

TI_GERICHTE 35.2022.70 vom 24. April 2023

TI Tribunale d'appello, 2023-04-24, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2022.70

FR: TI_GERICHTE 35.2022.70 du 24 avril 2023

IT: TI_GERICHTE 35.2022.70 del 24 aprile 2023

Erwägungen

E. 21

novembre 2022 (doc. IX), producendo pure, a sostegno delle proprie argomentazioni, i rapporti medici del 27 settembre e del 31 ottobre 2022 del dr. med. _____ (doc. F1 e F2). In seguito si è nuovamente riconfermata nelle proprie tesi e domande con scritto del 16 gennaio 2023 (doc. XX). Ne consegue che non è ravvisabile alcuna violazione del diritto di essere sentito di RI 1 e la censura sollevata al riguardo dal suo patrocinatore va pertanto disattesa. Il TCA può pertanto entrare nel merito del ricorso. nel merito 2.2. Oggetto del contendere è la questione di sapere se l'CO 1 era o meno legittimata a porre fine al proprio obbligo a prestazioni dal 14 settembre 2020 in relazione all'infortunio del 21 gennaio 2019.

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.

2.3.1. Presupposto essenziale per l'erogazione di prestazioni da parte dell'assicurazione contro gli infortuni è però l'esistenza di un nesso di causalità naturale fra l'evento e le sue conseguenze (danno alla salute, invalidità, morte). Questo presupposto è da considerarsi adempiuto qualora si possa ammettere che, senza l'evento infortunistico, il danno alla salute non si sarebbe potuto verificare o non si sarebbe verificato nello stesso modo. Non occorre, invece, che l'infortunio sia stato la sola o immediata causa del danno alla salute; è sufficiente che l'evento, se del caso unitamente ad altri fattori, abbia comunque provocato un danno all'integrità corporale o psichica dell'assicurato, vale a dire che l'evento appaia come una condizione sine qua non del danno. È questione di fatto lo stabilire se tra evento infortunistico e danno alla salute esista un nesso di causalità naturale; su detta questione amministrazione e giudice si determinano secondo il principio della probabilità preponderante - insufficiente essendo l'esistenza di pura possibilità - applicabile generalmente nell'ambito dell'apprezzamento delle prove in materia di assicurazioni sociali (cfr. RDAT II-2001 N. 91 p. 378; SVR 2001 KV Nr. 50 p. 145; DTF 126 V 360 consid. 5b; DTF 125 V 195; STFA del 4 luglio 2003 nella causa M., U 133/02; STFA del 29 gennaio 2001 nella causa P., U 162/02; DTF 121 V 6; STFA del 28 novembre 2000 nella causa P. S., H 407/99; STFA del 22 agosto 2000 nella causa K. B., C 116/00; STFA del 23 dicembre 1999 in re A. F., C 341/98, consid. 3, p., 6; STFA 6 aprile 1994 nella causa E. P.; SZS 1993 p. 106 consid. 3a; RCC 1986 p. 202 consid. 2c, RCC 1984 p. 468 consid. 3b, RCC 1983 p. 250 consid. 2b; DTF 115 V 142 consid. 8b, DTF 113 V 323 consid. 2a, DTF 112 V 32 consid. 1c, DTF 111 V 188 consid. 2b; Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in Basler Juristische Mitteilungen (BJM) 1989, p. 31-32; G. Scartazzini, Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale, Basilea 1991, p. 63). Al riguardo essi si attengono, di regola, alle attestazioni mediche, quando non ricorrano elementi idonei a giustificare la disattenzione (cfr. DTF 119 V 31; DTF 118 V 110; DTF 118 V 53; DTF 115 V 134; DTF 114 V 156; DTF 114 V 164; DTF 113 V 46). Ne discende che ove l'esistenza di un nesso 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).

2.3.2. Occorre inoltre rilevare che il diritto a prestazioni assicurative presuppone pure l'esistenza di un nesso di causalità adeguata tra gli elementi summenzionati. Un evento è da ritenere causa adeguata di un determinato effetto quando secondo il corso ordinario delle cose e l'esperienza della vita il fatto assicurato è idoneo a provocare un effetto come quello che si è prodotto, sicché il suo verificarsi appaia in linea generale propiziato dall'evento in questione (DTF 129 V 181 consid. 3.2 e 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a, DTF 117 V 361 consid. 5a e 382 consid. 4a e sentenze ivi citate). Comunque, qualora sia carente il nesso di causalità naturale, l'assicuratore può rifiutare di erogare le prestazioni senza dover esaminare il requisito della causalità adeguata (cfr. DTF 117 V 361 consid. 5a e 382 consid. 4a; su queste questioni vedi pure: Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 51-53). La giurisprudenza ha inoltre stabilito che la causalità adeguata, quale fattore restrittivo della responsabilità dell'assicurazione contro gli infortuni allorché esiste un rapporto di causalità naturale, non gioca un ruolo in presenza di disturbi fisici consecutivi ad un infortunio, dal momento che l'assicurazione risponde anche per le complicazioni più singolari e gravi che solitamente non si presentano secondo l'esperienza medica (cfr. DTF 127 V 102 consid. 5 b/bb, 118 V 286 e 117 V 365 in fine; cfr., pure, U. Meyer-Blaser, Kausalitätsfragen aus dem Gebiet des Sozialversicherungsrechts, in SZS 2/1994, p. 104s. e M. Frésard, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], n. 39).

2.3.3. 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). Per contro, la giurisprudenza ha elaborato più criteri per valutare l'adeguatezza del nesso di causalità tra un infortunio e dei disturbi psichici sviluppati successivamente dalla vittima. Essa ha dapprima classificato gli infortuni in tre categorie, a seconda della dinamica: gli infortuni insignificanti o leggeri (per esempio, una caduta o scivolata banale), gli infortuni di media gravità e gli infortuni gravi. Per procedere a tale

classificazione, non si deve considerare il modo in cui l'infornio è stato vissuto dall'interessato ma piuttosto l'evento traumatico in quanto tale da un punto di vista oggettivo. In presenza di un infornio di media gravità, occorre prendere in considerazione un certo numero di criteri, di cui i più importanti sono: - le circostanze concomitanti particolarmente drammatiche o la particolare spettacolarità dell'infornio; - la gravità o particolare caratteristica delle lesioni lamentate, segnatamente la loro idoneità, secondo l'esperienza, a determinare disturbi psichici; - la durata eccezionalmente lunga della cura medica; - i disturbi somatici persistenti; - la cura medica errata che aggrava notevolmente gli esiti dell'infornio; - il decorso sfavorevole della cura e le complicazioni rilevanti intervenute; - il grado e la durata dell'incapacità lavorativa dovuta alle lesioni fisiche. Non in ogni caso è necessario che tutti i criteri appena menzionati siano presenti. La presenza di un unico criterio può bastare per ammettere l'adeguatezza del nesso di causalità quando l'infornio va classificato fra quelli al limite della categoria degli eventi gravi. Per contro, in presenza di un infornio che si situa al limite di quelli insignificanti o leggeri, le circostanze da considerare devono cumularsi oppure rivestire un'importanza particolare affinché si possa ammettere il carattere adeguato del nesso di causalità (DTF 115 V 140s., consid. 6c/aa e bb e 409s., consid. 5c/aa e bb, 117 V 384, consid. 4c; RAMI 2002 U 449, p. 53ss. consid. 4a).

