, d'altra parte, che dalle dichiarazioni dell'assicurato non emerge che egli abbia compiuto né un movimento scombinato del corpo ai sensi della giurisprudenza federale né uno sforzo manifestamente eccessivo. L'eventualità che il ricorrente abbia compiuto un movimento scoordinato del corpo è da escludere a priori. Il tutto si è svolto in condizioni di normalità, egli non ha fatto altro che girarsi con il tronco e

prendere un pezzo di legno destinato ad alimentare il caminetto. D'altro canto, il TCA rileva che, sebbene non si conosca il peso del pezzo di legno afferrato dal ricorrente, esso non poteva essere eccessivamente importante, visto che il legno doveva trovare posto all'interno di un caminetto domestico. Del resto, è utile segnalare che un esame della giurisprudenza federale dimostra che il sollevare, trasportare o spostare pesi inferiori ai 100 kg - trattandosi di assicurati esercitanti attività manuali - non viene considerato sforzo eccessivo (cfr. STF U 252/06 del 4 maggio 2007, STF U 144/06 del 23 maggio 2006, consid. 2.2, U 222/05 del 21 marzo 2006, consid. 3.2 e U 110/99 del 12 aprile 2000, consid. 3). Nello stesso senso, si veda la STF 8C_705/2012 del 17 gennaio 2013 consid. 3.3, nella quale la Corte federale ha considerato che per una persona adulta (nel caso di specie una donna), il sollevamento di un cartone del peso di circa otto chilogrammi - spesso in posizioni inergonomiche - rientra nelle azioni di tutti i giorni, e questo a prescindere dalla professione svolta (in questo caso l'attività di cassiera). L'Alta Corte è giunta a un'analoga conclusione in una sentenza 8C_656/2008 del 13 febbraio 2009 consid. 3.3, riguardante un'assicurata che aveva riportato una lacerazione di un tendine della spalla destra nel sollevare una pesante valigia, di circa 20 kg (si vedano pure le STF 8C_922/2011 del 19 giugno 2012; 8C_867/2009 del 17 marzo 2010 consid. 3.3, 8C_696/2009 del 12 novembre 2009 consid. 6.2). In esito alle considerazioni che precedono, occorre concludere che non sono, in concreto, soddisfatte le severe condizioni poste dalla giurisprudenza federale per poter riconoscere il carattere infortunistico in assenza di un fattore esterno. Questo Tribunale può parimenti negare che RI 1 abbia riportato una lesione parificata ai sensi dell'art. 6 cpv. 2 LAINF. In base alla documentazione medica all'inserto, egli era portatore di un'ernia extraforaminale L4-L5 a sinistra con radicolopatia sulla radice di L4 (cfr., ad esempio, il doc. 24, p. 1 - fasc. 2). Ora, la giurisprudenza federale ha già avuto modo di chiarire che la diagnosi di ernia del disco non rientra tra quelle esaustivamente enumerate all'art. 6 cpv. 2 LAINF (cfr. DTF 116 V 145 consid. 5 in fine; STF U 403/01 del 14 ottobre 2002 consid. 4.4, pubblicata in RDAT I-2003 n. 79; STF U 309/00 del 20 settembre 2001 consid. 2; STF U 238/99 del 14 febbraio 2000 consid. 5). L'Alta Corte ha peraltro giudicato conforme a legge e Costituzione l'esclusione della lombalgia e dell'ernia discale dall'elenco delle lesioni corporali parificate (cfr. DTF 116 V 145 ss. e A. Bühler, Die unfallähnliche Körperschädigung, in: SZS/RSAS 1996, p. 103 ss.). In esito a quanto precede, l'ernia discale lombare presentata dall'assicurato non può dunque andare a carico dell'CO 1 quale conseguenza del sinistro del dicembre 2020, e ciò nella misura in cui questo evento non configura un infortunio ai sensi di legge né il danno alla salute riportato rientra nell'elenco delle lesioni parificate. A questo punto, il TCA è ancora chiamato a esaminare se la diagnosticata ernia discale costituisce, oppure no, una conseguenza naturale (e adeguata) dell'infortunio occorso al ricorrente in data 2 novembre 2020. 2.6. 