

## **TI\_GERICHTE 35.2021.41 vom 28. Juli 2021**

TI Tribunale d'appello, 2021-07-28, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_35.2021.41](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2021.41)

FR: TI\_GERICHTE 35.2021.41 du 28 juillet 2021

IT: TI\_GERICHTE 35.2021.41 del 28 luglio 2021

### **Erwägungen**

#### **E. 49**

cpv. 2 della Legge sull'organizzazione giudiziaria (cfr. STF 9C\_699/2014 del 31 agosto 2015, in particolare consid. 5.2, 5.3 e 6.1; STF 8C\_452/2011 del 12 marzo 2012; STF 8C\_855/2010 dell'11 luglio 2011; STF 9C\_211/2010 del 18 febbraio 2011, consid. 2.1; 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 RDAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA H 304/99 del 22 dicembre 2000; STFA I 623/98 del 26 ottobre 1999. Vedi pure: STF 9C\_807/2014 del 9 settembre 2015; STF 9C\_585/2014 dell'8 settembre 2015). 2.2. Sempre in ordine, con la risposta, l'CO 1 sostiene che al datore di lavoro dell'assicurata non andrebbe riconosciuta la legittimazione ricorsuale, in quanto egli non si è opposto alla decisione formale del 12 febbraio 2020 che sarebbe quindi stata da lui incondizionatamente accettata (cfr. doc. III, p. 3 e doc. VII). Secondo l'art. 59 LPGA, ha diritto di ricorrere chiunque è toccato dalla decisione o dalla decisione su opposizione e ha un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modificazione. Chiamata a pronunciarsi in proposito, questa Corte osserva innanzitutto che la giurisprudenza federale riconosce al datore di lavoro un interesse degno di protezione a ricorrere contro una decisione che nega il riconoscimento d'indennità giornaliera dell'assicurazione contro gli infortuni presso la quale ha collettivamente assicurato i propri dipendenti. Egli si trova infatti in un rapporto particolare con l'oggetto litigioso in quanto è il contraente dell'assicurazione che paga i premi, o una parte di essi, e che, in assenza di prestazioni da parte dell'assicuratore, sarebbe temporaneamente tenuto a pagare il salario durante il periodo d'incapacità lavorativa (art. 324a ss. CO) (cfr. DTF 131 V 298 consid. 5.3.1 ss.; RAMI 1998 p. 239). In concreto, mediante la decisione su opposizione impugnata, l'istituto convenuto ha posto termine per causalità naturale estinta alle proprie prestazioni, comprese le indennità giornaliera, a far tempo dal 23 giugno 2019, momento in cui \_\_\_\_\_ non aveva ancora ritrovato una piena capacità lavorativa. Visto che il datore di lavoro si è fatto carico del pagamento del salario all'assicurata per un certo periodo, ad esso va senz'altro riconosciuto un interesse degno di protezione a contestare il provvedimento dell'CO 1. Rimane ora da esaminare la questione di sapere se il fatto di aver omesso di opporsi alla decisione formale, precluda al datore di lavoro il diritto di ricorrere contro la decisione su opposizione successivamente emanata dall'assicuratore. Tutto ben considerato, il TCA ritiene che si debba rispondere negativamente alla suddetta questione. In effetti, va rilevato che, contrariamente a quanto prevede l'art. 89 cpv. 1 lett. a LTF (“ Ha diritto di interporre ricorso in materia di diritto pubblico chi ha partecipato al procedimento dinanzi all'autorità inferiore o è stato privato della possibilità di farlo ”), l'art. 59 LPGA non esige che la parte ricorrente abbia preso parte alla procedura dinanzi all'istanza precedente o che sia stata privata della possibilità di farlo. Il destinatario principale di una decisione su