2.3.4. La più recente giurisprudenza federale applica la prassi relativa all'evoluzione psichica abnorme conseguente a infornio nei casi in cui l'esistenza dei disturbi denunciati dalla persona assicurata è sì stata attestata da medici specialisti, ma non oggettivata mediante accertamenti strumentali e radiologici scientificamente riconosciuti. Secondo l'Alta Corte, in quei casi, l'assenza di postumi organici oggettivabili non esclude a priori l'esistenza di un nesso di causalità naturale con l'evento traumatico in questione (cfr. SVR 2012 UV n. 5 p. 17ss. consid. 5.1 e riferimenti ivi menzionati). L'esame della causalità naturale viene però momentaneamente sospeso, per procedere a un esame particolare dell'adeguatezza del nesso causale. Se da tale esame emerge non essere dato il necessario nesso di causalità adeguata, si può rinunciare a esperire ulteriori indagini sulla questione della causalità naturale tra l'infornio e i disturbi lamentati (DTF 135 V 465 consid. 5.1).

Ad esempio, questo principio è stato applicato dall'Alta Corte in una sentenza 8C_267/2009 del 26 gennaio 2010 consid. 4.3, riguardante dei disturbi visivi denunciati da un assicurato che era stato spinto contro un muro da una terza persona. Ammessa l'esistenza del nesso di causalità naturale in quanto attestata da due neuro-oftalmologi attivi a livello universitario e constatata la mancata oggettivazione di un danno alla salute organico, il TF ha esaminato il caso dal profilo della causalità adeguata in applicazione della "psico-prassi" (e non di quella relativa ai traumi cranio-cerebrali siccome l'assicurato aveva lamentato una semplice contusione cranica), per giungere alla conclusione che l'adeguatezza non era data. In una sentenza 8C_291/2012 dell'11 giugno 2012, la Massima Istanza ha deciso in questo stesso modo, a proposito di una fattispecie in cui i disturbi lamentati dall'assicurato all'arto inferiore sinistro, riferibili secondo gli specialisti a un dolore neuropatico provocato dall'infornio, non avevano potuto essere oggettivati né neurologicamente né mediante esami strumentali per immagini. In una sentenza 8C_357/2020 dell'8 settembre 2020, la Massima Istanza ha, pure, applicato questo principio a proposito di una fattispecie in cui i disturbi da stress post-traumatico lamentati dall'assicurata, riferibili ad un'aggressione subita da quest'ultima, non avevano potuto essere oggettivati (STF 8C_357/2020 dell'8 settembre 2020, consid. 3).

Nella DTF 138 V 248, il Tribunale federale, modificando la propria giurisprudenza, ha stabilito che in presenza di acufeni non attribuibili a un'affezione organica oggettivabile, il nesso di causalità adeguata con l'infornio non può essere

ammessa senza aver fatto l'oggetto di un esame particolare, al pari di quanto avviene per altri quadri clinici senza prova di deficit organico. 2.4. 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 dell'8 luglio 2003 nella causa B., U 259/02, 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. 33ss. 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. 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 160ss, consid. 1c e riferimenti). L'elemento rilevante per decidere circa il valore probante, non è né l'origine del mezzo di prova né la sua designazione quale rapporto oppure quale perizia, ma semplicemente il suo contenuto (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti). 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. STFA I 811/03 del 31 gennaio 2005, consid. 5 in fine; STFA I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV n. 10 pag. 35 consid. 4b). Giova qui pure ricordare un principio ripetutamente riconosciuto dalla nostra Massima Istanza, quello secondo il quale le certificazioni del medico curante - anche se specialista (cfr. STF U 202/01 del 7 dicembre 2001, consid. 2b/bb) - hanno un valore di prova ridotto, ciò in ragione del rapporto di fiducia che lo lega al suo paziente (cfr. STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; RAMI 2001 U 422, p. 113ss. (= AJP 1/2002, p. 83); DTF 125 V 353 consid. 3b/cc; DTF 124 I 175 consid. 4; DTF 122 V 161; RCC 1988 p. 504; R. Spira, *La preuve en droit des assurances sociales*, in *Mélanges en l'honneur de Henri-Robert*

Schüpbach, Basilea 2000, p. 269s.). Il TF ha affermato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia) in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (cfr. STF I 1102/06 del 31 gennaio 2008; STF I 701/05 del 5 gennaio 2007 consid. 2; STCA 32.2020.88 del 31 maggio 2021, consid. 2.5). Giova qui infine rilevare che, nella STF 9C_532/2020 del 13 ottobre 2021, al consid. 4.1, l'Alta Corte ha ribadito che: " Di principio, l'avviso dei medici curanti deve essere trattato con la necessaria prudenza a causa dei particolari legami che esse hanno con il paziente, per cui, secondo, esperienza comune, il medico curante propende generalmente, in caso di dubbio, a favore del paziente (DTF 125 V 351 consid. 3b/aa e 3b/cc)." 2.5. Ai fini del presente giudizio va pure ricordato che, la formulazione della diagnosi di CRPS (Complex Regional Pain Syndrome) richiede, in base ai criteri di Budapest, che i seguenti elementi caratteristici siano adempiuti: 1. dolore continuo sproporzionato rispetto all'evento scatenante; 2. il paziente deve riferire almeno 1 sintomo in 3 delle 4 categorie seguenti: - sensoriale: iperestesia e/o allodinia; - vasomotorio: asimmetria a livello della temperatura e/o cambiamento/asimmetria a livello della colorazione della pelle; - sudomotorio/edema: edema e/o cambiamento/asimmetria a livello della sudorazione; - motorio/trofico: diminuzione della mobilità e/o disfunzione motoria (debolezza, tremore, distonia) e/o cambiamenti trofici (peli, unghie, pelle). 3. il paziente deve dimostrare al momento dell'esame almeno 1 segno clinico in 2 delle 4 categorie seguenti: - sensoriale: iperalgesia (puntura) e/o allodinia (al tatto leggero e/o temperatura, pressione, movimento); - vasomotorio: differenza di temperatura (■ 1°) e/o cambiamento del colore della pelle; - sudomotorio/edema: edema e/o cambiamento/asimmetria a livello della sudorazione; - motorio/trofico: diminuzione della mobilità e/o disfunzione motoria (debolezza, tremore, distonia) e/o cambiamenti trofici (peli, unghie, pelle). 4. assenza di un'altra diagnosi più probabile. Secondo la giurisprudenza federale, inoltre, per ammettere l'esistenza di una CRPS in nesso causale naturale con un infortunio, è decisivo che, in base ai reperti medici refertati al momento determinante, la persona interessata abbia presentato, almeno in parte, i sintomi tipici di una CRPS entro un tempo di latenza di 6 - 8 settimane (cfr. STF 8C_123/2018 del 18 settembre 2018 consid. 4.1.2 e riferimenti ivi menzionati). D'altro canto, è utile precisare che il tempo di latenza appena citato non decorre necessariamente dall'evento traumatico. Ad esempio, nella STF 8C_796/2016 del 14 giugno 2017 consid. 3.2, l'Alta Corte ha precisato che esso può decorrere anche da un'operazione successivamente richiesta dall'infortunio (STCA 35.2018.117 del 30 settembre 2019, consid. 2.9). Sempre, in merito alla diagnosi di CRPS, è utile citare anche il consid. 5.5.2. della STF 8C_473/2022 del 20 gennaio 2023, giusta il quale: " Die Ätiologie und Pathogenese des CRPS sind unklar (SVR 2021 UV Nr. 9 S. 48, 8C_416/2019 E. 5; SVR 2010 UV Nr. 18 S. 69, 8C_384/2009 E. 4.2.1). Es ist als neurologisch-orthopädisch-traumatologische Erkrankung indessen praxisgemäss als organischer bzw. körperlicher Gesundheitsschaden zu qualifizieren. Dabei ist jedoch erforderlich, dass anhand echtzeitlich erhobener medizinischer Befunde der Schluss gezogen werden kann, die betroffene Person habe innerhalb der Latenzzeit von sechs bis acht Wochen nach dem Unfall zumindest teilweise an den für ein CRPS typischen Symptomen gelitten (SVR 2021 UV Nr. 9 S. 48 E. 5.2.3; Urteil 8C_528/2022 vom 17. November 2022 E. 3.2)." 2.6. Dalle carte processuali si evince, in particolare, che l'assicurata, dopo avere riportato un trauma contusivo lombosacrale il 21 gennaio 2019 (doc. A7, M12 e M17), è stata inabile al lavoro al 100% dal giorno dell'infortunio all'8 febbraio 2019 (doc. M3) e, a seguito di un peggioramento dei dolori, nuovamente inabile al

