

TI_GERICHTE 35.2022.65 vom 5. Dezember 2022

TI Tribunale d'appello, 2022-12-05, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2022.65

FR: TI_GERICHTE 35.2022.65 du 5 décembre 2022

IT: TI_GERICHTE 35.2022.65 del 5 dicembre 2022

Regeste

Discussa l'eziologia di disturbi interessanti il rachide lombare e cervicale. Confermata l'estinzione del diritto a prestazioni alla data stabilita dall'assicuratore convenuto

Erwägungen

E. 27

maggio 2022) poiché, come dichiarato dall'CO 1 in una comunicazione dell'8 giugno 2020 al TCA, l'incarto sub judice è stato trattato dalla funzionaria che figura nell'intestazione degli allegati prodotti (in concreto, dall'avv. RA 2), senza che la giurista di lingua italiana figlia del Giudice Ivano Ranzanici se ne sia in alcun modo occupata (cfr. STF 8C_668/2021 del 18 febbraio 2022 consid. 2.1). nel merito 2.2. In concreto, è litigiosa la questione di sapere se l'amministrazione era legittimata a dichiarare estinto dal 1° maggio 2022 il proprio obbligo a prestazioni dipendente dall'infortunio del 27 settembre 2021, oppure no. 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. Il diritto alle prestazioni risultante da un infortunio assicurato presuppone l'esistenza di un nesso di causalità naturale tra l'evento dannoso e il danno alla salute. Questa condizione è adempiuta 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 *conditio 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 (DTF 142 V 435 consid. 1; 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3). Se un infortunio ha semplicemente scatenato un processo che sarebbe comunque insorto anche senza questo evento, il nesso di causalità naturale tra i disturbi accusati dall'assicurato e l'infortunio deve essere negato se lo stato morboso preesistente è ritornato ad essere quello che era prima dell'infortunio (*status quo ante*) oppure se ha raggiunto lo stadio che sarebbe prima o poi subentrato anche senza l'infortunio (*status quo sine*) (RAMI 1992 U 142 p. 75 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). 2.5. Il diritto a prestazioni assicurative presuppone pure l'esistenza di un nesso di causalità adeguata tra l'evento dannoso e il danno alla salute. 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 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 (DTF 117 V 361 consid. 5a e 382 consid. 4a; su queste questioni vedi pure: Ghélew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents, Losanna 1992, p. 51-53). La giurisprudenza ha inoltre stabilito che in caso di danno alla salute fisica, dal momento in cui è accertata la causalità naturale il nesso di causalità è generalmente ammesso (DTF 127 V 102 consid. 5 b/bb, 118 V 286 e 117 V 365 in fine; Meyer-Blaser, Kausalitätsfragen aus dem Gebiet des Sozialversicherungs-rechts, in SZS 2/1994, p. 104s; M. Frésard, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], n. 39).