opposizione può dunque ricorrere al tribunale cantonale delle assicurazioni anche qualora non abbia interposto opposizione contro la prima decisione o partecipato alla procedura di opposizione. Dei terzi che senza essere i destinatari principali della decisione ne sono comunque toccati e hanno dunque un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modifica, possono parimenti ricorrere pur non avendo partecipato alla procedura amministrativa. In dottrina viene sottolineato il fatto che la rinuncia del legislatore a esigere la partecipazione del terzo alla procedura amministrativa, potrebbe generare delle difficoltà in caso di riconoscimento troppo largo dell'interesse degno di protezione a ricorrere, favorendo procedure giudiziarie multilaterali difficilmente conciliabili con i principi di semplicità e rapidità sanciti dall'art. 61 lett. a LPGA, come pure un'insicurezza giuridica quanto al termine di ricorso (cfr. Jean Métral, in: Dupont/Moser-Szeless [ed.]; Commentaire Romand, Loi sur la Partie générale des assurances sociales, 2018, n. 8 ad art. 59). Questo Tribunale prende atto delle preoccupazioni espresse dalla dottrina ma ritiene che spetti al legislatore federale fornire, se del caso, una risposta alle stesse. In esito a quanto precede, al datore di lavoro dell'assicurata va quindi riconosciuta la qualità per ricorrere ai sensi dell'art. 59 LPGA, di modo che la sua impugnativa è ricevibile in ordine.

nel merito 2.3. Secondo l'art. 6 cpv. 1 LAINF, per quanto non previsto altrimenti dalla legge, le prestazioni assicurative sono effettuate in caso d'infortuni professionali, d'infortuni non professionali e di malattie professionali. 2.4. 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. DF 134 V 109 consid. 9.5.; 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 U 133/02; STFA U 162/02 del 29 gennaio 2001; DTF 121 V 6; STFA H 407/99 del 28 novembre 2000; STFA C 116/00 del 22 agosto 2000; STFA C 341/98 del 23 dicembre 1999 consid. 3, pag., 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, pag. 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 (cfr. DTF 129 V 181 consid. 3.1 e 406 consid. 4.3.1, DTF 117 V 360 consid. 4a e sentenze ivi

citato). 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. STF 8C\_12/2019 del 4 marzo 2019 consid. 3; STF 8C\_160/2012 del 13 giugno 2012 consid. 2; RAMI 1992 U 142, pag. 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).

2.5. Nel caso in cui un preesistente stato degenerativo del rachide, sino a quel momento asintomatico, sia stato soltanto attivato, ma non causato, si è in presenza di un peggioramento transitorio . In questo caso, l'assicuratore contro gli infortuni è tenuto a fornire soltanto le prestazioni per la sindrome algica in relazione diretta con l'infortunio. Secondo le attuali conoscenze scientifiche, in caso di lombalgie e lombosciatalgie post-traumatiche, ci si può attendere che lo status quo sine venga raggiunto dopo 3-4 mesi. Un eventuale peggioramento direzionale va dimostrato radiologicamente e deve differenziarsi chiaramente da una progressione compatibile con l'età. In genere, in caso di contusioni, distorsioni o stiramenti della colonna vertebrale, il peggioramento transitorio può di regola ritenersi estinto dopo sei-nove mesi e, in presenza di alterazioni degenerative preesistenti, al più tardi trascorso un anno (cfr. STF 8C\_102/2021 del 26 marzo 2021 consid. 6.3.1 e il riferimento ivi citato). È inoltre utile segnalare che, in una sentenza U 60/02 del 18 settembre 2002 consid. 2.2 , 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 : " Im Rahmen des Wahrscheinlichkeitsbeweises können durchaus medizinische Erfahrungssätze berücksichtigt werden, sofern sie der herrschenden Lehrmeinung entsprechen (vgl. BGE 126 V 189 Erw. 4c; RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 Erw. 3a). Dies hat insbesondere für den Nachweis des Status quo sine zu gelten, bei dem es sich um einen hypothetischen Zustand handelt, welcher sich häufig nur mit Erfahrungswerten bestimmen lässt. Dass es sich bei der zitierten Literatur um eine Publikation von SUVA-Ärzten handelt, steht einer Berücksichtigung nicht entgegen, zumal es sich im Wesentlichen um eine Zusammenstellung wissenschaftlicher Erkenntnisse und