100% a partire dal 6 maggio 2019 (doc. M4). A causa della persistenza e di una estensione dei dolori ad altre parti del corpo (in particolare, all'anca destra e alla gamba destra: cfr. doc. M29), RI 1 si è sottoposta a diverse indagini, che sono state effettuate per mezzo di apparecchiature diagnostiche e di immagine radiologica come pure a diverse visite mediche specialistiche. Ella si è sottoposta anche a svariate sedute di fisioterapia e pure a alcune infiltrazioni. In particolare l'assicurata si è sottoposta il 23 maggio 2019 ad una RM lombare (doc. M10), il 24 settembre 2019 ad una TAC bacino e/o articolazione ileo-sacrale (AIS) nativa (doc. M37), il 7 novembre 2019 sia ad una ecografia della spalla destra e sinistra (doc. M37) sia ad una RX della spalla destra e sinistra (doc. M37) e il 10 dicembre 2019 ad una RX della spalla destra nativa (doc. M37). Sulla scorta di tale documentazione medica il 21 gennaio 2020 il dr. med. _____, specialista FMH in reumatologia, che aveva già visitato personalmente l'assicurata il 19 agosto 2019 (doc. M17), ha attestato che, sulla base della documentazione medica agli atti, " non è stata comprovata l'origine strutturale dei dolori accusati dall'assicurata " (doc. M24). Il 14 febbraio 2020 il dr. med. _____, specialista FMH in medicina interna e angiologia, ha eseguito un duplex venoso e arterioso dell'arto inferiore destro dell'assicurata, che è risultato nella norma e ha attestato che i disturbi che lamentava non erano di natura vascolare (doc. M37). In seguito, l'assicurata si è sottoposta il 9 marzo 2020 ad una ecografia dell'anca destra (" entesopatia calcifica dei glutei a livello peritrocanterico femorale ": doc. M37 rispettivamente " entesopatia calcifica di possibile natura traumatica dei glutei a livello peritrocanterico femorale ": doc. M43). Il 12 agosto 2020 l'assicurata è stata peritata dal dr. med. _____, specialista FMH in neurologia, che ha posto la diagnosi di " Dolori lombosacrali e su alcune zone della gamba destra (soprattutto tallone, caviglia e verso l'alluce ma anche anca laterale) e paravertebrali toracici a destra non spiegati da patologia neurologica in: stato da caduta con trauma contusivo lombosacrale e probabilmente anche a livello interscapolare il 21.01.2019, senza lesioni neurologiche traumatiche " e ha attestato che: " Attualmente non riscontro reperti neurologici che siano da attribuire con verosimiglianza preponderante all'evento del 21.01.2019. Per quel che riguarda gli aspetti neurologici ritengo che si possa proseguire a trattare il caso come malattia. (...) " (doc. M29). In seguito, l'assicurata si è sottoposta il 5 ottobre 2020 ad una RX della colonna lombare (doc. M37) e il 14 ottobre 2020 ad una RM bacino nativa - gruppo MSK (doc. M34), che non hanno messo in evidenza alterazioni morfologiche e/o strutturali. Il 27 gennaio 2021 l'assicurata è stata visitata dal dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia vascolare, che ha posto la diagnosi di " Dolore arto inferiore destro di origine indeterminata, ma molto probabile sindrome di algoneurodistrofia simpatico riflessa (Complex Regional Pain Syndrome - Sudeck). " e ha attestato quanto segue: " (...) Si può con ragionevole sicurezza escludere un problema di perfusione arteriosa, venosa e linfatica. Molto probabilmente si tratta di una sindrome di algoneurodistrofia in quanto il cambio repentino di colorazione del piede destro, osservato da me direttamente durante la visita e documentato dalla paziente in precedenza, è molto suggestivo per una disfunzione del sistema nervoso autonomo. (...) (...) la CRPS rimane una diagnosi clinica, praticamente non riuscendo a misurare l'attività neurologica autonoma." (doc. M27). Il 24 febbraio 2021 la dr.ssa med. _____, specialista FMH in neurologia, ha eseguito una elettro-neuromiografia (ENMG) dell'arto inferiore destro dell'assicurata, che è risultato nella norma, e ha attestato una: " Sintomatologia algica a livello lombare destro con irradiazione al gluteo e a tutto l'arto inferiore, in associazione a cedimenti dell'arto stesso con/su: • Complex regional pain syndrome vs tendinopatia dei Mm glutei vs sindrome del

piriforme”, concludendo che “una parte della sintomatologia sia effettivamente da riferirsi ad un'algoneurodistrofia (in questo contesto ho prescritto alla paziente del Saroten in ragione di 25 mg da aumentare fino a 50 in base al beneficio/ effetti indesiderati), d'altra parte è possibile che vi sia anche una componente muscolo-scheletrica nonché sindrome del piriforme associati.” (doc. M35). Il 15 marzo 2021 si è sottoposta ad una RM della colonna in toto nativa (“ Reperti RM nella norma. Non segni di mielopatia. Non lesioni focali intraspinali, né compressioni radicolari. ”: doc. M33). In seguito l'amministrazione ha interpellato il dr. med. _____, che, nel relativo “ questionario per il consulente medico ” del 7 maggio 2021 (doc. M36), ha indicato che erano “ state eseguite tutte le misure diagnostiche per analizzare e valutare i riferiti disturbi della paziente. Sono stati effettuati numerosi esami clinici e strumentali, in parte ripetuti diverse volte da diversi specialisti, in parte anche esami medici non strettamente indicati. Da ulteriori accertamenti medici non sono da aspettarsi nuove informazioni o nuovi elementi diagnostici ” e che “ I numerosi esami clinici e radiologici non hanno evidenziato alcuna lesione traumatica o postumi infortunistici. ” Infine, ha concluso che “ Tutti gli accertamenti diagnostici sono già stati eseguiti, senza mostrare una patologia posttraumatica oggettivabile. Dopo aver eseguito le cure adeguate per la riferita sintomatologia algica e in assenza di postumi traumatici ulteriori trattamenti specifici non sono più indicati e molto probabilmente non comporteranno rilevante beneficio alla paziente. ” (doc. M36). In sede di opposizione, l'amministrazione ha interpellato anche il dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia e specialista in medicina dello sport (SEMS), il quale, nel “ rapporto medico-assicurativo - valutazione degli atti LAINF ” del 26 giugno 2022 (doc. M44) ha confermato che erano già stati effettuati dettagliati esami radiologici specialistici che non avevano evidenziato lesioni somatiche né strutturali che potrebbero essere la causa dei disturbi indicati dall'assicurata e che, in particolare, gli accertamenti immediati non avevano evidenziato alcuna lesione strutturale causata dall'evento del 21 gennaio 2019, in seguito al quale l'assicurata aveva, pertanto, riportato unicamente delle “ contusioni a entrambe le anche e all'osso sacro. ”. Lo specialista ha, quindi, concluso quanto segue: “ (...) L'inabilità lavorativa primaria era del 100% e andava dal 21 gennaio 2019 all'8 febbraio 2019 compreso (atti M3, M16). Ciò dimostra che lo stato generale in assenza di lesioni strutturali fresche ammetteva una nuova capacità lavorativa completa. Dal 6 maggio 2019 si è sviluppata un'incomprensibile estensione dei sintomi ad altre regioni del corpo non interessate dall'evento del 21 gennaio 2019, seguita da una nuova inabilità lavorativa del 100%. A seguito di intensi esami clinici e radiologici che non hanno evidenziato referti patologici o lesioni strutturali, si può concludere che i disturbi lamentati non sono spiegabili a livello somatico. Un accertamento psicosomatico finora non è stato effettuato. La dott. med. _____ (ospedale di _____, rapporto del 30 dicembre 2019 negli atti A1) presume una somatizzazione e «catastrophizing». Il termine da confermare è al più tardi il 14 settembre 2020. Dal punto di vista causale dell'infortunio lo status quo è stato infatti raggiunto già a fine aprile 2019.” (doc. M44).

