

TI_GERICHTE 35.2023.17 vom 2. Oktober 2023

TI Tribunale d'appello, 2023-10-02, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2023.17

FR: TI_GERICHTE 35.2023.17 du 2 octobre 2023

IT: TI_GERICHTE 35.2023.17 del 2 ottobre 2023

Regeste

Trauma contusivo/distorsivo al ginocchio destro e trauma cranico non commotivo. Disturbi al ginocchio destro: NO causalità naturale. Complessa sintomatologia, disturbi neuropsicologici e disturbi psichiatrici: rinvio per perizia ex art. 44 LPGA

Erwägungen

E. 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. Questa giurisprudenza è stata in seguito costantemente confermata dall'Alta Corte (cfr. DTF 139 V 225 consid. 5.2 e 145 V 97 consid. 8.5 in fine; STF 8C_333/2022 e 8C_365/2022 del 23 marzo 2023 consid. 5.2). Per quel che riguarda le perizie allestite da specialisti esterni all'amministrazione, il TF ha pure loro riconosciuto pieno valore probante, fintantoché non vi sono degli indizi concreti che facciano dubitare della loro attendibilità (cfr. STF U 168/02 del 10 luglio 2003; DTF 125 V 353, consid. 3b/bb; STF 8C_862/2014 del 2 aprile 2015 consid. 3.2 e riferimenti ivi citati; STCA 35.2020.47 del 1° febbraio 2021, consid. 2.2.4 STCA 35.2021.57 del 20 settembre 2021, consid. 2.8, STCA 35.2021.75 del 31 gennaio 2022, consid. 2.4.6 e STCA 35.2022.87 del 30 gennaio 2023, consid. 2.5.5). 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). 2.10. Disturbi al ginocchio destro: causalità naturale e adeguata con l'infortunio del 17 dicembre 2018? Dalla decisione impugnata si evince che l'amministrazione ha ritenuto che l'intervento eseguito l'8 settembre 2020 con riparazione del legamento crociato del ginocchio destro e le relative cure, sarebbero da considerare come conseguenza dell'infortunio avvenuto nel 2010, non assicurato presso

l'CO 1, e che pertanto con effetto ex nunc et pro futuro a partire dal 1° dicembre 2022, non potrebbe riconoscere né ulteriori cure né gli interventi di ricostruzione del legamento crociato/laterale e di osteotomia valgizzante (cfr. doc. 395). Dal canto suo, il patrocinatore dell'insorgente ribadisce in questa sede che le problematiche in questione sarebbero invece riconducibili all'infortunio del 17 dicembre 2018, e ciò sulla scorta di quanto indicato dal dr. med. _____, in particolare nei rapporti del 9 giugno e del 4 novembre 2021 agli atti. 2.10.1. Per quanto qui di maggiore interesse, dalle tavole processuali emerge che l'insorgente, in data 17 dicembre 2018, ha riportato, tra l'altro, un trauma contusivo/distorsivo al ginocchio destro (doc. 1, 4, 5, 43, 74 e 142). L'Artro-RMN del 15 gennaio 2019 ha evidenziato quanto segue: " 1. Condropatia di II grado rotulea e sul profilo inferiore del condilo femorale mediale con focale area di sofferenza dell'osso sub-condrale a carico della rotula; 2. Normo-esiti di ricostruzione del legamento crociato anteriore; 3. In esiti chirurgici si dimostra tendinopatia del rotuleo; 4. Non lesioni meniscali. " (doc. 24). In data 21 gennaio 2019 il dr. med. _____, specialista FMH in fisioterapia, ha informato l'assicurato che " il referto dell'artro-risonanza magnetica al ginocchio destro eseguita il 15.01.2019 (...) non ha evidenziato lesioni di natura traumatica. " (doc. 23). In data 27 gennaio 2019 il dr. med. _____ ha attestato quanto segue: "(...) Per quanto riguarda il ginocchio destro, ritengo che dopo la conclusione del ciclo di fisiokinesiterapia a cui viene sottoposto, qualunque altro trattamento dovrà essere imputato a malattia e non sarà più a carico dell'assicurazioni infortuni CO 1. (...)" (doc. 27). Il 16 febbraio 2019 il dr. med. _____ ha attestato " esiti trauma ginocchio dx con rottura del legamento crociato posteriore. (...). ", ponendo l'indicazione per un intervento di ricostruzione del legamento crociato posteriore (doc. 30). Il 1° marzo 2019 il dr. med. _____ ha attestato quanto segue: " (...) in data 28.02.2019 ho contattato telefonicamente il Dr. med. _____, che aveva refertato la Artro-RM al ginocchio destro effettuata il 15.01.2019. Durante il colloquio telefonico il radiologo ha ribadito che il legamento crociato posteriore non è rotto, ma assottigliato e soprattutto ha notato la presenza del legamento di Wrisberg piuttosto spesso. " (doc. 34). Il 12 marzo 2019 il dr. med. _____ ha attestato che l'assicurato era stato operato da lui " dieci anni fa per ricostruzione del legamento crociato anteriore. In seguito il paziente ha svolto normale attività lavorativa come riferito. A seguito del nuovo infortunio il paziente lamenta instabilità nel ginocchio con impossibilità al lavoro. Alla visita odierna si rileva grave instabilità postero esterna da rottura del compartimento legamentoso. Necessita di intervento ricostruttivo. " (doc. 37). Esperiti gli accertamenti del caso (in particolare dopo avere acquisito agli atti la documentazione medica relativa all'operazione effettuata nel 2010: cfr. doc. 44 e 55), l'amministrazione ha interpellato il dr. med. _____, specialista FMH in ortopedia e traumatologia. Il medico fiduciario, nell'apprezzamento medico del 4 settembre 2019 (doc. 74), ha attestato quanto segue: " (...) Alla visita odierna l'assicurato presenta come unica patologia un giving-way al ginocchio destro in modo antero-posteriore. Tutte le immagini mostrano un crociato anteriore ben stabile e presente al ginocchio destro. Il legamento crociato posteriore è stato descritto nella norma dai radiologi nella RM del 15.01.2019, anche nella RM del 2011 è stato descritto un crociato posteriore nella norma. La valutazione clinica mostra un giving-way antero-posteriore con prolungato arresto verso LCP ripetitivamente evidenziabile. Altrimenti si nota una leggera degenerazione retro-rotulea e femoro-tibiale ma anche leggera meniscosi normale per l'età e dopo plastica LCA più di 18 anni fa. Questi problemi al ginocchio non hanno subito un peggioramento a causa della probabile distorsione o contusione diretta al ginocchio. L'assicurato non è mai stato in grado di spiegare