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 giustificarne 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 di 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). Il diritto alle prestazioni assicurative presuppone pure l'esistenza di un nesso di causalità adeguata tra l'evento dannoso e il danno alla salute. In caso di danno alla salute fisica, il nesso di causalità adeguata è generalmente ammesso, dal momento in cui è accertata la causalità naturale (cfr. DTF 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103). 2.7. In virtù dell'art. 11 OAINF, l'assicuratore LAINF è tenuto a riprendere l'erogazione delle prestazioni assicurative in caso di ricadute o conseguenze tardive (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 71 e A. Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Berna 1985, p. 277). Né la LAINF né l'OAINF prevedono, al riguardo, un limite temporale. Pertanto, la pretesa potrà essere fatta valere anche qualora la ricaduta o le conseguenze tardive appaiono, per la prima volta, dieci o vent'anni dopo l'infortunio assicurato, e ciò indipendentemente dal fatto che, a quel momento, l'interessato sia o meno ancora

assicurato. Rilevante è soltanto l'esistenza di un nesso di causalità (cfr. STF U 122/00 del 31 luglio 2001). 2.8. Nella concreta evenienza, dalla decisione su opposizione impugnata si evince che l'istituto resistente ha escluso che l'infortunio del novembre 2020 possa essere la causa, neppure scatenante, del danno alla salute presentato dall'insorgente, facendo essenzialmente capo al parere espresso in proposito dal proprio medico _____. In effetti, con apprezzamento del 22 marzo 2021, il dott. _____, spec. FMH in chirurgia, ha in particolare espresso le considerazioni seguenti in merito all'eziologia dell'ernia discale di cui era affetto RI 1: " (...) Nel caso dell'assicurato non vi è alcuna RMN lombare che ha documentato effettivamente la presenza dell'ernia prima dell'evento lesivo semplicemente perché non è mai stata effettuata. In secondo luogo, si parla di un infortunio avvenuto il 2.11.2020 su caduta accidentale sul marciapiede, dove il paziente è caduto procurandosi una policontusione con una ferita profonda al gomito sinistro e un importante trauma contusivo al ginocchio destro. (...). ..., secondo la giurisprudenza dell'alta Corte, la maggior parte delle ernie discali ha una causa degenerativa e l'infortunio può solo eccezionalmente essere all'origine di una tale patologia. Il TFA ha esplicitamente fatto propria l'opinione manifestata dalla dottrina medica dominante in materie di ernie discali. Quest'ultima subordina il riconoscimento della causalità tra un evento traumatico e l'apparizione di sintomi dolorosi di un'ernia discale (e cioè di un'ernia discale causata dall'infortunio) ai quattro seguenti criteri cumulativi: un trauma deve essere stato causato da un infortunio, il cui meccanismo è suscettibile di aver provocato la protusione del disco; i dolori devono apparire immediatamente dopo il trauma e avere un tipico carattere radicolare e violento che immobilizza il paziente; il paziente non deve inoltre aver già presentato tale sintomatologia e il frammento interessato deve apparire intatto sulle lastre eseguite anteriormente poiché la maggior parte delle ernie rimangono a lungo asintomatiche. Appare quindi evidente che la formazione di un'ernia discale non è assolutamente possibile in una situazione come quella documentata, certamente quindi era già presente al momento del trauma e il trauma ha semplicemente slatentizzato una situazione preesistente. I criteri di Krämer sono assai esimenti da questo punto di vista. Tali criteri valgono di principio anche in caso di peggioramento duraturo direzionale di uno stato morboso preesistente (sentenza del 03.03.2005). In particolare, è necessario che vi siano attendibili reperti radioscopici suscettibili di far ritenere un aggravamento significativo e duraturo dell'affezione degenerativa