2.6.1. Davanti al TCA, il patrocinatore dell'insorgente ha prodotto il rapporto medico del 7 settembre 2022 del neurologo _____ (doc. D), che ha visitato l'assicurata il 5 settembre 2022 e dopo avere posto la diagnosi di “ Molto probabili esiti di caduta accidentale in data 21.01.2019 ”, ha attestato quanto segue: “ Questa paziente presenta quindi una sintomatologia dolorosa e disestesiante a tutto l'arto inferiore destro accompagnata da debolezza soprattutto prossimale, mentre clinicamente non si riscontrano segni radicolari irritativi o segni centrali . (...) sulla base delle mie osservazioni al momento non si può concludere ad una causa precisa dei disturbi

accusati né proporre una terapia specifica e risolutiva.” (n.d.r.: il corsivo è della redattrice) In questa sede, il rappresentante della ricorrente ha versato agli atti anche i rapporti medici del 27 settembre e del 31 ottobre 2022 del dr. med. _____ all’attenzione del dr. med. _____ (doc. F1 e F2). In particolare, per quanto qui maggiormente interessa, nel secondo rapporto (doc. F2), egli ha attestato quanto segue: “ (...) Anche l’esame del plesso risulta completamente normale e negativo anche a livello di ileopsoas . Quindi riassumendo abbiamo un trauma di distensione secondo me a livello del plesso, un esame neurologico completamente normale , un esame anche di MRI che non mostra discontinuità del plesso ma secondo me questa sensazione che la paziente ha potrebbe essere legata a delle sequele dello stiramento del plesso . (...)”. Interpellato a tal proposito dall’amministrazione il dr. med. _____ nella “ valutazione degli atti LAINF ” del 2 dicembre 2022 (doc. XVIII-1) ha attestato quanto segue: “ (...) Nella lettera del 27 settembre 2022 (atto M45) si legge che non è mai stata eseguita una RMI lombo-sacrale mirata. Tuttavia, il 12 marzo 2021 è stata eseguita una RMI dell’intera colonna vertebrale, che include anche la suddetta regione (atto M33). Come noto, quest’esame non ha evidenziato reperti patologici. Il corrispondente referto è stato inviato alla neurologa Dr.ssa med. _____ di _____. Inoltre, dalla lettera del Dr. med. _____ emerge che la paziente seguirebbe un trattamento psicoterapico. Nella lettera del 31 ottobre 2022 (atto M46), il Dr. med. _____ scrive che anche la RMI del plesso e a livello dell’ileopsoas effettuata nel frattempo ha dato esito negativo, rivelando un quadro completamente normale. Di conseguenza, la mia valutazione del 29 giugno 2022 rimane invariata. Sotto il profilo somatico continuano a essere irreperibili elementi patologici che potrebbero spiegare le indicazioni soggettive dell’assicurata. Nel presente caso spicca l’elevato numero di medici coinvolti (in totale 13) di diverse discipline: (...)”. 2.6.2. In data 16 febbraio 2023 (doc. XXIV) il TCA ha chiesto al patrocinatore dell’CO 1 di interpellare nuovamente uno dei già citati medici fiduciari, per fargli prendere posizione - in modo puntuale e motivato - in merito alla diagnosi di CRPS (e, se del caso, all’esistenza di un nesso di causalità con l’infortunio assicurato), posta il 27 gennaio 2021 dal dr. med. _____ (doc. M27) rispettivamente il 24 febbraio 2021 dalla dr.ssa med. _____ (doc. M35). Interpellato a tal proposito dall’CO 1, nel complemento del 24 febbraio 2023 (doc. XXV-1), il dr. med. _____ ha attestato, in particolare, quanto segue: “ (...) Tipicamente una CRPS viene diagnosticata soltanto in seguito a trauma degli arti distali, cioè distalmente del gomito o del ginocchio; una CRPS con trauma scatenante più prossimale è una rarità. (...) dal 2010 per la diagnosi di CRPS vengono applicati i criteri modificati di Budapest dell’International Association for the Study of Pain (IASP). (...). La persistenza o la formazione di dolore intenso e sproporzionato entro le prime 2-6 settimane dopo il trauma scatenante è imperativo per la diagnosi di CRPS. (...). In base alla documentazione medica, nel caso in oggetto la situazione nella fase iniziale postraumatica invece è ben diversa e la sintomatologia e le manifestazioni cliniche nonché i dati anamnestici non parlano assolutamente in favore alla formazione di una CRPS. In data 21.01.2019 la paziente è caduta con impatto sul fondo schiena procurandosi trauma contusivo dell’osso sacro (e molto probabilmente dell’osso coccige e delle tuberosità ischiatiche del bacino) e trauma assiale indiretto della colonna lombare con insorgenza immediata di dolori lombosacrali. Assenza di trauma diretto o indiretto di un arto. (...). Da notare che il Dr. med. _____ è da ritenere specialista reumatologo ed esperto con ampia esperienza nell’ambito di CRPS e sicuramente non manca la diagnosi di CRPS, ma semplicemente in base alla sua valutazione peritale non l’ha neanche considerata come diagnosi differenziale. Quindi