esattamente la dinamica dell'infortunio e anche la RM di febbraio non mostra segni infortunistici. Alla visita odierna mostra questo giving-way per il quale non abbiamo una buona spiegazione (...). Inoltre ho visionato le risonanze magnetiche del 15.01.2018 e l'esame dopo l'infortunio del 25.07.2011 (RM eseguita all'Ospedale _____). Nella recente RM all'interno della serie 701 - foto 18 fino a 23 si nota un LCP ancora ben visibile con una struttura simile a quella riscontrata nella RM del 25.07.2011 (serie 6 - foto 10 fino a 12). Si nota solo una leggera differenza/probabile sfilacciamento del LCP nella RM effettuata nel mese di gennaio 2019. Quindi, le RM mostrano un LCP presente in posizione assolutamente paragonabile con quella del 2011. L'esame clinico al contrario mostra un giving-way che a mio avviso può causare versamenti e la sensazione di instabilità lamentata dall'assicurato. In assenza di documenti precedenti all'infortunio CO 1 del 17.12.2018, dopo discussione del caso con l'amministrazione, siamo d'accordo in " dubio pro paziente " di assumere i costi per una legamento-plastica del legamento crociato posteriore del ginocchio destro." (n.d.r.: il corsivo è della redattrice). Dalle tavole processuali emerge che, nel prosieguo, il legamento crociale posteriore del ginocchio destro non è stato operato. L'8 settembre 2020 l'assicurato è infatti stato sottoposto a un intervento di riparazione del legamento collaterale laterale del ginocchio destro, eseguito dal dr. med. _____ (doc. 183), il quale, interpellato dall'amministrazione a tal proposito, ha precisato di non avere effettuato la ricostruzione del legamento crociato posteriore perché risultato presente (cfr. doc. 265). In seguito all'intervento dell'8 settembre 2020, lo stato del ginocchio destro è peggiorato (a livello sia di dolori che di limitazioni funzionali), motivo per il quale l'11 aprile 2021 il dr. med. _____ ha posto l'indicazione per un intervento di osteotomia tibiale valgizzante (doc. 247). Interpellato dall'amministrazione su richiesta del proprio medico fiduciario per alcune delucidazioni in merito all'intervento proposto, il 9 giugno 2021 il dr. med. _____ ha precisato quanto segue: " A seguito di infortunio il Sig. RI 1 era stato da me operato nel 2010 per ricostruzione del legamento crociato anteriore destro. Da allora, il paziente ha svolto un'attività lavorativa e una vita normale. Nel 2018 il paziente ha subito nuovo trauma distorsivo ginocchio destro che ha determinato una instabilità postero-laterale del ginocchio. Dopo vari accertamenti che si sono prolungati per circa due anni, il Sig. RI 1 in data 08/09/2020 ha potuto essere da me operato per ritenzione del compartimento postero esterno. Come già sottolineato in precedenza non ho effettuato la ricostruzione del legamento crociato posteriore perché esso era presente e anche nella valutazione dell'esame clinico si evinceva questo (tale esame si effettua in presenza di una lassità postero esterna mettendo il paziente con ginocchio flessa a 90° e in intra-rotazione della tibia. Effettuando il test in tale modalità scompare completamente il cassetto posteriore che invece sarebbe rimasto in presenza di rottura o lassità del crociato posteriore). Ho anche fatto presente al Sig. RI 1 che il ginocchio in questi anni si era varizzato per cui per la garanzia di un buon risultato era indispensabile effettuare un intervento di osteotomia tibiale valgizzante per correggere l'asse dell'arto inferiore. Ad un esame clinico effettuato recentemente ho evidenziato il cedimento della ritenzione legamentosa effettuata con il progressivo varizzarsi del ginocchio. Ribadisco pertanto l'indispensabile necessità di effettuare la correzione dell'asse dell'arto inferiore" (doc. 265). Il 4 novembre 2021 il dr. med. _____ ha ribadito l'indicazione per un intervento di osteotomia tibiale valgizzante (doc. 297), in particolare sottolineando quanto segue: " Dopo l'infortunio del 2018 si è atteso troppo tempo per effettuare l'intervento di ritenzione del compartimento postero esterno (effettuato il 08/09/2020). Ciò ha causato il progressivo varizzarsi del ginocchio destro. Tale situazione è causa del cedimento del legamento