Lehrmeinungen handelt. " 2.6. Nella concreta evenienza, dalle carte processuali emerge che l'assicuratore resistente ha negato dal 23 giugno 2019 il proprio obbligo a prestazioni dipendente dall'evento traumatico dell'aprile 2019, facendo capo al parere dei propri medici consulenti (cfr. doc. C). Con apprezzamento dell'8 settembre 2019, il dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia, ha rilevato che gli atti medici a quel momento a sua disposizione non documentavano alcun danno strutturale, fatta eccezione per delle escoriazioni all'avambraccio destro. A suo avviso, i disturbi dipendenti dai traumi contusivi riportati avevano una natura traumatica, precisato comunque che delle contusioni guariscono entro le 6-8 settimane (doc. M 11). Nel corso del mese di novembre 2019, l'amministrazione ha di nuovo interpellato il dott. \_\_\_\_\_, al quale è stata sottoposta la documentazione acquisita nel frattempo. Con apprezzamento del 10 novembre 2019, lo specialista si è in sostanza riconfermato nella sua precedente presa di posizione, e meglio status quo ante raggiunto il 23 giugno 2019, a distanza di 8 settimane dal trauma (doc. M 15, p. 3: "Die VT erlitt somit am 28.4.2019 multiple Kontusionen, diese sind unfallkausal; ausser Schürfungen am Vorderarm sind keine unfallkausalen strukturellen Körperschädigungen nachgewiesen. Die Kontusionen sind nach 8 Wochen ausgeheilt, St. quo ante somit erreicht am 23.6.2019. Die übrigen noch vorhandenen, teilweise ausserhalb der von den Kontusionen betroffenen Körpergebieten gelegenen Beschwerden sind mit überwiegender Wahrscheinlichkeit unfallfremd und krankheitsbedingt."); in questo senso, si veda pure la sua presa di posizione del 20 dicembre 2019 – doc. M 17). Con referto del 2 gennaio 2020, il dott. \_\_\_\_\_, medico fiduciario dell'assicuratore contro le malattie della ricorrente (\_\_\_\_\_), ha criticato le conclusioni a cui è pervenuto il medico fiduciario dell'amministrazione, in quanto "... esse non prendono in considerazione le dichiarazioni dei 3 medici sopraccitati (i dottori \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_, n.d.r.) che hanno invece visitato e preso in cura la paziente. In conformità alla dottrina medica dominante, dopo traumi del genere, soprattutto riguardo la colonna lombosacrale, lo stato anteriore può, di regola, considerarsi ristabilito trascorsi alcuni mesi (e non 6/8 settimane) a contare dall'evento traumatico, come se l'infortunio non fosse mai sopraggiunto. I disturbi denunciati dalla signora \_\_\_\_\_ sono a mio avviso non trovarsi più in nesso di causalità naturale con l'evento traumatico dell'aprile 2018, non prima di 4 mesi dal giorno dell'infortunio, in quanto dopo tale termine l'infortunio non ha più costituito la causa naturale ed adeguata del danno alla salute, in assenza di preesistenti alterazioni degenerative precedentemente descritte che in effetti non giustificerebbero tempi di guarigione oltre 4 mesi. La dinamica dell'evento inoltre (caduta scendendo le scale) è da ritenere causa adeguata di un tale effetto, essendo idoneo a provocare un effetto come quello che si è prodotto, sicché il suo verificarsi appare in linea generale propiziato dall'evento in questione e a giustificarne almeno 4 mesi di guarigione." (allegato al doc. 12). Il 9 gennaio 2020, l'assicurata è stata sottoposta a una RMN, come pure ad accertamenti radiologici della colonna lombare, esami che hanno evidenziato la presenza di lievi alterazioni degenerative, in parte compatibili con l'età, in particolare a livello di L3-S1 con discopatie L3-S1 e di una fessura dell'anello intervertebrale L4-L5 con piccola ernia paramediana senza elementi a favore di una patologia interessante le strutture nervose (nessun indizio per una significativa compressione dei nervi oppure per una stenosi del canale spinale) (cfr. doc. 24.3, p. 2). Prima di procedere all'emanazione della decisione su opposizione impugnata, l'CO 1 ha ancora sottoposto la pratica al dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia. Egli ha affermato di condividere il parere del dott. \_\_\_\_\_ secondo cui le conseguenze di una contusione guariscono di regola entro