ovviamente in base alla documentazione medica non vi sono le premesse per porre la diagnosi di CRPS nel caso della paziente in oggetto. L'assenza di un trauma agli arti, il rapido miglioramento della sintomatologia algica alla colonna lombosacrale e alla gamba destra, la comparsa tardiva di nuovi sintomi diffusi a distanza di oltre 3 mesi dopo il trauma, l'assenza di una sintomatologia caratteristica secondo i criteri diagnostici di Budapest, la localizzazione dei dolori e il decorso clinico descritto rendono la diagnosi di CRPS molto improbabile. (...). Nel decorso la paziente è stata esaminata da numerosi medici specialisti e alla ricerca dell'origine della riferita sintomatologia sono stati eseguiti parecchi accertamenti medici, in parte ridondanti e clinicamente inutili, senza mai riscontrare un correlato somatico anatomico o postumi infortunistici oggettivabili. Nessuno dei numerosi medici specialisti coinvolti, in particolare alcun specialista di reumatologia, ha mai considerato la presenza di una CRPS nel caso in oggetto, a parte dal Dr. med. _____, (...) dalla Dr.ssa med. _____. (...). Come emerge dalla letteratura medica, nonostante le difficoltà diagnostiche, per la diagnosi di CRPS si devono applicare dei criteri diagnostici clinici ben precisi e non in assenza di altre diagnosi porre tale diagnosi come diagnosi differenziale o diagnosi di ripiego. In ogni caso per la diagnosi di CRPS il paziente deve presentare una sintomatologia caratteristica con dolore sproporzionato e tumefazione entro le 2-6 settimane dopo il trauma scatenante e quindi anche se la diagnosi di CRPS posta dal Dr. med. _____ a distanza di 2 anni posttrauma fosse stata corretta, già per la tempistica non sarebbe mai stata in nesso di causalità almeno probabile con l'infortunio del 21.01.2019. In conclusione, in base alla documentazione medica, ai dati anamnestici, al decorso clinico postinfortunistico e ai referti degli esami oggettivi, non vi sono le premesse e non sono mai stati gli elementi diagnostici per porre in modo corretto la diagnosi di CRPS in seguito all'infortunio avvenuto in data 21.01.2019. Non si può ammettere le affermazioni in merito nei rapporti medici della Dr.ssa med. _____ (M35) e del Dr. med. _____ (M27), visto che i colleghi sono raggiunti alla diagnosi di CRPS non rispettando i criteri diagnostici richiesti. L'infortunio del 21.01.2019 non ha causato una lesione traumatica strutturale o postumi infortunistici oggettivabili, non ha peggiorato in modo direzionale le lievi alterazioni degenerative preesistenti e non ha scatenato una CRPS, ma ha reso manifesta una sintomatologia algica soltanto temporanea. Come emerge dalla documentazione, tali dolori in zona lombosacrale e alla gamba destra causati dall'evento del 21.01.2019, non compatibili con una CRPS, nel decorso sono regrediti e molto più tardi si sono formati nuovi disturbi diffusi con netta estensione dei sintomi senza correlato somatico nel quadro di una sindrome dolorosa funzionale di tipo "Bodily distress syndrome", assolutamente non in nesso di causalità almeno probabile con l'evento in oggetto." Invitato dal TCA a presentare osservazioni scritte in merito al citato complemento, in data 7 aprile 2023 (doc. XXX) l'avv. RA 1 ha chiesto al TCA di ordinare una perizia medico-giudiziaria (precisando, in particolare, quanto segue: " i quesiti formulati ad CO 1 dovranno essere riproposti al perito nominato da codesto lodevole Tribunale "). Il patrocinatore dell'insorgente ha inoltre versato agli atti il rapporto medico (non firmato) del 28 marzo 2023 del dr. med. _____ (doc. XXX-1), che ha attestato quanto segue: " (...) paziente a margine che ho visto in data 28.03.2023. La situazione al momento è invariata, non siamo riusciti a dimostrare che vi fosse una problematica a livello del plesso, vi erano state a suo tempo delle diagnosi di una complex regional pain syndrome. Ora non posso, come ho detto alla paziente, confermare questa diagnosi al momento attuale in quanto io ho visto la paziente dopo 2-3 anni e questa diagnosi era stata fatta da altri miei colleghi. Quindi personalmente su quanto posso obiettivare al mio esame, personalmente al momento attuale

non posso porre questa diagnosi. Difficile valutare se vi possa essere una sequela della complex regional pain syndrome. Personalmente a questo punto farei una valutazione al Servizio Accertamento medico per fare un quadro globale e non solo ortopedico e traumatologico della situazione della paziente e definire esattamente anche il danno e la sua abilità lavorativa. Inoltre invio la paziente al Dr. _____ per una sua valutazione ed eventualmente presa a carico in terapia del dolore. (...)"

2.7. Chiamato ora a pronunciarsi, il TCA osserva innanzitutto, a proposito della circostanza che prima dell'infortunio del 21 gennaio 2019 la ricorrente avrebbe sempre goduto di buona salute, che la regola "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 l'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_355/2018 del 29 giugno 2018; STF 8C_245/2017 dell'8 agosto 2017; STF 8C_230/2017 del 22 giugno 2017; sul tema vedi pure Th. Frei, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, Friburgo 1998, p. 30, nota 96; A. Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Zurigo 1995, p. 41; STCA 35.2017.60 del 25 settembre 2017, consid. 2.5; STCA 35.2018.33 del 18 luglio 2018, consid. 2.6). In secondo luogo il TCA ricorda che la giurisprudenza federale non esige che la persona assicurata venga visitata personalmente affinché si possa ammettere il valore probatorio di un documento medico, purché l'incarto su cui si fonda tale documento contenga sufficienti apprezzamenti medici elaborati in base a un esame concreto (cfr. STF 8C_469/2020 del 26 maggio 2021 consid. 3.2 e i riferimenti ivi menzionati). Di norma, una valutazione sulla base dei soli atti medici ("Aktegutachten") è difatti possibile se il medico SMR (e, quindi, anche il medico fiduciario) dispone di sufficienti elementi risultanti da altri accertamenti personali (cfr., tra le tante, STCA 35.2018.113 del 5 marzo 2019, consid. 2.9; STCA 35.2022.12 del 16 agosto 2022, consid. 2.9 e rinvii giurisprudenziali ivi citati). Ciò è il caso nella presente fattispecie in cui i consulenti dell'CO 1 hanno espresso la loro valutazione in base ai referti elaborati da medici specialisti (in: neurologia, reumatologia, ortopedia, angiologia, ecc.) a seguito di ripetute visite personali della ricorrente, la maggiore parte delle quali riportate al consid. 2.6 e 2.6.1. Le censure ricorsuali volte a contestare questi aspetti devono, pertanto, essere respinte.

2.7.1. A proposito della diagnosi di CRPS (Complex regional pain syndrome) posta dal chirurgo vascolare rispettivamente dalla neurologa nei rapporti medici del 27 gennaio rispettivamente del 24 febbraio 2021 (cfr. doc. M27 e M35 di cui si è già ampiamente detto al consid. 2.6) - il TCA osserva quanto segue. Attentamente vagliato l'insieme della copiosa documentazione medica agli atti riassunta al consid. 2.6 e 2.6.1 (cfr., in particolare, i doc. M10, M12, M16-18, M24, M29, M31, M32-35 e M37, D e F2), questa Corte ritiene che il parere espresso il 24 febbraio 2023 (doc. XXV-1) dal dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore, - medico fiduciario dell'amministrazione, che vanta un'ampia esperienza in materia di medicina assicurativa e infortunistica - sia senz'altro condivisibile. Il TCA