preesistente alla colonna vertebrale. Qualora, un edema del disco preesistente sia stato solo reso manifesto dall'infortunio, i disturbi scatenati in tal modo devono apparire entro un breve lasso di tempo affinché possano essere ancora considerati conseguenza naturale dell'evento in questione. Affinché si possa ammettere che l'infortunio abbia reso manifesta una ernia discale preesistente, i disturbi scatenati devono essere insorti in un breve lasso di tempo; la giurisprudenza tollera a tale riguardo un periodo di latenza definito come massimo tra 8 e 10 giorni dall'infortunio. Evidente quindi che vi è un lasso di tempo ben superiore a 8-10 giorni visto che esso si è manifestato in prima battuta il 3.11.2020, con sintomi lievi e confusi mentre l'episodio di blocco si è manifestato in data 20.12.2020, quindi a distanza di più di 30 giorni. Volendo considerare la visita del dr. med. _____ del 15.12.2020, dove il paziente secondo la dott.ssa _____ aveva comunque constatato la presenza di dolori e ipoastenia al polpaccio destro, egli non riusciva a trovare una correlazione certa con il trauma, ma constatava comunque una dolenzia senza alcun episodio di blocco. D'altronde, l'evento infortunistico deve essere ad alta energia per poter produrre la fuoriuscita di un'ernia discale, molto difficilmente comprovabile in generale e soprattutto in un caso come questo. Tra l'altro in caso di effettivo sviluppo di un'ernia

discale a seguito di un trauma, la situazione dell'infortunato si sarebbe già da subito dovuta distinguere per una impotenza funzionale pressoché totale con difficoltà di movimento sia del rachide che dell'arto interessato. In questo caso non vi è stato nulla di ciò. Il secondo evento citato peraltro non avrebbe neanche la possibilità di produrre la fuoriuscita di un'ernia da una fissurazione dell'anulus in quanto il movimento è estremamente banale e ripetibile." (doc. 33 – fasc. 1) Il medico _____ ha ribadito la propria opinione l'8 novembre 2021, prendendo posizione sulla documentazione medica acquisita nel frattempo: " (...) La caduta che avrebbe generato una fissurazione dell'anulus e quindi la lieve protusione discale iniziale, secondo il dr. med. _____ e il dr. med. _____, si verifica soltanto in traumi ad alta energia e soprattutto non certamente in una caduta in avanti piuttosto che su una caduta posteriore. Nel caso in esame, infatti, proprio il traumatismo subito a carico del ginocchio e del gomito denota una caduta in avanti che difficilmente può produrre la rottura dell'anello discale, almeno che questo non sia già particolarmente eroso dai processi degenerativi. Tra l'altro se si guarda bene la risonanza magnetica del rachide lombare questa dimostra in realtà delle alterazioni degenerative comuni per quanto riguarda una persona di questa età. Pertanto, nelle condizioni sopra esposte, appare evidente come l'ernia discale prima o poi avrebbe provocato una sintomatologia come quella riferita dall'assicurato in un quadro di normale evoluzione della patologia in questione. Vi è quindi una slatentizzazione di un processo preesistente (status quo sine)." (doc. 66, p. 2 – fasc. 1) In sede di ricorso, il patrocinatore dell'assicurato contesta che alla valutazione del dott. _____ possa essere attribuito un valore probatorio sufficiente a dirimere, con piena cognizione di causa, la presente vertenza. Da un canto, egli osserva che il medico _____ ha fatto riferimento agli esiti di una risonanza magnetica del rachide lombare che però non figura tra gli atti a suo disposizione. D'altro canto, il fiduciario si è fondato su una dinamica dell'evento del novembre 2020 che non corrisponderebbe a quella reale. In effetti, non si sarebbe trattato di una "semplice" caduta ma di qualcosa di ben più grave, "l'altezza da cui è caduto l'assicurato non è indifferente; la