le 8 settimane. Inoltre, siccome la RMN non ha mostrato alcun ematoma o lesione ossea a livello del coccige, del sacro o dell'osso pubico, una cura più lunga non sarebbe giustificata. Considerate le preesistenti lievi alterazioni degenerative, l'infortunio potrebbe anche aver provocato un peggioramento transitorio di questo stato preesistente con lo status quo sine raggiunto dopo 8 settimane. D'altro canto, secondo il consulente dell'CO 1, la rottura dell'anello fibroso non è stata causata dall'infortunio, a fronte della presenza di degenerazioni preesistenti nella forma di spondilartrosi. Il noto esame di RMN non ha mostrato alcuna lesione d'accompagnamento, quale una lesione muscolare o un edema osseo/ematoma, che potrebbe giustificare un trauma atto a provocare un'ernia del disco. Inoltre, i dolori gluteali insorti dopo la caduta dalle scale parlano a favore di un trauma assiale alla colonna vertebrale piuttosto che longitudinale. Dal profilo biomeccanico, ciò non è suscettibile di provocare un'ernia discale, traumi assiali causano fratture da impressione. Un'ernia discale traumatica necessita di una contusione longitudinale, la quale deve mostrare all'esame radiologico delle lesioni d'accompagnamento. Infine, invitato a pronunciarsi in merito all'apprezzamento del dott. \_\_\_\_\_, il dott. \_\_\_\_\_ ha dichiarato di non essere a conoscenza del principio dottrinale da lui evocato, precisando però che, in caso di trauma cervicale in iperestensione/flessione, è usuale, in presenza di alterazioni degenerative preesistenti, fissare lo status quo a distanza di 3, 6 o 9 mesi. Nel caso concreto, la caduta non ha causato alcun danno strutturale necessitante di cure prolungate. Il dott. \_\_\_\_\_ ha inoltre respinto la critica sollevata dal fiduciario dell'\_\_\_\_\_ secondo la quale il dott. \_\_\_\_\_ non avrebbe considerato il parere dei medici curanti. Infatti, nei suoi apprezzamenti agli atti, quest'ultimo ha menzionato i loro rapporti, evidenziando come non abbiano refertato o curato alcuna lesione strutturale. Essi hanno trattato unicamente dei dolori muscolari che, secondo il dott. \_\_\_\_\_ del Centro per paraplegici di \_\_\_\_\_, non correlano con i reperti radiologici (doc. M 19).

2.7. Per costante giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale mentre invece nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (cfr. RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STF U 259/02 dell'8 luglio 2003 consid. 2.1.1; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in BJM 1989, p. 30ss.). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10 p. 33 ss. e RAMI 1999 U 356 p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. In una sentenza 8C\_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465 consid. 4.4 e consid. 4.7, 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 a medici esterni all'amministrazione o a servizi specializzati indipendenti in ossequio alla procedura di cui all'art. 44 LPGA, esse godono di piena forza probatoria, a condizione che non esistano indizi concreti che ne mettano in dubbio l'affidabilità (cfr. STF 8C\_839/2016 del 12 aprile 2017 consid. 3.2 e 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). 2.8. Chiamata a pronunciarsi nella concreta evenienza, questa Corte constata innanzitutto come nessuno pretenda che i reperti evidenziati grazie agli accertamenti radio-strumentali compiuti, in particolare la piccola ernia discale L4-L5, siano stati causati (in senso stretto) dalla caduta dalle scale dell'aprile 2019, né che quest'ultimo evento abbia peggiorato direzionalmente (in maniera duratura) il preesistente stato morboso. Del resto, il ricorrente pretende aver diritto alle indennità giornaliere, in misura del 100% rispettivamente del 50%, soltanto sino al 25 agosto 2019, trascorsi circa quattro mesi dall'evento infortunistico, conformemente quindi a quanto indicato dal dott.