ricostruito. Ora, prima di parlare di altri interventi sui legamenti è indispensabile effettuare in tempi brevi l'osteotomia valgizzante del ginocchio destro." Nel mese di febbraio 2022 l'CO 1 ha richiesto al centro _____ (_____) di _____ una valutazione di seconda opinione per valutare il procedere terapeutico (doc. 322) e il successivo 21 febbraio il dr. med. _____ dell' _____ ha incaricato il Prof Dr. med. _____ della _____ della Clinica _____ (doc. 345). Dopo avere visitato personalmente l'assicurato il 30 marzo 2022 (doc. 339) e avere ricevuto il referto del 19 maggio 2022 della TAC al ginocchio destro (doc. 352 e 365), il 9 agosto 2022 il PD dr. med. _____ ha attestato quanto segue: " (...) Sono lieto di riferire sulla valutazione della 3D-CT nell'area del condilo femorale tardivo e dei due interventi chirurgici. Il referto radiologico descriveva i risultati ossei molto impressionanti con una mancanza di guarigione ossea mediante una vite orizzontale fissata al legamento esterno. Questo mostra una chiara pseudartrosi tra il condilo femorale e il frammento osseo fissato dalla vite. Inoltre, una seconda vite di interferenza metallica viene ora inserita diagonalmente attraverso questo spazio di pseudoartrosi. Dall'aspetto laterale, la vite sporge di circa 1 cm al di sopra dell'osso. In sintesi, raccomando la rimozione della vite di interferenza metallica e della vite transfemorale grande. Credo che in questo caso sia necessaria una revisione approfondita e che entrambe le viti debbano essere rimosse e che sia necessario eseguire una nuova plastica Larson. In sintesi, si tratta di una vite meccanicamente compromessa e ampiamente sporgente all'inserzione del legamento esterno del condilo femorale, che ha ovviamente causato e continua a causare irritazione meccanica. Purtroppo questa vite non è stata rimossa durante la revisione. L'osteosintesi originale del frammento osseo del legamento esterno, che si è tentato di fissare con questa vite durante il primo intervento, non ha avuto successo. Una pseudartrosi è chiaramente rilevabile nella CT. Purtroppo, anche questa affermazione manca della necessaria chiarezza nel rapporto. Pertanto, i disturbi della paziente sono almeno in parte spiegati da questa frattura da avulsione non guarita del legamento esterno del condilo femorale, in combinazione con la discutibile compressione del nervo e il trauma. Raccomando un trattamento chirurgico appropriato con la rimozione della vite, se possibile il resurfacing osseo e la rifissazione, in alternativa la legamentoplastica esterna secondo Larson con un allotrapianto. Il restante Non ho ancora ricevuto informazioni sull'esame neurologico." (doc. 364). Il 6 settembre 2022 il dr. med. _____ ha attestato che lo status quo sine sarebbe stato raggiunto al momento della visita _____ del 4 aprile 2019 e che l'intervento di revisione proposto dal dr. med. PD dr. med. _____ era da ricondurre all'infortunio del 2010 (doc. 371). Il 16 settembre 2022 il medico fiduciario ha ribadito la propria posizione (doc. 375). Il 29 novembre 2022 il dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia generale e traumatologia, ha attestato quanto segue: " (...) nell'Artro Risonanza Magnetica al ginocchio destro del 15 gennaio 2019 (ad un mese dall'evento annunciato) venivano descritti un Legamento crociato anteriore (LCA), il LCP ed il LCM del tutto intatti. Inoltre, non vi era un versamento articolare e, anche con la valutazione compromessa degli artefatti causati dalle viti, neanche un edema midollare osseo. Una lesione del LCM quindi, con la verosimiglianza preponderante, non è stata causata dall'evento de-scritto. Per quanto riguarda il LCP la risonanza magnetica non mostra secondo il mio parere e con il massimo grado della verosimiglianza preponderante neanche delle lesioni strutturali riconducibili all'evento descritto. Dalle nozioni ricavate dall'apposita letteratura scientifica a confronto con le immagini della Risonanza magnetica del 15 gennaio 2019, possiamo dunque concludere che il LCP, con la probabilità preponderante, non è stato leso in modo acuto dall'evento

descritto. Il Dott. _____ confermava anche che nel suo intervento del 8 settembre 2020 un LCP intatto e stabile. Con il rinforzo del legamento collaterale mediale si è corretta un'instabilità anteromediale e non l'instabilità posterolaterale che è stata descritta a più riprese dai diversi specialisti. Confermo dunque le valutazioni del mio collega _____ esposte nei suoi apprezzamenti del 14 gennaio 2022 e del 16 settembre 2022. Inoltre, la lesione al legamento crociato posteriore, con la probabilità preponderante, non è riconducibile all'evento del 17 dicembre 2018. Le cure effettuate finora e quelle pianificate in futuro sono state causate da un evento precedente (no a carico della CO 1) e non attuale (...)” (doc. 385).

2.10.2. Chiamato ora a pronunciarsi, attentamente valutato l'insieme della documentazione medica agli atti (cfr., in particolare, doc. 23, 24, 27, 34, 44, 55, 352, 364 e 365), il TCA condivide la valutazione espressa dal dr. med. _____ il 29 novembre 2022 (doc. 385) - basata, tra l'altro, sulla valutazione espressa il 9 agosto 2022 dal Prof. Dr. med. _____ della _____ della Clinica _____ (doc. 364), alla luce di quanto refertato con la TAC del 19 maggio 2022 (doc. 352 e 365). In particolare, con l'apprezzamento del 29 novembre 2022 (che ha sostanzialmente confermato quelli del 6 e del 16 settembre 2022 del dr. med. _____) il dr. med. _____ ha spiegato nel dettaglio (e in modo convincente, sulla scorta di tutta la documentazione medica a sua disposizione) i motivi per cui si è distanziato dal parere del medico curante dell'insorgente (dr. med. _____, in particolare nei rapporti medici del 9 giugno e del 4 novembre 2021), ritenendo che la problematica relativa al ginocchio destro non sia da imputare, perlomeno con il grado della verosimiglianza preponderante, all'infortunio del 17 dicembre 2018, bensì esclusivamente a fattori degenerativi e/o connessi esclusivamente con l'infortunio del 2010. In particolare, egli ha messo in evidenza come l'Artro Risonanza Magnetica al ginocchio destro eseguita il 15 gennaio 2019 avesse mostrato un LCA, il LCP e il LCM del tutto intatti (oltre a nessun versamento articolare e neanche un edema midollare osseo) e che, pertanto, l'infortunio del 17 dicembre 2018 non aveva causato, con la verosimiglianza preponderante, nemmeno una lesione (tantomeno strutturale) del LCP (che, tra l'altro, si era presentato intatto e stabile al dr. med. _____ durante l'intervento dell'8 settembre 2020). Inoltre egli ha pure evidenziato che, con il rinforzo del legamento collaterale mediale, era stata corretta un'instabilità anteromediale e ha concluso che le cure effettuate sino ad allora e quelle pianificate in futuro erano state causate dall'infortunio del 2010, che non era a carico della CO 1. Questa Corte concorda pertanto con la conclusione a cui è giunto il dr. med. _____, in base al quale con l'intervento dell'8 settembre 2020 non sono state trattate delle conseguenze dell'infortunio del 17 dicembre 2018 ma esclusivamente delle alterazioni degenerative e/o connesse esclusivamente con l'infortunio del 2010 e che le cure effettuate sino ad allora (incluso l'intervento dell'8 settembre 2020) e quelle pianificate in futuro (in particolare, l'intervento di osteotomia tibiale valgizzante più volte proposto dal dr. med. _____) non siano da imputare, perlomeno con il grado della verosimiglianza preponderante (DTF 138 V 218 consid. 6 pag. 221 con riferimenti), all'infortunio del 17 dicembre 2018, bensì esclusivamente a fattori degenerativi e/o connessi esclusivamente con l'infortunio del 2010 (rispettivamente all'intervento dell'8 settembre 2020). Il TCA rileva pure che, contrariamente a quanto indicato dal patrocinatore dell'insorgente, i pareri dei medici fiduciari dell'CO 1, segnatamente del dr. med. _____ e del dr. med. _____, non sono contraddittori. Questa Corte non ignora - come del resto giustamente rilevato nel gravame dal rappresentante del ricorrente - che il 10 agosto 2021 il dr. med. _____ aveva osservato come l'unico postumo infortunistico sarebbe stata la probabile lesione