caduta non è poi per forza (avvenuta, n.d.r.) frontalmente bensì piuttosto sul fianco.". Secondo l'avv. RA 1, vi sarebbe quindi la necessità di "... maggiori e più approfonditi accertamenti anche a carattere medico ed in particolare a livello lombare per comprendere se effettivamente i mali sofferti dall'assicurato sono da classificare effettivamente come una "sola" slatentizzazione di un processo preesistente oppure no. Concretamente, oltre che un parere esterno, in concreto appare anche lecito domandare che all'assicurato sia eseguita una risonanza magnetica del rachide lombare." (doc. I, p. 4). 2.9. Per costante giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale mentre invece nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (cfr. RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STF U 259/02 dell'8 luglio 2003 consid. 2.1.1; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in BJM 1989, p. 30ss.). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10 p. 33 ss. e RAMI 1999 U 356 p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente

fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. In una sentenza 8C_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve, a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. Trattandosi invece di perizie affidate dagli assicuratori sociali, durante la procedura amministrativa, a medici esterni all'amministrazione o a servizi specializzati indipendenti, esse godono di piena forza probatoria, a condizione che non esistano indizi concreti che ne mettano in dubbio l'affidabilità (cfr. STF 8C_862/2014 del 2 aprile 2015 consid. 3.2 e riferimenti ivi citati). Per quel che concerne il valore probante di un rapporto medico, determinante è che esso sia completo sui temi sollevati, che sia fondato su esami approfonditi, che tenga conto delle censure sollevate dalla persona esaminata, che sia stato redatto in piena conoscenza dell'anamnesi, che sia chiaro nella presentazione del contesto medico e che le conclusioni dell'esperto siano motivate (cfr. SVR 2002 IV Nr. 21 p. 63; DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191ss.; DTF 122 V 160 ss., consid. 1c e riferimenti). L'elemento rilevante per decidere circa il valore probante, non è né l'origine del mezzo di prova né la sua designazione quale rapporto oppure quale perizia, ma semplicemente il suo contenuto (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti). È infine utile osservare che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va, tuttavia, precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (cfr. STF I 811/03 del 31 gennaio 2005, consid. 5 in fine; STF I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV Nr. 10 p. 35 consid. 4b).

2.10. Chiamato a pronunciarsi, questo Tribunale ritiene che la valutazione espressa dal dott. _____, specialista in chirurgia che vanta un'ampia esperienza in materia di medicina infortunistica e assicurativa (secondo una costante giurisprudenza, i medici _____, così come gli specialisti del Centro _____ dell'CO 1, sono considerati, per la loro funzione e per la loro posizione professionale, come degli specialisti in materia di traumatologia, a prescindere dalla loro specializzazione medica – cfr. STF 8C_108/2020 del 22 dicembre 2020 consid. 4.4.2), secondo la quale l'evento infortunistico del 2 novembre 2020 può avere, tutt'al più, reso manifesto un preesistente danno alla salute di natura morbosa, possa validamente costituire da base al giudizio che è ora chiamato a rendere, senza che si riveli necessario procedere a ulteriori atti istruttori. In questo contesto, è utile segnalare che, conformemente all'esperienza acquisita in materia di medicina infortunistica, praticamente tutte le ernie discali sono causate da preesistenti alterazioni degenerative che interessano i dischi intervertebrali. Pertanto, solo eccezionalmente - qualora siano soddisfatti determinati presupposti - un evento infortunistico può essere ritenuto come la causa propriamente detta di un'ernia del disco (cfr. STF 8C_1003/2010 del 22 novembre 2011 consid. 1.3; STFA U 194/05 del 25 ottobre 2006; RAMI 2000 U 378, p. 190, U 379, p. 192). Un'ernia discale va considerata di natura traumatica in senso stretto unicamente - e le condizioni sono