\_\_\_\_\_ nel suo rapporto del 2 gennaio 2020 (cfr. allegato al doc. 12: "I disturbi denunciati dalla signora \_\_\_\_\_ sono a mio avviso non trovarsi più in nesso di causalità naturale con l'evento traumatico dell'aprile 2018, non prima di 4 mesi dal giorno dell'infortunio ..." – il corsivo è del redattore). In questa misura, il TCA ritiene dunque di poter condividere il parere espresso dai medici fiduciari dell'amministrazione, secondo i quali il sinistro assicurato non ha causato alcun danno strutturale alla colonna vertebrale (cfr. supra, consid. 2.4.). Secondo i dottori \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_, i postumi della caduta dell'aprile 2019, e meglio gli effetti delle contusioni riportate in quell'occasione, si sarebbero completamente esauriti trascorse 8 settimane dall'evento medesimo. In proposito, il TCA osserva che, cadendo all'indietro dalle scale, è verosimile che anche il rachide lombo-sacrale dell'assicurata sia rimasto coinvolto, così come del resto si evince dall'annuncio d'infortunio del 29 aprile 2019 (cfr. doc. 1). Ora, da un esame della giurisprudenza federale, riguardante delle fattispecie analoghe a quella sub iudice (caduta dalla propria altezza con contusione della colonna vertebrale senza danno strutturale e conseguente peggioramento transitorio del preesistente stato morboso), emerge che l'estinzione del diritto alle prestazioni è stata stabilita non prima di tre mesi dall'evento assicurato, e ciò proprio in considerazione della giurisprudenza federale citata al

considerando 2.5. del presente giudizio (la stessa che è stata evocata dal dott. \_\_\_\_\_ nel suo apprezzamento del 2 gennaio 2020) (cfr., ad esempio, la STF 8C\_517/2019 del 26 settembre 2019 consid. 5.1 [estinzione del nesso di causalità naturale intervenuta a distanza di tre mesi dal sinistro], la STF 8C\_761/2017 del 5 dicembre 2017 consid. 3 e 5.2.3 [estinzione intervenuta a distanza di sei mesi], la STF 8C\_601/2011 del 9 gennaio 2012 consid. 4.2 [estinzione intervenuta a distanza di un anno] e la STF U 7/07 del 9 gennaio 2008 [estinzione intervenuta pure a distanza di un anno]). Alla luce di quanto precede, questo Tribunale non può confermare la decisione su opposizione impugnata, mediante la quale il nesso di causalità naturale è stato dichiarato estinto a distanza di soli due mesi dall'infortunio. Tale soluzione si giustifica tanto più che uno degli specialisti consultati dall'CO 1 ha dichiarato, sorprendentemente, di non conoscere i principi elaborati dalla dottrina medica dominante (e fatti propri dal Tribunale federale) in materia di traumi vertebrali (cfr. doc. M 19). Tutto ben considerato, nel caso concreto, emergono dunque elementi suscettibili di generare dei dubbi, perlomeno lievi, circa l'affidabilità dei pareri sui quali l'amministrazione ha fondato la propria, dubbi che inducono questa Corte a scostarsene (per un caso in cui il TF ha annullato il giudizio cantonale e rinviato la causa per nuova decisione, ritenendo che i referti agli atti dei medici curanti dell'assicurato fossero atti a suscitare un, almeno minimo, dubbio circa la pertinenza del parere espresso dal medico fiduciario a proposito della capacità lavorativa, si veda la STF 8C\_370/2017 del 15 gennaio 2018 consid. 3.3.3). 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 pronunzia, l'Alta Corte ha pure precisato in quali casi il Tribunale cantonale deve allestire direttamente una perizia giudiziaria e in quali altri può rinviare gli atti all'assicuratore per un complemento istruttorio. Il TF ha, al riguardo, sviluppato le seguenti considerazioni: " (...). 4.4.1.1 Ist das Gutachten einer versicherungsinternen oder -externen Stelle nicht schlüssig und kann die offene Tatfrage nicht anhand anderer Beweismittel geklärt werden, so stellt sich das Problem, inwieweit die mit der Streitsache befasste Beschwerdeinstanz noch die Wahl haben soll zwischen einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung, damit diese eine neue oder ergänzende Expertise veranlasse, und der Einholung eines Gerichtsgutachtens. Das Bundesgericht hat dazu jüngst festgehalten, die den kantonalen Gerichten zufallende Kompetenz zur vollen Tatsachenprüfung (Art. 61 lit. c ATSG) sei nötigenfalls durch Einholung gerichtlicher Expertisen auszuschöpfen ( BGE 136 V 376 E. 4.2.3 S. 381). Dies schliesst ein, dass die erstinstanzlichen Gerichte diese Befugnis nicht ohne Not durch Rückweisung an die Verwaltung delegieren dürfen. 4.4.1.2 Die Vorteile von Gerichtsgutachten (anstelle einer Rückweisung an die IV-Stelle) liegen in der Straffung des Gesamtverfahrens und in einer beschleunigten Rechtsgewährung. Die direkte Durchführung der Beweismassnahme durch die Beschwerdeinstanz mindert das Risiko von - für die öffentliche Hand und die versicherte Person - unzumutbaren multiplen Begutachtungen. Zwar gilt die Sozialversicherungsverwaltung mit Blick auf die differenzierten Aufgaben und die dementsprechend unterschiedliche funktionelle und instrumentelle Ausstattung der Behörden in der Instanzenabfolge im Vergleich mit der Justiz als regelmässig besser geeignet, Entscheidungsgrundlagen zu vervollständigen ( BGE 131 V 407 E. 2.1.1 S. 411). In der hier massgebenden Verfahrenssituation schlägt diese Rechtfertigung für eine Rückweisung indessen nicht durch. 4.4.1.3 Die Einschränkung der Befugnis der