LPC. A questo proposito va tuttavia osservato che già allora il dr. med. _____ aveva sottolineato come esso fosse stata precedentemente riconosciuta, “ in dubbio pro paziente ”, nella valutazione del 2018 del medico fiduciario, dr. med. _____ (cfr. doc. 277). Inoltre lo stesso dr. med. _____ - che il 16 febbraio 2019 il dr. med. _____ aveva attestato “ esiti trauma ginocchio dx con rottura del legamento crociato posteriore. (...) ” (doc. 30) - interpellato dall’amministrazione su richiesta proprio del dr. med. _____ per alcune delucidazioni in merito all’intervento proposto, il 9 giugno 2021 ha puntualizzato di non avere effettuato la ricostruzione del legamento crociato posteriore perché esso era presente (doc. 265). Il 6 settembre 2022 rispettivamente il 16 settembre 2022 il dr. med. _____ - dopo avere attentamente valutato l’insieme della documentazione medica agli atti (e, quindi, anche il referto del 19 maggio 2022 della TAC al ginocchio destro, di cui ai doc. 352 e 365, e la valutazione medica operata il 9 agosto 2022 dal Prof. Dr. med. _____, di cui al doc. 364) - ha quindi ritenuto che lo status quo sine fosse stato raggiunto al momento della visita _____ del 4 aprile 2019 e che l’intervento di revisione proposto dal dr. med. _____ fosse da ricondurre all’infortunio del 2010 (doc. 371 e 375). Dal canto suo, nell’apprezzamento del 29 novembre 2022 il dr. med. _____ ha indicato esplicitamente di confermare le precedenti valutazioni del dr. med. _____, in particolare quella del 16 settembre 2022 (doc. 385). In simili circostanze, i certificati medici del 9 giugno e del 4 novembre 2021 del dr. med. _____ (peraltro antecedenti sia alla TAC del 19 maggio 2022 sia alla valutazione enunciata il 9 agosto 2022 dal Prof. Dr. med. _____, come pure agli apprezzamenti 6 e 16 settembre 2022 del dr. med. _____, rispettivamente 29 novembre 2022 del dr. med. _____), non consentono di giungere a una diversa conclusione. In questa sede non è inoltre stata versata agli atti ulteriore documentazione medica (tantomeno specialistica) - successiva a quella appena citata - suscettibile di scalfire il valore probatorio attribuito alla valutazione operata dai medici fiduciari dell’CO 1, in particolare a quella 29 novembre 2022 del dr. med. _____. A questo proposito occorre evidenziare 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). Per completezza d’esposizione, giova qui peraltro rilevare che la circostanza che con l’intervento dell’8 settembre 2020 non sono state trattate delle conseguenze dell’infortunio del 17 dicembre 2018 consente già di per sé di escludere l’applicazione dell’art. 6 cpv. 3 LAINF (cfr., in questo senso, la STF 8C_625/2017 del 5 aprile 2018 consid. 5.2: “Par ailleurs l'assureur accidents n'a pas à prendre en charge les effets secondaires (paresthésies, fourmillements, faiblesse musculaire des membres inférieurs et céphalées frontales) de l'infiltration réalisée par la doctoresse F. _____, dès lors que cette intervention avait pour but de traiter l'arthrose facettaire (rapport du docteur E. _____ du 11 avril 2016), de sorte qu'elle ne constituait pas un traitement médical de l'événement du 18 septembre 2015, au sens de l'art. 10 LAA (art. 6 al. 3 LAA). ” e la STF 8C_843/2014 del 18 marzo 2015 consid. 6: “Auch Dr. med. I. _____ kam in der Aktenstellungnahme vom 19. November 2013 zum

Schluss, mit der Operation vom 27. Januar 2009 seien keine Unfallfolgen, sondern einzig der Vorzustand behandelt worden. Diese Stellungnahmen sind überzeugend, weshalb darauf abgestellt werden kann (vgl. auch E. 5.3 f. hievore). Die Vorinstanz hat in diesem Lichte zutreffend erkannt, dass die Operation vom 27. Januar 2009 nicht unfallbedingt erfolgte. Deshalb besteht keine Leistungspflicht der AXA nach Art. 6 Abs. 3 UVG." - il corsivo è della redattrice; cfr. pure la STCA 35.2021.96 del 5 dicembre 2022, consid. 2.10).

Giova qui inoltre ricordare 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). Infine, è pure utile ricordare che, nella STF 9C_532/2020 del 13 ottobre 2021 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 medio curante propende generalmente, in caso di dubbio, a favore del paziente (DTF 125 V 351 consid. 3b/aa e 3b/cc)." Stante tutto quanto precede, per questo specifico aspetto, l'CO 1 ha giustamente sospeso il proprio obbligo a prestazioni con effetto ex nunc et pro futuro a partire dal 1° dicembre 2022.

2.11. Complessa sintomatologia (cefalea di tipo trafittivo temporale bilaterale, annebbiamento della vista, confusione, dimenticanze, giramenti di testa, ecc.), disturbi neuropsicologici (rallentamento psichico con deficit dell'attenzione e disturbo comportamentale) e disturbi psichiatrici: causalità naturale e adeguata con l'infortunio del 17 dicembre 2018? Dalla decisione impugnata si evince che l'amministrazione ha ritenuto le problematiche in questione non oggettivate (sulla base di quanto indicato dal proprio medico fiduciario, dr. med. _____) e, pertanto, ha negato - in applicazione della giurisprudenza relativa all'evoluzione psichica abnorme conseguente a infortunio - l'esistenza di un nesso causale adeguato (cfr. doc. 391 e 395). Dal canto suo, il patrocinatore dell'insorgente ribadisce in questa sede che le problematiche in questione sono spiegabili con un danno cerebrale oggettivato riconducibile all'infortunio del 17 dicembre 2018, sulla scorta di quanto attestato dal Prof. dr. med. _____ del _____, consultato privatamente dal suo assistito, nel rapporto medico del 1° giugno 2022 agli atti. 2.11.1. Dalle tavole processuali emerge che l'insorgente, in data 17 dicembre 2018, mentre stava scaricando un furgone, è scivolato, riportando, tra l'altro, un trauma cranico (doc. 1, 4, 5, 43, 74 e 142). Il giorno dell'infortunio l'assicurato è stato raggiunto a _____ dal figlio (doc. 43) che lo ha trasportato al Pronto Soccorso dell'Ospedale _____, dove è giunto alle ore 14:01 ("codice verde"), accettato e visitato alle ore 15:50 ("condizioni generali buone pv stabili