2.6. Nella concreta evenienza, dalla decisione su opposizione impugnata risulta che l'amministrazione ha posto fine alle prestazioni dipendenti dall'evento traumatico assicurato, facendo capo al parere espresso in proposito dal proprio medico fiduciario (cfr. doc. 94, p. 9). In effetti, con l'apprezzamento dell'8 aprile 2022, il dott. _____, spec. FMH in chirurgia generale e traumatologia, attivo presso il Centro _____ di _____, ha ricordato, in merito all'origine delle ernie discali, che "i dischi intervertebrali sono costituiti da un anello di tessuto connettivo e da un nucleo morbido e gelatinoso che assicura la mobilità della colonna vertebrale e che funge da ammortizzatore. Nel caso di un'ernia del disco, il nucleo si sposta e sfonda attraverso l'anello protettivo di tessuto connettivo. La massa gelatinosa fuoriesce e preme contro il midollo spinale o le radici nervose. Fondamentalmente tutte le ernie del disco si verificano in presenza di alterazioni degenerative del disco già presenti; solo raramente l'incidente è la causa effettiva della lesione. Inoltre, nei casi dovuti ad infortunio l'ernia del disco intervertebrale si trova solitamente nella regione cervicale, l'ernia traumatica del disco lombare è così ancora meno comune e si sviluppa a causa di un grave traumatismo con conseguente frattura ossea. Per la valutazione di una lesione traumatica è necessario esaminare la colonna vertebrale tramite una risonanza magnetica in tempi brevi dopo l'infortunio. Con il passare del tempo non è più possibile distinguere tra residui di traumatismi avvenuti e alterazioni dovute ad altri fattori degenerativi." Quindi, con riferimento al caso concreto, egli ha rilevato che "il meccanismo infortunistico non coincide con la lesione descritta. Come conseguenze vengono descritte solamente dei dolori alla schiena e una torsione del polso sinistro. L'entità del colpo subito non sembra essere adeguata a sviluppare un'ernia T12-L1. Dalle radiografie a nostra disposizione non possiamo individuare delle lesioni di rilievo come neanche delle fratture nella parte toracica-lombare che potessero indicare un grave traumatismo susseguito in questa regione. Clinicamente non venivano indicati disturbi nella deambulazione e neanche disturbi alla vescica e all'intestino. Solo la presenza di dolori non può essere considerato un criterio rilevante per le sequele post-infortunistiche." Tenuto conto di tutto ciò, secondo il dott. _____, all'infortunio assicurato può essere imputato, con verosimiglianza preponderante, un peggioramento soltanto temporaneo del preesistente stato morboso del rachide, con lo status quo sine raggiunto a distanza di sei settimane dall'evento medesimo. Trascorso questo lasso di tempo, non è più dato un nesso di causalità naturale tra il sinistro del settembre 2021 e i disturbi alla colonna vertebrale (cfr. doc. 61). L'avv. RA 1 contesta in sostanza che alla valutazione del fiduciario possa essere attribuito un sufficiente valore

probatorio, e ciò alla luce della divergente documentazione medica prodotta con il ricorso (cfr. doc. I). Con il referto relativo alla RMN della colonna lombare dell'11 agosto 2022, il radiologo ha refertato la presenza di una discopatia D12-L1 con ernia discale mediana-paramediana destra (doc. 100, p. 1). Con certificazione 25 agosto 2022, il dott. _____, spec. FMH in chirurgia, ha attestato che l'insorgente "... è affetto da ernia discale D12-L1 da ritenersi secondaria a incidente stradale avvenuto il 27.09.2021." (doc. 100, p. 2). In data 8 ottobre 2018 - quindi precedentemente al sinistro - il dott. _____ aveva certificato "... l'idoneità professionale (...) all'attività di conducente professionale adibito al trasporto pubblico." (doc. 100, p. 3). L'assenza di patologie di rilievo, in particolare all'apparato locomotore, era stata accertata anche dal dott. _____, spec. FMH in medicina interna generale, nel dicembre 2020 (doc. 100, p. 4 ss.).

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; 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). 2.8. Chiamato ora a pronunciarsi nel caso di specie, attentamente vagliato l'insieme della documentazione a sua disposizione, questo Tribunale ritiene che il parere del dott. _____, specialista proprio nella materia che qui interessa con alle spalle una vasta esperienza nella medicina assicurativa e infortunistica (in questo contesto, va comunque segnalato che, 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 il quale a distanza di sei settimane dal trauma RI 1 non presentava più alcun postumo infortunistico a livello del rachide lombare (da notare che l'amministrazione ha poi riconosciuto il proprio obbligo a prestazioni per un periodo ben più lungo, sino alla fine del mese di aprile 2022), possa validamente servire da base al giudizio che è ora chiamato a rendere. In questo contesto, va rilevato 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. STF 8C_560/2020 del 10 giugno 2021 consid. 2.4; 8C_408/2019 del 26 agosto 2019 consid. 3.3; STF 159/2017 del 18 aprile 2018 consid. 5.2; 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 di principio 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, p. 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 discale sia stata semplicemente attivata dall'infortunio in presenza di uno stato degenerativo preesistente (asintomatico), è dato un peggioramento temporaneo . In tale eventualità, l'assicurazione assume unicamente la sindrome dolorosa direttamente legata all'infortunio. In base alle attuali conoscenze scientifiche, in presenza di lombalgie e di lombosciatalgie posttraumatiche, ci si può attendere che lo status quo sine venga raggiunto dopo tre – quattro mesi. In generale, dopo una contusione, una distorsione oppure uno stiramento al rachide, il peggioramento temporaneo si ritiene risolto dopo sei – nove mesi, al più tardi