Sozialversicherungsgerichte, eine Streitsache zur neuen Begutachtung an die Verwaltung zurückzuweisen, verhält sich komplementär zu den (gemäss geänderter Rechtsprechung) bestehenden partizipativen Rechten der versicherten Person im Zusammenhang mit der Anordnung eines Administrativgutachtens (Art. 44 ATSG; vgl. oben E. 3.4). Letztere tragen zur prospektiven Chancengleichheit bei, derweil das Gebot, im Falle einer Beanstandung des Administrativgutachtens eine Gerichtsexpertise einzuholen, die Waffengleichheit im Prozess gewährleistet, wo dies nach der konkreten Beweislage angezeigt ist. Insoweit ist die ständige Rechtsprechung, wonach das (kantonale) Gericht prinzipiell die freie Wahl hat, bei festgestellter Abklärungsbedürftigkeit die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen oder aber selber zur Herstellung der Spruchreife zu schreiten (vgl. statt vieler ARV 1997 Nr. 18 S. 85 E. 5d mit Hinweisen, C 85/95; Urteil vom 11. April 2000 E. 3b, H 355/99), zu ändern. 4.4.1.4 Freilich ist es weder unter praktischen noch rechtlichen Gesichtspunkten - und nicht einmal aus Sicht des Anliegens, die Einwirkungsmöglichkeiten auf die Erhebung des medizinischen Sachverhalts fair zu verteilen - angebracht, in jedem Beschwerdefall auf der Grundlage eines Gerichtsgutachtens zu urteilen. Insbesondere ist der Umstand, dass die MEDAS von der Invalidenversicherung finanziert werden, kein genügendes Motiv dafür. Doch drängt sich auf, dass die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten einholt, wenn sie einen (im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen) medizinischen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist (vgl. die Kritik an der bisherigen Rückweisungspraxis bei Niederberger, a.a.O., S. 144 ff.). Die betreffende Beweiserhebung erfolgt alsdann vor der - anschliessend reformatorisch entscheidenden - Beschwerdeinstanz selber statt über eine Rückweisung an die Verwaltung. Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (siehe beispielsweise das Urteil 9C\_646/2010 vom 23. Februar 2011 E. 4; vgl. auch SVR 2010 IV Nr. 49 S. 151 E. 3.5, 9C\_85/2009).” (DTF 137 V 263-265) In una sentenza 8C\_59/2011 del 10 agosto 2011 consid. 5.2 - dunque successiva a quella pubblicata in DTF 137 V 210 -, emanata in materia di assicurazione contro gli infortuni, il Tribunale federale ha ribadito i principi sviluppati nella DTF 135 V 465, in particolare che, in presenza di dubbi circa l’affidabilità di rapporti allestiti da medici di fiducia, il giudice (cantonale) è libero di scegliere se ordinare direttamente una perizia giudiziaria oppure rinviare gli atti all’amministrazione affinché disponga essa stessa una perizia seguendo la procedura di cui all’art. 44 LPG: " Um solche Zweifel auszuräumen, wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 135 V 465 E. 4.6 S. 471).” In una sentenza 8C\_412/2019 del 9 luglio 2020 consid. 5.4, la Corte federale ha rinviato la causa all’assicuratore LAINF (e non al tribunale cantonale che aveva respinto il ricorso della persona assicurata) affinché disponesse l’esecuzione di una perizia ai sensi dell’art. 44 LPG, precisando che laddove esistano dubbi circa l’attendibilità e la pertinenza della valutazione del medico fiduciario, spetta in primo luogo all’assicuratore contro gli infortuni procedere a ulteriori atti istruttori per determinare d’ufficio i fatti determinanti e, se del caso, assumere le prove necessarie prima di emanare la decisione (art. 43 LPG): " Lorsqu’il existe des