orientato lucido GCS 15 EON attuale nella norma dolore DGP regione prossimale tibia destra non evidenza attuale riferibile a lesioni associate”) e dimesso alle ore 18:48 (“codice verde”; “ dimissione a 6h dal trauma orientato lucido GCS 15 EON attuale indiff non segni di progressione clinica ”: cfr. doc. 5). Due giorni dopo, il 19 dicembre 2018, l’assicurato si è recato nuovamente al Pronto Soccorso dell’Ospedale _____, ove è giunto alle ore 6.28 (“codice verde”), accettato e visitato alle ore 6.51 (“ pz apprezzabilmente agitato ansioso ma orientato lucido non deficit neurologici evidenti ”) e dimesso alle ore 10.01 (“codice verde”; “ stabile non nausea e vomito e o neurologico: paz vigile orientato nel tempo e nello spazio GCS 15 capo normoconformato normoatteggiato non evidenti deficit neurologici non deficit dei nervi cranici non nausea e vomito pupille isocoriche iocicliche normoreagenti agli stimoli luminosi non disallienamento della rima pupillare non ecchimosi evidenti del volto e del capo non ferite ne fratture evidenti non sanguinamenti né epistassi non disbasia ”: cfr. doc. 4). Una TAC dell’encefalo del 19 dicembre 2018 ha evidenziato quanto segue: “ Non emorragie intracraniche, né lesioni patologiche focali recenti. Non fratture. Ventricoli in asse, normoconformati, simmetrici ” (doc. 2). Una TAC del rachide cervicale di medesima data ha messo in evidenza quanto segue: “ I metameri vertebrali sono correttamente allineati. Non si evidenziano fratture né lussazioni. Non ematomi intra o paravertebrali ” (doc. 2). Il 14 febbraio 2019 l’assicurato si è sottoposto ad una MRI della colonna cervicale che ha messo in evidenza quanto segue: “ Si apprezzano unicamente delle discopatie da C4 a D1, associate ad una minima artropatia faccettale ipertrofica in particolare a livello C4-C5 e contatto radicolare C5 bilaterale prevalente a destra, C6 bilaterale, lievemente prevalentemente a destra, C7 prevalentemente a destra e C8 prevalentemente a sinistra. Diametri canalari regolari. Non segni di mielopatia. ” (doc. 28). Il 14 febbraio 2019 l’assicurato si è sottoposto ad una MRI cerebrale e angio che ha messo in evidenza quanto segue: “ Presenza di multiple aree di iperintensità di segnale nelle sequenze FLAIR sparse in sede cortico-sottocorticale bilateralmente. Il reperto è riferibile in prima ipotesi ad area di gliosi aspecifica (meno probabile la natura infiammatoria vista la distribuzione delle stesse). Non alterazioni a carico dei vasi arteriosi e venosi. Non anomali accumuli contrastografici in sede sovra e sottotentoriale ” (doc. 29). Il 7 dicembre 2020 il PD. dr. med. _____, specialista FMH in neurologia, ha attestato quanto segue: “ (...) Auf neurologischem Fachgebiet liegt ohne unfallnahe Dokumentation einer Prellmarke am Kopf oder im Gesichtsbereich, ohne strukturelle Hirnverletzung und ohne unfallnahe Dokumentation eines Bewusstseinsverlust oder einer Ereignisamnesie, bei regelrechtem neurologischen Zustand mit einem GCS von 15 bei der Erstvorstellung in der Notambulanz bestenfalls ein einfaches Kopfanpralltrauma vor. Überdauernde oder gar sich verschlechternde kognitive Beschwerden oder Funktionsstörungen ebenso wie psychiatrische Beeinträchtigungen sind rein unfallbedingt daher ohne organische Grundlage nicht nachvollziehbar. (...) Der Versicherte hat keine überwiegend wahrscheinlich unfallkausalen strukturellen Hirnverletzungen erlitten. Mehr als drei Monate überdauernde kognitive oder psychische Beschwerdeangaben mit wechselnden und fraglichen neurokognitiven Defiziten sind rein unfallbedingt nicht mit dem Beweisgrad einer überwiegenden Wahrscheinlichkeit bei Fehlen einer organischen Grundlage nachvollziehbar. (...) Auf neurologischem Fachgebiet ist der unfallbedingte Zustand eines überwiegend wahrscheinlichen einfachen Kopfanpralltraumas respektive einer weniger wahrscheinlichen leichten traumatischen Hirnverletzung ohne strukturelle Hirnverletzungen spätestens nach 3 (6 Monaten bei der weniger Annahme einer leichten traumatischen Hirnverletzung) nach dem Unfallereignis vom 17.12.2018 ausgeheilt gewesen.” (doc. 217).