dopo un anno in presenza di un rilevante stato degenerativo preesistente (cfr. STF 8C_319/2020 del 3 settembre 2020 consid. 6.6 e riferimenti ivi menzionati). Nel caso di specie, il TCA può seguire il dott. _____ (e l'amministrazione) laddove fa valere che l'infortunio in discussione non costituisce un evento idoneo a causare la rottura del disco intervertebrale (e quindi la protusione del materiale discale). In proposito, è utile segnalare quanto dichiarato dal dott. _____, già Capo del Servizio di neurochirurgia dell'Ospedale _____ di _____, in un suo referto del 5 settembre 2002, riportato in una sentenza 35.2001.80 del 9 ottobre 2002, confermata dal TFA con pronuncia U 324/02 dell'8 luglio 2003, concernente un assicurato, colpito alla schiena da un carrello pieno di biancheria del peso di circa 120/140 kg, messi improvvisamente in movimento sulla rampa di carico del furgone, al quale era stata diagnosticata un'ernia del disco L2/L3 intraforaminale a destra: " (...) In accordo con la letteratura specialistica, l'origine traumatica di un'ernia discale lombare viene solo eccezionalmente riconosciuta (circa 3% dei conflitti discoradicolari insorti in concomitanza con un evento traumatico). Questo perché il disco intersomatico sano è una struttura semielastica estremamente robusta, ritrovata sovente intatta, in soggetti con fratture traumatiche complesse dei corpi vertebrali. Di conseguenza, l'insorgenza di un'ernia discale nell'ambito di un trauma richiede a) la messa in gioco di forze molto rilevanti, in un contesto dinamico particolare o b) una degenerazione pre-esistente e significativa del disco intersomatico interessato. Le forze richieste per rompere un disco sano portano inevitabilmente ad una frattura dei corpi vertebrali adiacenti, come è il caso per le cadute da un'altezza di vari metri, con impatto assiale in posizione seduta (paracadutismo, parapendio, alpinismo, ecc.). Forze meno importanti, ma comunque significative, possono determinare la rottura del disco se esercitate improvvisamente sul rachide in flessione o in inclinazione-rotazione laterale. Questo è sovente il caso di operai che trasportano oggetti pesanti (putrelle d'acciaio, ecc.), che vengono sorpresi dal carico globale in seguito allo scivolamento di uno o più compagni. Nel caso del signor X. _____, le forze messe in gioco non sono assolutamente tali da giustificare la rottura di un disco intersomatico sano." Sul tema, si veda pure la STF U 307/05 dell'8 gennaio 2007 consid. 7.2. Alla luce di ciò, occorre ritenere che l'infortunio accaduto al ricorrente - l'assicurato, a causa dell'urto contro un albero, è stato dapprima spinto in avanti con il busto e, in seguito, ricadendo all'indietro, ha battuto la schiena contro il sedile della sua autovettura -, non era idoneo a causare (in senso stretto) la lesione discale lombare che gli è stata diagnosticata nel prosieguo e neppure, in ossequio alla giurisprudenza menzionata in precedenza, a provocare un peggioramento direzionale dello stato morboso preesistente. Il TCA non ignora che, per il dott. _____, i disturbi denunciati dall'insorgente al rachide dorso-lombare sarebbero invece ancora da ricondurre all'infortunio del 27 settembre 2021 (cfr. doc. 100, p. 2), tuttavia questo suo parere non è atto a generare dei dubbi, neppure lievi, a proposito della fondatezza della valutazione del dott. _____. In effetti, l'affermazione secondo la quale la nota ernia discale sarebbe secondaria all'incidente stradale di cui è rimasto vittima l'assicurato, appare apodittica e, come tale, non rappresenta una valida risposta alle argomentazioni sviluppate in proposito dal medico consulente dell'amministrazione. D'altro canto, il referto relativo alla risonanza magnetica dell'11 agosto 2022 non contiene alcuna indicazione circa l'eziologia della diagnosticata ernia del disco, l'incidente stradale essendo stato menzionato quale semplice dato anamnestico. Infine, anche i referti pregressi attestanti l'idoneità del ricorrente alla guida di mezzi di trasporto pubblico, non appaiono atti a sminuire il valore probatorio riconosciuto all'apprezzamento espresso dal fiduciario dell'amministrazione. In proposito,