doutes sur la fiabilité et la pertinence de l'appréciation du médecin-conseil, il appartient en premier lieu à l'assureur-accidents de procéder à des instructions complémentaires pour établir d'office l'ensemble des faits déterminants et, le cas échéant, d'administrer les preuves nécessaires avant de rendre sa décision (art. 43 al. 1 LPGA; ATF 132 V 368 consid. 5 p. 374; arrêt 8C\_401/209 du 9 juin 2020 consid. 5.3.3. et ses références)." (STF 8C\_412/2019, consid. 5.4.) (si veda pure la STF 8C\_697/2019, 8C\_698/2019 del 9 novembre 2020 consid. 4.1). Nella presente fattispecie, il TCA ritiene che siano soddisfatti i presupposti per un rinvio degli atti all'istituto convenuto (cfr. STF 8C\_59/2011 del 10 agosto 2011 e DTF 135 V 465), già per il fatto che esso ha fondato la decisione impugnata sul solo parere dei propri medici consulenti. Per le ragioni già esposte al considerando 2.8., si giustifica pertanto l'annullamento della decisione su opposizione impugnata e il rinvio degli atti all'assicuratore resistente affinché disponga un approfondimento peritale esterno (art. 44 LPGA) volto a definire fino a quando i disturbi denunciati dall'assicurata hanno costituito una conseguenza naturale dell'infortunio del mese di aprile 2019. In seguito, facendo capo alle risultanze dell'accertamento esperito, l'amministrazione si pronuncerà di nuovo in merito al diritto alle prestazioni dal profilo materiale e temporale. 2.10. Visto l'esito del ricorso (il rinvio con esito aperto equivale a piena vittoria, cfr., da ultimo, la STF 8C\_859/2018 del 26 novembre 2018 consid. 5 con rinvio a DTF 137 V 210 consid. 7.1 pag. 271 e riferimento), l'CO 1 verserà all'insorgente, rappresentato da un avvocato, l'importo fr. 2'500 (IVA inclusa) a titolo d'indennità per ripetibili. 2.11. 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. fbis 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. La procedura è pertanto di principio onerosa se concerne la fissazione dei contributi (cfr. Messaggio concernente la modifica della legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali, FF 2018, pag. 1303 e seguenti, pag. 1334: "La mozione Gruppo UDC 09.3406 chiede che venga abolito il principio della gratuità delle procedure di ricorso davanti ai tribunali cantonali nell'ambito delle assicurazioni sociali. L'indicazione secondo cui la procedura è gratuita va pertanto soppressa (art. 61 lett. a D-LPGA). Saranno così applicabili le disposizioni del diritto cantonale relative alle spese di procedura. Per quanto riguarda invece le controversie relative a prestazioni, la lettera fbis contempla l'addebito di spese soltanto nel caso in cui la singola legge lo preveda. Nell'assicurazione invalidità una tale regolamentazione è già in vigore dal 1° luglio 2006 (art. 69 cpv. 1bis LAI)"). 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 30 aprile 2021 per cui si applica la nuova disposizione legale. Trattandosi di prestazioni LAINF, il legislatore non ha previsto di prelevare le spese.