Il 31 maggio 2022 l'assicurato si è sottoposto ad una valutazione neurologica ambulatoriale presso il _____, ove il Prof. dr. med. _____, ha evidenziato quanto segue: " (...) Es besteht somit anamnestisch wie auch bei der Untersuchung (siehe Anhang) das typische klinische Bild einer zentralen organischen (und nicht psychischen) Hirnschädigung, wie sie unter anderem z.B. bei bithalamischen Läsionen gesehen wird, oder eben bei milder oder hier mittelgradiger traumatischer Hirnschädigung (mTBI). In typischer Weise war das initiale CT unauffällig und zeigte keine makroskopisch sichtbaren Hämorrhagien. Vor allem in ganz frühen MRIs könnten bei shear injuries manchmal Microbleeds nachgewiesen werden, aber auch nicht immer. Im hier später (nach 2 Monaten) durchgeführten MRI verbleiben noch die bilateralen, prädominant subkortikalen und teils länglichen T2- und FLAIR-Hyperintensitäten als Zeichen von shear injuries bei diffuser traumatischer axonaler Schädigung (TAI). Zudem finden sich im MRI die Zeichen von Eisen-Ablagerungen in den Basalganglien, mit bilateralen zystischen Läsionen mit gliotischem Randsaum und Eisensaum ohne Verkalkungszeichen (siehe auch Literatur, eine Beispiel-Literaturangabe im Anhang). Sogar wenn im MRI (wie bei mTBI häufig) nichts sichtbar wäre, müsste man angesichts der klaren fremdanamnestischen Angaben mit dem klaren zeitlichen Zusammenhang und der Familie auffallenden Veränderungen trotzdem von besagter mTBI ausgehen. Wenn man nun schon mal zusätzlich noch ein passendes Bild im MRI sieht, dann natürlich erst recht. Das Gesamtbild der Anamnese, der Untersuchungsbefunde und der MRI-Bildgebung inkl. der entsprechenden Literatur entspricht somit einer milden bzw. hier in den Auswirkungen doch eher mittelschweren traumatischen Hirnschädigung (mTBI) mit Apathie, Motivationsverlust (DDM), Verlangsamung, posttraumatischen Kopfschmerzen und schliesslich auch einer posttraumatischen Epilepsie, letztere immerhin unter Therapie seit 2021 anfallsfrei. Unter Anleitung und Aufforderung bestehen wenig bis keine kognitiven Defizite, so dass neuro-psychologische Untersuchungen weitgehend normal ausfallen können, wie auch bei diesem Patienten. Trotzdem ist eine Arbeitsfähigkeit aus Gründen der organischen Hirnschädigung nicht denkbar, denn es besteht eine extreme Verlangsamung und eine Abhängigkeit von extern zugeführter Motivation. Während der Arbeit kann aber nicht dauernd jemand neben dem Arbeiter stehen und ihm sagen, was der nächste durchzuführende Arbeitsschritt ist - und sobald diese Anweisung aufhört, bleibt der Patient aus hirnorganischen Gründen unfähig, Tätigkeiten anzureissen oder fortzuführen. Erholung von diesem "bithalamischen" Bild sind leider selten zu erwarten, und nach einem Verlauf von über 3 Jahren dürfte der Endzustand erreicht sein. Prognostisch ist daher leider mit einer traumatisch bedingten, dauerhaften Arbeitsunfähigkeit zu rechnen. Medikamente (Stand 31.5.2022) Depakine chrono 300 mg 1-0-0-2 Rivotril 0.5 mg 1-0-1-1 Sertralin 50 mg 2-0-0-0 (...) MRI Schädel (14.2.2019) (...) Immerhin entspricht das Gesamtbild einer diffuse traumatic axonal injury (TAI) subcortical, und gemäss Literatur sind posttraumatische Eisenablagerungen genauestens in besagter Lokalisation geradezu typisch insbesondere für mild/ moderate traumatic brain injury (mTBI). Siehe z.B. die Figuren in "AJNR American Journal of Neuroradiology 2011, Brain Iron Quantification in Mild Traumatic Brain Injury: a MRI correlation study - E. Raz et al." und passt auch perfekt zu der klinischen Symptomatik. (...)" (doc. 356). Interpellato in proposito dall'CO 1, il 12 settembre 2022 il PD dr. med. _____, ha attestato quanto segue: " (...) in den FLAIR-Sequenzen vorkommende einzelne Signalauffälligkeiten, ohne mit einer überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu erwartenden Einblutungen, als eher unspezifisch im Sinne unspezifischer Gliosen, die zumeist mikroangiopathisch degenerativer Genese sind

(insbesondere bei einer dokumentierten Vor-geschichte eines arteriellen Hypertonus wie vorliegend) beurteilt werden [1], wie dies auch in der radiologischen Befundung vom 15.02.2019 daher auch korrekt dokumentiert wurde. Prof. _____ liegt auch nachweislich fachlich falsch in seiner Behauptung, dass Hämosiderinreste von traumatischen Hirneinblutungen nur im Akutstadium erkennbar seien, nicht jedoch im «subakut chronischen Stadium» (Anmerkung: zudem vorliegend nur 8 Wochen nach Unfallereignis mit MRI vom 14.02.2019), ist dies doch gerade das Charakteristikum des langjährigen Blutungsnachweises nach struktureller Hirnverletzung [1]. Ebenso sind allfällige Eisenablagerungen in den Stammganglien keinesfalls typische posttraumatische Veränderungen, zumal es hier auch kein klinisches Korrelat wie ein parkinsonistisches Syndrom bei dem Versicherten gibt und dieser unklare und überwiegend vorbestehende Befund auch diesbezüglich auf einer Bildkonferenz gut dokumentiert interdisziplinär besprochen wurde als nicht unfallkausal (Bericht vom 04.03.2019, Seite 3). (...). An der versicherungsmedizinisch-neurologischen Beurteilung vom 07.12.2020 kann daher festgehalten werden, dass bei unfallnaher Dokumentation eines fehlenden Bewusstseinsverlustes oder einer Amnesie sowie ohne Prellmarke oder Hämatom am Kopf und im Gesichtsbereich und bilddiagnostisch ohne Galea-Anprallhämatom und ohne strukturelle Hirnverletzung bestenfalls ein sekundäres leichtes und einfaches Kopfanpralltrauma vorliegen würde nach primärem Knieanprall. Überdauernde oder gar sich verschlechternde kognitive Beschwerden oder neurologische Funktionsstörungen, ebenso wie psychiatrische Beeinträchtigungen sind aber rein unfallbedingt daher ohne organische Grundlage weiterhin nicht nachvollziehbar. (...).” (doc. 373). 2.11.2.

Attentamente vagliato l'insieme della documentazione a sua disposizione, questo Tribunale non può, senza che prima vengano svolti ulteriori approfondimenti peritali specialistici, concordare con le conclusioni dell'amministrazione che ha negato la propria responsabilità relativamente ai disturbi in questione, ritenuti frutto di un danno non oggettivabile, in assenza di un nesso di causalità adeguata, per le ragioni qui di seguito esposte.