condivide, in particolare, le approfondite, motivate e convincenti considerazioni ivi espresse. Questa Corte constata infatti che, la formulazione della diagnosi di CRPS posta dai due specialisti citati non ossequia i requisiti della giurisprudenza federale riportata al consid. 2.5 (cfr., in particolare, i criteri di Budapest e il periodo di latenza). Inoltre, dalla copiosa documentazione medica agli atti riassunta al consid. 2.6 e 2.6.1, si evince pure che nessuno degli altri numerosi specialisti (in particolare, in neurologia, reumatologia, chirurgia-ortopedica) - che hanno, peraltro, visitato pure personalmente l'assicurata, alcuni anche più volte e/o prima e/o successivamente ai citati specialisti - hanno posto tale diagnosi (cfr., in particolare, dal profilo neurologico, i rapporti del 26 agosto 2019 e del 7 settembre 2022 del neurologo _____ rispettivamente del 12 agosto 2020 del neurologo fiduciario _____ rispettivamente, dal profilo, reumatologico, i rapporti del 19 agosto 2019 e del 21 gennaio 2020 del dr. med. _____), nemmeno quale diagnosi (clinica) differenziale. Del resto, tale diagnosi non è stata posta/confermata neppure dal dr. med. _____ nel rapporto medico del 28 marzo 2023 all'attenzione del medico di famiglia dell'insorgente (doc. XXX-1). Stante quanto precede, il convincente parere espresso il 24 febbraio 2023 dal dr. med. _____ (doc. XXV-1) - che, giova ribadire, tiene pure debitamente conto della giurisprudenza federale in materia di CRPS riportata al consid. 2.5 (cfr., in particolare, i criteri di Budapest e il periodo di latenza) - non è stato smentito (tantomeno in modo dettagliato e motivato) da alcun certificato medico (tantomeno specialistico). A questo proposito va pure evidenziato che il principio inquisitorio che regge la procedura davanti al Tribunale delle assicurazioni non è incondizionato, ma trova il suo correlato nell'obbligo delle parti di collaborare, quest'obbligo non può tradursi in una mera contestazione della presa di posizione di controparte senza addurre degli elementi oggettivi - segnatamente di natura medica - a sostegno delle proprie argomentazioni (cfr. sul tema STCA 32.2017.70 del 9 novembre 2017, consid. 2.7 e rinvii ivi citati; STCA 32.2017.83 del 22 febbraio 2018, consid. 2.6; STCA 35.2018.114 del 18 marzo 2019, consid. 2.8.5 e rinvii ivi citati; STCA 35.2020.72 dell'8 marzo 2021, consid. 2.5; STCA 35.2021.44 del 16 agosto 2021, consid. 2.10.5 e STCA 35.2021.64 del 6 dicembre 2021, consid. 2.5.5). In simili circostanze il TCA non intravede ragioni per ordinare una perizia medico-giudiziaria, così come richiesto dal patrocinatore dell'assicurata al doc. XXX. Infatti la copiosa documentazione agli atti è completa ed esaustiva e non necessita di ulteriori complementi (cfr. sentenza 9C_394/2016 del 21 novembre 2016, consid. 6.2; STCA 36.2017.31 dell'8 giugno 2017, consid. 2.12 in fine; STCA 35.2017.62 del 2 ottobre 2010, consid. 2.10 e STCA 32.2018.123 del 6 giugno 2019, consid. 2.8). Quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove ; cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, Gygi, *undesverwaltungsrechtspflege*, 2° ed., pag. 274, si veda pure STF 9C_632/2012 del 10 gennaio 2013; STF 9C_231/2012 del 24 agosto 2012). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv.2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata; STCA 32.2018.189 del 14 ottobre 2019, consid. 2.12; STCA 35.2019.12 del 5 febbraio 2020, consid. 2.1). La violazione del diritto di essere sentito nel senso invocato dall'assicurato è una questione che non ha una portata propria rispetto alla censura inerente a un errato apprezzamento delle prove (cfr. DTF 130 II 425 consid. 2.1). Il diritto

di essere sentito non impedisce all'autorità di porre fine all'istruttoria se le prove raccolte le consentono di raggiungere un convincimento e se, in virtù di un apprezzamento anticipato delle prove, le è chiaro che gli ulteriori mezzi di prova offerti non potrebbero più modificare la propria opinione (cfr. DTF 136 I 229 consid. 5.3, 134 I 140 consid. 5.3; STCA 35.2014.71 del 15 aprile 2025, consid. 2.1). Sulla scorta delle considerazioni che precedono il TCA non ritiene dimostrato, perlomeno con il grado della verosimiglianza preponderante abitualmente applicato nel settore delle assicurazioni sociali (DTF 138 V 218 consid. 6 pag. 221 con riferimenti), che la ricorrente abbia sofferto di una CRPS al momento in cui l'assicuratore convenuto ha sospeso le proprie prestazioni (il 14 settembre 2020). 2.7.2. Per quanto concerne la complessa sintomatologia dolorosa riferita dall'insorgente (in particolare, i dolori lombosacrali e su alcune zone della gamba destra - soprattutto tallone, caviglia e verso l'alluce ma anche anca laterale - e paravertebrali toracici a destra: cfr. doc. M29) il TCA, attentamente vagliato l'insieme della copiosa documentazione medica agli atti riassunta al consid. 2.6 e 2.6.1 (cfr., in particolare, i doc. M10, M12, M16-18, M24, M29, M31, M32-35 e M37, D e F2), ritiene parimenti conditi-visibili i pareri espressi il 7 maggio 2021 (doc. M36) e il 24 feb-braio 2023 (doc. XXV-1) dal dr. med. _____ rispettivamente il 26 giugno 2022 (doc. M44) e il 2 dicembre 2022 (doc. XVIII-1) dal dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia e specialista in medicina dello sport (medico fiduciario dell'amministrazione, che pure vanta un'ampia esperienza in materia di medicina assicurativa e infortunistica). Questo Tribunale ritiene corrette le approfondite, motivate e convincenti considerazioni espresse dal dr. med. _____ nel "rapporto medico-assicurativo - valutazione degli atti LAINF" del 26 giugno 2022 (doc. M44) rispettivamente dal dr. med _____ nel rapporto del 24 febbraio 2023 (doc. XXV-1), di cui si è già ampiamente detto al consid. 2.6.1 e 2.6.2. Questa Corte constata in particolare che l'assicurata si è sottoposta a svariate indagini – effettuate per mezzo di apparecchiature diagnostiche e di immagini radiologica- che hanno evidenziato delle problematiche degenerative, hanno escluso delle fratture e/o delle deformazioni traumatiche e, per il resto, sono risultate nella norma, anche dal profilo neurologico (cfr. in particolare, i doc. M10, M33-35, M37 e F2). L'assicurata si è pure sottoposta a diverse visite mediche specialistiche (in particolare, in ambito reumatologico, neurologico e chirurgico: cfr. in particolare, i doc. M12, M16-18, M24, M29, M31, D e F2) che non hanno messo in evidenza una patologia organica che potrebbe spiegare l'importante e diffusa sintomatologia algica da lei riferita. In simili circostanze, il TCA ritiene dimostrato, perlomeno con il grado della verosimiglianza preponderante abitualmente applicato nel settore delle assicurazioni sociali (DTF 138 V 218 consid. 6 pag. 221 con riferimenti), che la complessa sintomatologia algica riferita dall'assicurata - alla luce di quanto emerge dalla documentazione che è stata precedentemente riassunta - non correla con un danno infortunistico oggettivabile. In merito alla sintomatologia per la quale non è stato trovato un sufficiente correlato organico, va qui pure ricordato che sono da considerare come oggettivabili gli esiti d'accertamenti (medici) suscettibili di conferma in caso di ripetizione dell'esame, allorquando sono indipendenti dalla persona dell'esaminatore e dalle indicazioni fornite dal paziente. Per poter parlare di lesioni traumatiche oggettivabili dal punto di vista organico, i risultati ottenuti devono essere confermati da indagini effettuate per mezzo di apparecchiature diagnostiche o di immagine radiologica e i metodi utilizzati riconosciuti scientificamente (DTF 138 V 248 consid. 5.1; STF 8C_591/2018 del 29 gennaio 2020 consid. 2 e riferimenti). 2.7.3. Il TCA non ignora che l'assicurata si è sottoposta il 9 marzo 2020 ad una ecografia dell'anca destra ed il radiologo (dr. med. _____) ha attestato una "entesopatia calcifica dei glutei a