cumulative - se l'evento infortunistico presenta una particolare gravità, se è di per sé idoneo a danneggiare il disco intervertebrale e se i tipici sintomi dell'ernia discale, così come la relativa incapacità lavorativa, sono insorti immediatamente dopo il trauma (cfr. SVR 2009 UV 1 p. 1 consid. 2.3; RAMI 2000 U 378 p. 190 consid. 3, U 379 p. 192 consid. 2a). I criteri appena esposti valgono anche in caso di peggioramento duraturo (direzionale) di uno stato morboso preesistente, se e nella misura in cui, a causa di un infortunio, lo sviluppo di un'ernia discale sia stato anticipato oppure accelerato (cfr. STF U 218/04 del 3 marzo 2005, consid. 6.1). In particolare, è necessario che vi siano "... attendibili reperti radioscopici suscettibili di fare ritenere un aggravamento significativo e duraturo dell'affezione degenerativa preesistente alla colonna vertebrale (RAMI 2000 No. U 363, pag. 46, cfr. pure sentenza inedita del 4 giugno 1999 in re S., U 193/98, consid. 3c)." (STF U 194/05 del 25 ottobre 2006, già citata). Qualora un'ernia del disco preesistente sia stata solo resa manifesta dall'infortunio, i disturbi scatenati in tal modo devono apparire entro un breve lasso di tempo, affinché possano essere ancora considerati conseguenza naturale dell'evento in questione, la giurisprudenza tollerando a tal riguardo un periodo di latenza massimo di 8-10 giorni dall'infortunio (STF U 218/04 del 3 marzo 2005 consid. 6.1). Occorre precisare che, secondo il Tribunale federale, la durata tollerata della latenza varia a seconda del segmento interessato dall'ernia del disco (rachide lombare/toracale oppure cervicale): " Wird eine vorbestandene Diskushernie durch den Unfall lediglich manifest, müssen die dadurch ausgelösten Beschwerden innerhalb einer kurzen Zeitspanne auftreten, um als natürlich kausale Folgen des fraglichen Ereignisses zu gelten. Für den Brust- und Lendenwirbelbereich wird eine Latenzzeit von höchstens acht bis zehn Tagen angegeben (Alfred M. Debrunner/Erich W. Ramseier, Die Begutachtung von Rückenschäden, Bern 1990, S. 55). Bei einer vorbestehenden Diskushernie der Halswirbelsäule beträgt das beschwerdefreie Intervall in der Regel lediglich wenige Stunden (Krämer, a.a.O. S. 355; nicht veröffentlichtes Urteil S. vom 4. Juni 1999 [U 193/98])." (STF U 218/04 del 3 marzo 2005, consid. 6.1) In tale ipotesi (ossia quella in cui l'infortunio ha giocato un ruolo semplicemente scatenante), l'assicurazione assume la sindrome dolorosa legata all'evento traumatico. Fintanto che non è stato raggiunto lo status quo sine vel ante, l'assicuratore è tenuto in tal caso ad assumere, in base all'art. 36 cpv. 1 LAINF, le indennità giornaliere, come pure i rimborsi delle spese e le prestazioni sanitarie, sotto cui ricadono anche i costi di cura medica ex art. 10 LAINF. La persona assicurata ha pertanto diritto a una cura appropriata (cfr. STF 8C_412/2008 del 3 novembre 2008 consid. 