Preliminarmente, va rilevato che, non essendo la decisione impugnata fondata su una perizia esterna (cfr. supra, consid. 2.10), trova applicazione la giurisprudenza di cui alla DTF 135 V 465, secondo la quale dei lievi dubbi circa l'affidabilità di un rapporto medico bastano per potersene discostare (cfr. supra, consid. 2.10. e la giurisprudenza ivi citata). Ora, agli apprezzamenti medici del 7 dicembre 2020 e del 12 settembre 2022 del PD dr. med. _____ (doc. 217 e doc. 373), sui quali si fonda la decisione su opposizione in esame, non può essere riconosciuto un valore probatorio sufficiente per concludere, con la necessaria tranquillità, che i disturbi di cui soffre l'insorgente correlino con un danno cerebrale non oggettivabile, piuttosto che con le sequele oggettivabili del trauma cranico subito nel dicembre 2018. Infatti, come è già stato messo in evidenza al considerando 2.12.1, su questo aspetto di natura squisitamente medica (ovvero l'esistenza di sequele oggettivabili del trauma cranico del 17 dicembre 2018), agli atti figurano certificazioni mediche (cfr., in particolare, il rapporto 31 maggio 2022 del dr. med. _____), il cui contenuto è atto a generare dei dubbi, perlomeno lievi, circa la correttezza della valutazione su cui l'amministrazione ha finalmente fondato la propria posizione. Stante quanto precede, la documentazione agli atti non consente di stabilire, perlomeno con il grado della verosimiglianza preponderante abitualmente applicato nel settore delle assicurazioni sociali (DTF 138 V 218 consid. 6 pag. 221 con riferimenti), se la sintomatologia neurologica e psichica presentata dall'assicurato ha origine in un danno alla salute organico oggettivabile a livello cerebrale e, nell'affermativa, se quest'ultimo costituisce una conseguenza naturale

del sinistro del 17 dicembre 2018. Se così dovesse essere, dovrebbe venire parimenti ammesso il carattere adeguato del medesimo (cfr. consid. 2.5. ; DTF 127 V 102 consid. 5b/bb pag. 103). Da questo profilo, quindi, la presente fattispecie necessita di un complemento d'istruttoria. In simili casi, la giurisprudenza federale prevede che la vertenza non possa essere decisa basandosi sull'uno o sull'altro dei pareri a disposizione ma che occorra ordinare una perizia ad opera di un medico indipendente secondo la procedura di cui all'art. 44 LPGa oppure una perizia giudiziaria (cfr. STF 8C_418/2022 del 1° marzo 2023 consid. 3.1.2 e riferimento ivi citato). 2.11.3. In una sentenza di principio 9C_243/2010 del 28 giugno 2011, pubblicata in DTF 137 V 210, il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche rivolte alla giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; art. 72bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione. In quella pronuncia, l'Alta Corte ha pure precisato in quali casi il Tribunale cantonale deve allestire direttamente una perizia giudiziaria e in quali altri può rinviare gli atti all'assicuratore per un complemento istruttorio. Il TF ha, al riguardo, sviluppato le seguenti considerazioni: " 4.4.1.1 Ist das Gutachten einer versicherungsinternen oder -externen Stelle nicht schlüssig und kann die offene Tatfrage nicht anhand anderer Beweismittel geklärt werden, so stellt sich das Problem, inwieweit die mit der Streitsache befasste Beschwerdeinstanz noch die Wahl haben soll zwischen einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung, damit diese eine neue oder ergänzende Expertise veranlasse, und der Einholung eines Gerichtsgutachtens. Das Bundesgericht hat dazu jüngst festgehalten, die den kantonalen Gerichten zufallende Kompetenz zur vollen Tatsachenprüfung (Art. 61 lit. c ATSG) sei nötigenfalls durch Einholung gerichtlicher Expertisen auszuschöpfen (BGE 136 V 376 E. 4.2.3 S. 381). Dies schliesst ein, dass die erstinstanzlichen Gerichte diese Befugnis nicht ohne Not durch Rückweisung an die Verwaltung delegieren dürfen. 4.4.1.2 Die Vorteile von Gerichtsgutachten (anstelle einer Rückweisung an die IV-Stelle) liegen in der Straffung des Gesamtverfahrens und in einer beschleunigten Rechtsgewährung. Die direkte Durchführung der Beweissmassnahme durch die Beschwerdeinstanz mindert das Risiko von - für die öffentliche Hand und die versicherte Person - unzumutbaren multiplen Begutachtungen. Zwar gilt die Sozialversicherungsverwaltung mit Blick auf die differenzierten Aufgaben und die dementsprechend unterschiedliche funktionelle und instrumentelle Ausstattung der Behörden in der Instanzenabfolge im Vergleich mit der Justiz als regelmässig besser geeignet, Entscheidungsgrundlagen zu vervollständigen (BGE 131 V 407 E. 2.1.1 S. 411). In der hier massgebenden Verfahrenssituation schlägt diese Rechtfertigung für eine Rückweisung indessen nicht durch. 4.4.1.3 Die Einschränkung der Befugnis der Sozialversicherungsgerichte, eine Streitsache zur neuen Begutachtung an die Verwaltung zurückzuweisen, verhält sich komplementär zu den (gemäss geänderter Rechtsprechung) bestehenden partizipativen Rechten der versicherten Person im Zusammenhang mit der Anordnung eines Administrativgutachtens (Art. 44 ATSG; vgl. oben E. 3.4). Letztere tragen zur prospektiven Chancengleichheit bei, derweil das Gebot, im Falle einer Beanstandung des Administrativgutachtens eine Gerichtsexpertise einzuholen, die Waffengleichheit im Prozess gewährleistet, wo dies nach der konkreten Beweislage angezeigt ist. Insoweit ist die ständige Rechtsprechung, wonach das (kantonale) Gericht prinzipiell die freie Wahl hat, bei festgestellter Abklärungsbedürftigkeit die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen oder aber selber zur Herstellung der Spruchreife zu schreiten (vgl. statt vieler ARV 1997 Nr. 18 S. 85 E. 5d mit Hinweisen, C 85/95; Urteil vom 11. April 2000 E. 3b, H 355/99), zu ändern. 4.4.1.4 Freilich ist es weder unter praktischen