va segnalato che la regola del “ post hoc ergo propter hoc ” (dopo questo, dunque a causa di questo) non ha valenza scientifica. La giurisprudenza federale ha stabilito che per il solo fatto d’essere insorto dopo un infortunio, un disturbo alla salute non può già essere ritenuto una sua conseguenza. Tale argomento è insostenibile dal profilo della medicina infortunistica e inammissibile da quello probatorio (cfr. STF 8C_725/2012 del 27 marzo 2013 consid. 7.2.2: “Der Versicherte argumentiert weiter, "woher sonst, wenn nicht vom Unfall aus dem Jahre 1993, kommen die erwähnten Beschwerden an der linken oberen Extremität?" Die mit dieser rhetorischen Frage angerufene Beweisregel "post hoc ergo propter hoc" (vgl. BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 341 f.) ist jedoch praxisgemäss unfallmedizinisch nicht haltbar und beweisrechtlich nicht zulässig, ...”; STF 8C_245/2017 dell’8 agosto 2017; STF 8C_230/2017 del 22 giugno 2017). In concreto, non può del resto essere ignorato che l’assicuratore LAINF non ha negato a priori ogni ruolo causale all’infortunio assicurato ma ha stabilito che, trascorso un determinato periodo di tempo (durante il quale il diritto a prestazioni è stato riconosciuto), questo suo ruolo si è estinto definitivamente. In conclusione, in esito alle considerazioni che precedono, si ritiene dimostrato, perlomeno con il grado della verosimiglianza preponderante, caratteristico del settore della sicurezza sociale (cfr., fra le tante, la DTF 129 V 56 consid. 2.4), che i disturbi lombari dopo il 30 aprile 2022 non costituivano più una conseguenza naturale, nemmeno parziale, dell’evento traumatico assicurato. Questo Tribunale giudica congrua anche la tempistica riconosciuta dall’CO 1. In effetti, ammettendo il proprio obbligo a prestazioni sino al 30 aprile 2022, dunque per circa sette mesi , l’assicuratore convenuto ha ossequiato la giurisprudenza citata in precedenza (esso è in effetti rimasto entro la forchetta temporale di 6-12 mesi stabilita dal TF). 2.9. Con rapporto del 2 novembre 2022, prodotto in corso di causa, il dott. _____, Primario della Clinica di neurochirurgia dell’Ospedale _____ di _____, ha diagnosticato un’ernia discale cervicale C5-C6 mediana e paramediana destra e, al riguardo, ha rilevato che, a margine della precedente consultazione (settembre 2022), l’assicurato lamentava una cervicobrachialgia a destra con limitazione funzionale, presente dai giorni immediatamente successivi l’incidente stradale. A suo avviso, “l’attuale sintomatologia è da correlarsi all’evento traumatico in quanto è comparsa subito dopo l’incidente stradale ed è congrua con le modalità di proiezione in flessione del rachide cervicale successive all’incidente.” (doc. I). Da parte sua, in data 28 novembre 2022, l’assicuratore resistente ha fatto valere che non sarebbero adempiuti i presupposti per riconoscere un’eziologia infortunistica all’ernia discale cervicale (cfr. doc. IX). Con riferimento alla dottrina medica e alla giurisprudenza già citate in precedenza (cfr. supra , consid. 2.8.), precisato inoltre che, trattandosi di una preesistente ernia discale cervicale, il periodo di latenza tollerato è soltanto di poche ore (cfr. STF U 218/04 del 3 marzo 2005 consid. 6.1), questo Tribunale non ritiene dimostrato che l’insorgente abbia accusato, nelle ore immediatamente successive al trauma, la tipica sintomatologia cervico-brachiale (radicolare). In effetti, dai documenti medici redatti in _____ si apprende che l’assicurato lamentava dolori in sede lombare e al polso sinistro, senza nessun accenno a una qualsiasi problematica cervicale (cfr. doc. 3, 5, 10, 27, 29, 30, 42, 54, 57, 67, 68, p. 2 e 80). Ancora con la certificazione del 25 agosto 2022 – trascorso poco meno di un anno dal trauma – il medico curante dell’assicurato ha fatto riferimento unicamente all’ernia discale lombare (cfr. doc. 100, p. 2). La presenza di disturbi (anche) a livello cervicale è quindi stata segnalata, per la prima volta, dal dott. _____ nel suo rapporto del 2 novembre 2022 (doc. I). Nelle carte processuali non trova pertanto riscontro l’affermazione, contenuta nel referto appena citato, secondo la