5.1.2 e riferimento ivi citato). Nel caso di specie, almeno una delle condizioni necessarie per riconoscere un ruolo causale - anche soltanto scatenante - all'infortunio del novembre 2020, non appare adempiuta. In effetti, così come è stato pertinentemente evidenziato dal medico _____, non risulta dimostrato che l'insorgente abbia accusato, entro il periodo di latenza tollerato dalla giurisprudenza federale (per le ernie discali lombari, si tratta di 8-10 giorni al massimo), la tipica sintomatologia lombo-sciatalgica (radicolare). A margine della consultazione del 13 novembre 2020, trascorsi oltre 10 giorni dal sinistro, il dott. _____ non ha refertato nulla di particolare a livello lombare e tantomeno una sintomatologia radicolare (cfr. doc. 6 – fasc. 1). In data 15 dicembre 2020, a distanza di oltre un mese dall'infortunio, il medico curante specialista ha segnalato l'insorgenza, nel frattempo, di un dolore al polpaccio destro, la cui origine non era a quel momento totalmente chiara (doc. 15 – fasc. 1). Al riguardo, la dott.ssa _____ ha sostenuto che tale disturbo era da interpretare quale "principio di ernia discale insorta durante la caduta sul marciapiede" (doc. 16 – fasc. 1; in questo senso, si veda pure il rapporto 2 febbraio 2021

del dott. _____ – doc. 20 – fasc. 1: “All’ultima visita del 15.12.2020 il paziente lamentava già un segno di probabile radicolopatia in territorio di L5 a destra con un dolore al polpaccio laterale.”). Alla luce di quanto precede, non può essere ammesso né che l’evento infortunistico del 2 novembre 2020 abbia causato (in senso stretto) il danno alla salute in discussione né che esso abbia provocato un peggioramento duraturo (direzionale) di uno stato morboso preesistente né ancora, visto il periodo di latenza troppo lungo, che esso abbia reso manifesta un’ernia del disco preesistente. La decisione su opposizione impugnata deve essere confermata anche nella misura in cui l’CO 1 ha negato l’esistenza di un nesso di causalità naturale tra la diagnosticata ernia discale lombare e l’infortunio del mese di novembre 2020. Le obiezioni che sono state sollevate dal rappresentante dell’assicurato, appaiono irrilevanti. In particolare, per quanto concerne la RMN lombare citata dal medico _____ nel suo apprezzamento del 22 marzo 2021 (cfr. doc. 33 – fasc. 1), si tratta dell’esame effettuato in data 29 dicembre 2020, il cui referto è presente nell’incarto CO 1 sub doc. 64 – fasc. 2. 2.11. L’avv. RA 1 rimprovera infine all’CO 1 di aver commesso una denegata/ritardata giustizia nei confronti dell’assicurato, per non essersi ancora pronunciato sul diritto a (ulteriori) prestazioni in relazione ai disturbi al ginocchio destro. Giusta l’art. 56 cpv. 2 LPGA, il ricorso può essere interposto anche se l’assicuratore, nonostante la domanda dell’assicurato, non emana una decisione o una decisione su opposizione. - Secondo la giurisprudenza, vi è diniego di giustizia qualora un’autorità giudiziaria o amministrativa non si occupi di una domanda, per la cui risoluzione essa è competente (cfr. DTF 114 V 147 consid. 3a e riferimenti ivi menzionati). Il ritardo ingiustificato a statuire è una forma particolare di diniego di giustizia vietato dall’art. 29 cpv. 1 Cost e dall’art. 6 § 1 CEDU. Si è in presenza di un ritardo ingiustificato a statuire quando l’autorità amministrativa o giudiziaria competente non emana la decisione che le compete entro il termine previsto dalla legge oppure entro un termine che la natura dell’affare nonché l’insieme delle altre circostanze fanno apparire come ragionevole (DTF 131 V 407 consid. 1.1 p. 409 e riferimenti ivi menzionati). Sono determinanti, segnatamente, il grado di complessità dell’affare, la posta in gioco per l’interessato, come pure il comportamento di quest’ultimo e delle autorità competenti (DTF 130 I 312 consid. 5.2; 125 V 188 consid. 2a). A questo proposito, spetta, da una parte, all’interessato intraprendere determinati passi per invitare l’autorità a decidere, in particolare sollecitandola ad accelerare la procedura oppure ricorrendo per ritardo ingiustificato. D’altra parte, sebbene all’autorità non possano essere rimproverati alcuni “tempi morti”, inevitabili in una procedura, essa non è legittimata a invocare una carente organizzazione oppure un sovraccarico strutturale per giustificare l’eccessiva lentezza della procedura; spetta in effetti allo Stato organizzare le proprie giurisdizioni in modo tale da garantire ai cittadini un’amministrazione della giustizia conforme alle regole (DTF 130 I 312 consid. 