livello peritrocanterico femorale ” (doc. M37) rispettivamente una “ entesopatia calcifica di possibile natura traumatica dei glutei a livello peritrocanterico femorale ” (doc. M43; n.d.r.: la sottolineatura è della redattrice). Tuttavia tale circostanza non permette di giungere a diversa conclusione. Infatti, il nesso causale naturale con l’infortunio in discussione dev’essere dimostrato (perlomeno) con il grado della verosimiglianza preponderante e non soltanto della semplice possibilità (cfr. supra, consid. 2.3.1). Parimenti dicasi per il rapporto medico del 7 settembre 2022 del neurologo _____ (doc. D), ove è stata posta la diagnosi di “ Molto probabili esiti di caduta accidentale in data 21.01.2019 ”, ma poi è stato attestato che “ clinicamente non si riscontrano segni radicolari irritativi o segni centrali. (...) sulla base delle mie osservazioni al momento non si può concludere ad una causa precisa dei disturbi accusati ” e per il rapporto del 31 ottobre 2022 (doc. F2) del dr. med. _____, ove è stato attestato un “ esame del plesso risulta completamente normale e negativo anche a livello di ileo-psoas. Quindi riassumendo abbiamo un trauma di distensione secondo me a livello del plesso, un esame neurologico completamente normale, un esame anche di MRI che non mostra discontinuità del plesso ma secondo me questa sensazione che la paziente ha potrebbe essere legata a delle sequele dello stiramento del plesso ”. I rapporti medici del 7 settembre 2022 del neurologo _____ (doc. D) e del 27 settembre e del 31 ottobre 2022 del dr. med. _____ (doc. F1 e F2) sono stati inoltre debitamente presi in considerazione ed analizzati dal medico fiduciario (dr. med. _____), in particolare nelle motivate e convincenti considerazioni espresse nel rapporto del 2 dicembre 2022 (doc. XVIII-1), di cui si è già ampiamente detto al consid. 2.6.2 (cfr., in particolare: “ (...) il 12 marzo 2021 è stata eseguita una RMI dell'intera colonna vertebrale, che include anche la suddetta regione (atto M33). Come noto, quest'esame non ha evidenziato reperti patologici. (...). Nella lettera del 31 ottobre 2022 (atto M46), il Dr. med. _____ scrive che anche la RMI del plesso e a livello dell'ileopsoas effettuata nel frattempo ha dato esito negativo, rivelando un quadro completamente normale. Di conseguenza, la mia valutazione del 29 giugno 2022 rimane invariata. Sotto il profilo somatico continuano a essere irreperibili elementi patologici che potrebbero spiegare le indicazioni soggettive dell'assicurata.” 2.7.4. A fronte di una situazione ritenuta sufficientemente chiarita ai fini del presente giudizio, il TCA rinuncia (valutazione anticipata delle prove: cfr. consid. 2.7.1) all'assunzione di ulteriori prove (in particolare, alla “ perizia medico giudiziaria tendente ad accertare la causa dell’attuale stato fisico dell’insorgente e il nesso causale naturale e adeguato fra l’evento incriminato e il danno ancora persistente ” di cui al doc. I, pag. 17 e doc. IX). Questa Corte non intravede neppure ragioni per sentire il neurologo _____, il medico di famiglia _____ e la neurologa _____ (doc. I, pag. 10). Infatti la copiosa documentazione agli atti (che include, in particolare, anche svariati rapporti medici, anche recenti, degli specialisti neurologi che hanno visitato personalmente l’assicurata, di cui si è già ampiamente detto) è completa ed esaustiva e non necessita di complementi (cfr. sentenza 9C_394/2016 del 21 novembre 2016, consid. 6.2; STCA 36.2017.31 dell'8 giugno 2017, consid. 2.12 in fine; STCA 35.2017.62 del 2 ottobre 2010, consid. 2.10 e STCA 32.2018.123 del 6 giugno 2019, consid. 2.8). L’incarto LAINF è stato versato con la risposta di causa (cfr. allegato a doc. III). 2.8. In assenza di un sufficiente sostrato organico oggettivabile, come è il caso nella presente fattispecie sulla scorta delle considerazioni che precedono (cfr. consid. 2.7.2), occorre quindi effettuare, conformemente alla giurisprudenza riportata al consid. 2.3.3 e 2.3.4, un esame specifico dell’adeguatezza, secondo i criteri applicabili in caso di evoluzione psichica abnorme conseguente a infortunio (DTF 115 V 133ss.). Dalle tavole

processuali si evince che, in data 21 gennaio 2019, la ricorrente, mentre stava “ rientrando all’interno dell’asilo ”, verso le 15.00, è “ scivolata sulla pavimentazione esterna ghiacciata battendo l’osso sacro ”, riportando un trauma contusivo lombosacrale (doc. A7, M12 e M17; cfr. consid. 1.1). Ai fini del presente giudizio giova qui preliminarmente ricordare che nella classificazione dell’infortunio deve essere tenuto conto unicamente della dinamica oggettiva dell’evento e non devono essere prese in considerazione le conseguenze dell’infortunio né le circostanze concomitanti (cfr. SVR 2008 UV N.8 p.26; cfr., tra le tante, la STCA 35.2020.53 del 1° marzo 2021, consid. 2.15 e STCA 35.2022.56 del 10 ottobre 2022, consid. 2.7; cfr. pure la STF 8C_473/2022 del 20 gennaio 2023, consid. 7.1 e DTF 148 V 301, consid. 4.3.1). Nel caso di specie, secondo il TCA - ritenuto che comuni cadute e scivolate vanno considerate infortuni leggeri (DTF 115 V 139 consid. 6a; cfr. pure RAMI 1992 n. U 154 pag. 246, riguardante una caduta durante una partita di calcio) - l’infortunio di cui è rimasta vittima l’assicurata deve essere classificati nella predetta categoria degli infortuni insignificanti o leggeri (cfr. STF 8C_406/2022 del 23 marzo 2023, riguardante il caso di un assicurato scivolato dalle scale di casa, riportando la rottura della cuffia dei rotatori della spalla sinistra; STF 8C_291/2012 dell’11 giugno 2012, riguardante il caso di un assicurato caduto dalle scale, riportando una contusione alla caviglia sinistra; vedi pure STFA U 347/01 del 9 gennaio 2003 consid. 5.2, riguardante un’assicurata scivolata su fondo ghiacciato che si era procurata delle contusioni all’anca destra; cfr. pure, tra le tante, la STCA 35.2021.48 del 4 ottobre 2021, consid. 2.12). Questa Corte concorda dunque con l’amministrazione che ha negato a priori l’adeguatezza (cfr. STF 8C_140/2021 del 3 agosto 2021 consid. 4.3.4; cfr. pure STCA 35.2021.48 del 4 ottobre 2021, consid. 2.12) del nesso di causalità relativa ai disturbi non oggettivabili di cui soffre l’assicurata, visto che è stata vittima - dal lato prettamente oggettivo - di un infortunio banale o di poca gravità. Ciò vale pure per eventuali disturbi psichici di cui dovesse eventualmente soffrire la ricorrente (cfr. la valutazione del 26 giugno 2022 del dr. med. _____, di cui al doc. M44: “ A seguito di intensi esami clinici e radiologici che non hanno evidenziato referti patologici o lesioni strutturali, si può concludere che i disturbi lamentati non sono spiegabili a livello somatico. Un accertamento psicosomatico finora non è stato effettuato. La dott. med. _____ (ospedale di _____, rapporto del 30 dicembre 2019 negli atti A1) presume una somatizzazione e «catastrophizing» ”; il rapporto medico del 27 settembre 2022 del dr. med. _____, di cui al doc. F2: “ Personalmente non ti nascondo che è troppo facile visto che la paziente è in trattamento da uno psicoterapeuta, affermare che sia soltanto psicologico ”), come asserito in più occasioni dal patrocinatore dell’assicurata (cfr. doc. I, pag. 7: “ questo stato di fatto fisico (...) si sta ripercuotendo sull’assicurata anche a livello psichico ”; cfr. scritto del 21 novembre 2022, di cui al doc. IX: “ le conseguenze psicofisiche che attanagliano ancora oggi la mia cliente, sono da porre in nesso (causale e adeguato) con l’infortunio occorso nel gennaio 2019 ”; cfr. scritto del 16 gennaio 2023, di cui al doc. XX: “ la situazione psicofisica di RI 1 è riconducibile unicamente all’evento traumatico occorso il 21 gennaio 2019 ”). Nell’apprrezzamento dell’adeguatezza del nesso di causalità in materia di turbe psichiche, vanno considerati unicamente i disturbi di natura somatica che si trovano in una relazione di causalità, naturale e adeguata, con il sinistro assicurato (cfr. RAMI 1999 U 341 p. 409 e RAMI 1993 U 166, p. 94 consid. 2c e riferimenti). Sempre in questo contesto, va precisato che i disturbi che si impongono come somatici, ma che non possono però essere spiegati a sufficienza dal profilo organico, non devono essere presi in considerazione (cfr. STF 8C_1044/2010 del 12 maggio 2011 consid. 4.4.4: “ Die als körperlich imponierenden organisch jedoch nicht hinreichend erklärbaren