quale i disturbi cervicobrachiali sarebbero insorti “ subito dopo l’incidente ” (doc. I). In questo contesto, va rilevato che , secondo la giurisprudenza federale, una particolare importanza va attribuita proprio alle certificazioni mediche allestite nella fase che segue immediatamente l’infortunio. Descrizioni retrospettive della sintomatologia iniziale possono essere dichiarate inaffidabili (cfr. STFA U 57/03 del 22 dicembre 2003 consid. 3.2.2, in cui il TFA ha dichiarato privi di valore probatorio, per quanto concerne la questione della causalità, dei referti medici basati in prevalenza su una descrizione retrospettiva del decorso dei disturbi fornita dalla paziente medesima; si veda pure la STCA 35.2012.10 del 7 agosto 2013 consid. 2.10., confermata con la STF 8C_632/2013 del 18 febbraio 2014). In esito a quanto precede, RI 1 non ha dunque accusato, immediatamente dopo il trauma , la tipica sintomatologia cervico-brachiale (radicolare), di modo che, secondo il TCA, l’evento del settembre 2021 non ha causato (in senso stretto) l’ernia discale cervicale, né ha provocato il peggioramento direzionale di uno stato patologico preesistente. D’altro canto, visto che i disturbi radicolari sono insorti con un periodo di latenza che va ben oltre la “qualche ora” tollerata dalla giurisprudenza federale, al sinistro assicurato non può essere imputato nemmeno un ruolo scatenante. I disturbi a livello cervicale non costituiscono pertanto una conseguenza naturale dell’infortunio del 27 settembre 2021. Il ricorso presentato dall’avv. RA 1 deve essere respinto e confermata la decisione su opposizione impugnata, mediante la quale l’CO 1 ha dichiarato estinto dal 1° maggio 2022 il proprio obbligo a prestazioni dipendente dall’infortunio del settembre 2021. 2.10. L’art. 61 lett. a LPGA, in vigore fino al 31 dicembre 2020, prevedeva che la procedura deve essere semplice, rapida, di regola pubblica e gratuita per le parti; la tassa di giudizio e le spese di procedura possono tuttavia essere imposte alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. In data 1° gennaio 2021 è entrata in vigore una modifica della LPGA. L’art. 61 lett. a LPGA prevede ora unicamente che la procedura deve essere semplice, rapida e, di regola pubblica. Dalla medesima data è entrato in vigore l’art. 61 lett. f bis LPGA secondo cui in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. 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 13 settembre 2022 per cui si applica la nuova disposizione legale. Trattandosi di prestazioni LAINF, il legislatore non ha previsto di prelevare le spese. Sul tema cfr. anche STF 9C_369/2022 del 19 settembre 2022; STF 9C_368/2021 del 2 giugno 2022; SVR 2022 KV Nr. 18 (STF 9C_13/2022 del 16 febbraio 2022); STF 9C_394/2021 del 3 gennaio 2022; STF 8C_265/2021 del 21 luglio 2021 (al riguardo cfr. Ares Bernasconi , Actualités du TF, 8C_265/2021 du 21 juillet 2021 - frais judiciaires pour les tribunaux cantonaux des assurances selon la révision de la LPGA du 21 juin 2019, in SZS/RSAS 2/2022 pag. 107).

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