5.2 e i riferimenti ivi menzionati). Il principio secondo cui la procedura davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni deve essere semplice e spedita (cfr. art. 61 lett. a LPGA), è espressione di un principio generale del diritto delle assicurazioni sociali e vale, perciò, anche nell’ambito della procedura amministrativa (DTF 110 V 54 consid. 4b; cfr., pure, U. Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, Zurigo 1999, p. 243 n. 509). Dottrina e giurisprudenza hanno stabilito che una ritardata giustizia può essere ammessa soltanto allorquando la competente autorità protrae più del dovuto la trattazione di un affare. Ciò non è il caso se essa prende dei provvedimenti positivi, ad esempio dei provvedimenti probatori supplementari. Qualora l’autorità si sia occupata di una vertenza senza notevole ritardo, una violazione della Costituzione può essere ammessa soltanto se

determinati provvedimenti sono stati presi abusivamente (cfr. L. Meyer, Das Rechtsverzögerungsverbot nach Art. 4 BV, Tesi Berna 1985, p. 78 e riferimenti alla giurisprudenza federale). Dalle carte processuali emerge che, nel settembre 2021, l'insorgente è stato sottoposto a una RMN del ginocchio destro, esame che ha messo in luce la persistenza di un edema e la presenza di un danno alla cartilagine del condilo femorale. Il relativo referto è pervenuto all'CO 1 il 12 ottobre 2021 (cfr. doc. 64 – fasc. 1). In data 26 ottobre 2021, l'amministrazione ha invitato il medico _____ a esprimersi in merito, segnatamente, allo stato del ginocchio destro (doc. 65 – fasc. 1). Con apprezzamento dell'8 novembre 2021, il dott. _____ ha riconosciuto l'esistenza di un nesso causale naturale tra il peggioramento dei disturbi al ginocchio destro e l'evento infortunistico del novembre 2020 (doc. 66 – fasc. 1: "(...) vi è un chiaro nesso causale con peggioramento nel tempo della lesione inizialmente riscontrata a livello del ginocchio destro. Certamente la lesione andrà seguita con dei controlli di risonanza magnetica nel tempo in quanto la condropatia post-traumatica potrebbe essere suscettibile di ulteriori trattamenti."). In sede di decisione su opposizione, l'assicuratore ha peraltro preannunciato che l'_____ di _____ dell'CO 1 avrebbe esaminato se è dato il diritto a (ulteriori) prestazioni a dipendenza dei disturbi al ginocchio destro (cfr. doc. 67, p. 7 – fasc. 1). Va quindi constatato che tra la presa di posizione del medico _____, necessaria in quanto, con essa, si è accertato che i disturbi al ginocchio destro costituivano ancora una conseguenza naturale dell'evento del novembre 2020, e il ricorso interposto dal rappresentante dell'assicurato, è trascorso poco più di un mese. Sulla scorta dei dettami giurisprudenziali evocati in precedenza, questo Tribunale ritiene che non ricorrano gli estremi per ammettere una denegata/ritardata giustizia. In queste condizioni, il ricorso interposto dall'avv. RA 1 deve essere respinto anche nella misura in cui si chiede che venga accertata l'esistenza di una denegata/ritardata giustizia. 2.12. 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. Secondo l'art. 82a LPGA (Disposizione transitoria, cfr. RU 2021 358), ai ricorsi pendenti dinanzi al tribunale di primo grado al momento dell'entrata in vigore della modifica del 21 giugno 2019 si applica il diritto anteriore. In concreto, il ricorso è del 15 dicembre 2021 per cui si applica la nuova disposizione legale. Trattandosi di prestazioni LAINF, il legislatore non ha previsto di prelevare le spese (sul tema, cfr. STF 8C_265/2021 del 21 luglio 2021).

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