Beschwerden sind bei einer Prüfung der Adäquanz nach BGE 115 V 133 nicht in die Beurteilung einzubeziehen (Urteil 8C_825/2008 vom 9. April 2009 E. 4.6.)” (cfr., tra le tante, la STCA 35.2020.102 del 3 maggio 2021, consid. 3.12). Alla luce di quanto appena esposto questo Tribunale deve quindi concludere che la sintomatologia non oggettivamente riferita dall'assicurata (in particolare, i dolori lombosacrali e su alcune zone della gamba destra - soprattutto tallone, caviglia e verso l'alluce ma anche anca laterale - e paravertebrali toracici a destra : cfr. doc. M29) al più tardi dopo il 14 settembre 2020, non costituiva più una conseguenza (adeguata) dell'evento infortunistico occorso il 21 gennaio 2019. Facendo difetto l'adeguatezza, non è necessario approfondire la questione relativa all'esistenza del nesso di causalità naturale tra l'infortunio e il danno alla salute (cfr. SVR 1995 UV 23, p. 67 consid. 3c; STF U 17/07 del 30 ottobre 2007 consid. 3, U 606/06 del 23 ottobre 2007 consid. 4 e U 299/05 del 28 maggio 2007 consid. 5.2). Va infine segnalato che l'Alta Corte ha precisato che l'assicuratore infortuni non è tenuto a dimostrare l'esistenza di una causa extra-infortunistica a cui imputare i disturbi accusati dall'interessato (cfr. STFA U 152/03 del 21 aprile 2005 e riferimenti ivi menzionati; cfr. STCA 35.2017.62 del 2 ottobre 2017, consid. 2.9; STCA 35.2018.130 dell'8 luglio 2019, consid. 2.12). Per questo aspetto (sintomatologia non oggettivamente, inclusi eventuali disturbi psichici) la decisione dell'CO 1 di porre fine al proprio obbligo a prestazioni dal 14 settembre 2020 in relazione all'infortunio del 21 gennaio 2019 deve dunque di essere confermata. 2.9. Da ultimo, per quanto concerne la contusione lombo-sacrale riconducibile all'infortunio del 21 gennaio 2019 (cfr. doc. A7, M12 e M17; consid. 1.1), questa Corte, in assenza di un danno infortunistico strutturale (cfr. consid. 2.6), condivide la valutazione del 26 giugno 2022 (doc. M44) del doc. _____, secondo il quale sostanzialmente l'evento infortunistico del 21 gennaio 2021 ha peggiorato soltanto temporaneamente lo stato lombosacrale dell'assicurata con status quo sine raggiunto a fine aprile 2019 (“Il termine da confermare è al più tardi il 14 settembre 2020. Dal punto di vista causale dell'infortunio lo status quo è stato infatti raggiunto già a fine aprile 2019.”). Il parere del medico consulente dell'assicuratore è, infatti, conforme alla dottrina medica dominante, secondo la quale, dopo traumi quali contusioni o distorsioni alla colonna vertebrale, lo stato anteriore del rachide può, di regola, considerarsi ristabilito trascorsi alcuni mesi a contare dall'evento traumatico (3-4 mesi in caso di trauma alla regione lombare, rispettivamente 6-9 mesi, al massimo un anno, in presenza di preesistenti alterazioni degenerative - cfr. STF U 250/06 del 17 luglio 2007, consid. 4.2), come se l'infortunio non fosse mai sopraggiunto (cfr. Bär/Kiener, Traumatismes vertébraux, in Informations médicales N. 67/décembre 1994, p. 45 ss., contributo in cui viene illustrata, con dovizia di riferimenti, la posizione della dottrina medica dominante in materia appunto di traumi vertebrali; si veda pure E. Morscher/G. Chapchal, Schäden des Stütz- und Bewegungsapparates nach Unfällen: Wirbelsäule, in Versicherungsmedizin, Hrsg. E. Baur, U. Nigst, Berna 1973; 3a ed. 1985). Questa tesi dottrinale è peraltro stata recepita dalla giurisprudenza federale e cantonale (cfr. SVR 2009 UV Nr. 1 p. 1; STF 8C_793/2018 del 7 maggio 2019 consid. 3.1.4; STF 8C_42/2017 del 16 febbraio 2017 consid. 4.3; STF 8C_217/2013 del 4 settembre 2013 consid. 3.4; STF 8C_562/2010 del 3 agosto 2011 consid. 5.1, STF 8C_314/2011 del 12 luglio 2011 consid. 7.2.3, STF 8C_416/2010 del 29 novembre 2010 consid. 3.3 e STF 8C_679/2010 del 10 novembre 2010 consid. 3.3; cfr., tra le tante, anche la STCA 35.2020.52 del 3 maggio 2021, consid. 2.8). Nella presente fattispecie, riconoscendo il proprio obbligo a prestazioni sino al 14 settembre 2020, dunque per quasi 20 mesi (e, quindi, ben oltre 3-4 mesi rispettivamente 6-9 mesi), l'CO 1 ha ossequiato la giurisprudenza citata in precedenza e, pertanto, anche per

questo aspetto, la sua decisione merita di essere confermata. 2.10. Sulla scorta delle considerazioni che precedono la decisione su opposizione contestata, mediante la quale l'CO 1 ha dichiarato estinto dal 14 settembre 2020 il diritto alle prestazioni dipendente dall'infortunio del 21 gennaio 2019, deve essere confermata. 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. 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. Nel caso concreto, trattandosi di prestazioni LAINF, in relazione alle quali il legislatore non ha previsto di prelevare le spese, non si riscuotono spese giudiziarie. 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).

2.12. Deve ancora essere verificato se la ricorrente può essere posta al beneficio dell'assistenza giudiziaria con il gratuito patrocinio dell'avv. RA 1 (cfr. doc. I, pag. 9). I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b e riferimenti). La ricorrente è divorziata e madre di 3 figli (nati nel 2008, 2009 e 2011), non lavora più dal maggio 2019, ha dichiarato di percepire complessivamente fr. 1'170 a titolo di contributi alimentari per i figli e di essere beneficiaria di assegni familiari integrativi (cfr. consid. 1.1, 1.2 e doc. E). Ella è, quindi, indigente. Ritenuto, inoltre, che anche le altre condizioni poste da legge e giurisprudenza appaiono adempiute, l'istanza tendente alla concessione dell'assistenza giudiziaria con il gratuito patrocinio va accolta, riservate eventuali modifiche della situazione economica dell'interessata.

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