noch rechtlichen Gesichtspunkten - und nicht einmal aus Sicht des Anliegens, die Einwirkungsmöglichkeiten auf die Erhebung des medizinischen Sachverhalts fair zu verteilen - angebracht, in jedem Beschwerdefall auf der Grundlage eines Gerichtsgutachtens zu urteilen. Insbesondere ist der Umstand, dass die MEDAS von der Invalidenversicherung finanziert werden, kein genügendes Motiv dafür. Doch drängt sich auf, dass die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten einholt, wenn sie einen (im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen) medizinischen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist (vgl. die Kritik an der bisherigen Rückweisungspraxis bei Niederberger, a.a.O., S. 144 ff.). Die betreffende Beweiserhebung erfolgt alsdann vor der - anschliessend reformatorisch entscheidenden - Beschwerdeinstanz selber statt über eine Rückweisung an die Verwaltung. Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (siehe beispielsweise das Urteil 9C_646/2010 vom 23. Februar 2011 E. 4; vgl. auch SVR 2010 IV Nr. 49 S. 151 E. 3.5, 9C_85/2009).” (DTF 137 V 263-265) In una sentenza 8C_59/2011 del 10 agosto 2011 consid. 5.2 – dunque successiva a quella pubblicata in DTF 137 V 210 -, emanata in materia di assicurazione contro gli infortuni, il Tribunale federale ha ribadito i principi sviluppati nella DTF 135 V 465, in particolare che, in presenza di dubbi circa l’affidabilità di rapporti allestiti da medici di fiducia, il giudice (cantonale) è libero di scegliere se ordinare direttamente una perizia giudiziaria oppure rinviare gli atti all’amministrazione affinché disponga essa stessa una perizia seguendo la procedura di cui all’art. 44 LPG: " Um solche Zweifel auszuräumen, wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 135 V 465 E. 4.6 S. 471).” In una sentenza 8C_412/2019 del 9 luglio 2020 consid. 5.4, la Corte federale ha rinviato la causa all’assicuratore LAINF (e non al tribunale cantonale che aveva respinto il ricorso della persona assicurata) affinché disponesse l’esecuzione di una perizia ai sensi dell’art. 44 LPG, precisando che laddove esistano dubbi circa l’attendibilità e la pertinenza della valutazione del medico fiduciario, spetta in primo luogo all’assicuratore contro gli infortuni procedere a ulteriori atti istruttori per determinare d’ufficio i fatti determinanti e, se del caso, assumere le prove necessarie prima di emanare la decisione (art. 43 LPG): " Lorsqu’il existe des doutes sur la fiabilité et la pertinence de l’appréciation du médecin-conseil, il appartient en premier lieu à l’assureur-accidents de procéder à des instructions complémentaires pour établir d’office l’ensemble des faits déterminants et, le cas échéant, d’administrer les preuves nécessaires avant de rendre sa décision (art. 43 al. 1 LPG; ATF 132 V 368 consid. 5 p. 374; arrêt 8C_401/209 du 9 juin 2020 consid. 5.3.3. et ses références).” (si veda pure la STF 8C_697/2019, 8C_698/2019 del 9 novembre 2020 consid. 4.1). Infine, con la pronunzia 8C_445/2021 del 14 gennaio 2022 consid. 4.4, pubblicata in SVR 10/2022 UV n. 34 p. 137 ss., l’Alta Corte ha stabilito che, laddove un tribunale cantonale determini il diritto alle prestazioni facendo capo a un rapporto del medico curante prodotto nel quadro della procedura di opposizione, sebbene ci si trovi in presenza di un caso di applicazione della DTF 135 V 465 che richiede l’intervento di un perito esterno, la causa deve essere rinviata all’amministrazione, e non ai giudici di prime

cure, affinché proceda a un complemento istruttorio. È in effetti in primo luogo compito dell'amministrazione disporre degli atti istruttori complementari volti ad accertare d'ufficio tutti i fatti pertinenti e, se del caso, raccogliere le prove necessarie prima di rendere la propria decisione (questo principio è stato confermato ancora con le sentenze 8C_274/2021 del 31 marzo 2023 consid. 9.3.3; 8C_523/2022 del 23 febbraio 2023 consid. 5.4 e riferimenti; 8C_731/2021 succitata consid. 4.6; cfr. pure la STCA 35.2023.12 del 24 aprile 2023, consid. 2.9). Nella presente fattispecie, il TCA ritiene che siano soddisfatti i presupposti per un rinvio degli atti all'istituto convenuto (cfr. STF 8C_59/2011 del 10 agosto 2011 e DTF 135 V 465), già per il fatto che esso ha fondato la decisione impugnata sul solo parere del proprio medico fiduciario. Per le ragioni già esposte al considerando 2.12.2., si giustifica pertanto l'annullamento della decisione su opposizione impugnata e il rinvio degli atti all'assicuratore resistente affinché disponga un approfondimento peritale esterno (art. 44 LPGGA) volto a chiarire, tenendo conto di tutti i fattori medicalmente determinanti, se i disturbi neurologici/psichici di cui soffre l'assicurato correlano con un danno cerebrale oggettivabile e, nell'affermativa, se quest'ultimo costituisce una conseguenza naturale dell'infortunio del 17 dicembre 2018. Sulla base delle relative risultanze peritali, l'assicuratore LAINF sarà poi chiamato a definire nuovamente il diritto alle prestazioni dell'assicurato, dal profilo materiale e temporale, a contare dal 1° dicembre 2022. 2.12. Da ultimo, il TCA rinuncia all'assunzione di ulteriori mezzi di prova. In particolare, questa Corte rinuncia - alla luce di quanto esposto in precedenza (cfr. supra, consid. 2.11.) - all'esperimento di una perizia giudiziaria in ambito neurologico "sulle cause delle lesioni cerebrali", richiesta con l'impugnativa dal patrocinatore dell'insorgente (cfr. doc. I, pag. 10 e 11). Questo Tribunale rinuncia parimenti all'esperimento di una perizia giudiziaria in ambito ortopedico "sulle cause della lesione al LCP" richiesta con il ricorso dal rappresentante del ricorrente (cfr. doc. I, pag. 10 e 11), ritenendo la situazione già sufficientemente chiarita (cfr. supra, consid. 2.10.). Va qui ribadito che, 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, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° ed., pag. 274, si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41; 122 III 223 consid. 3; 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). 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, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). 2.13. Visto l'esito del ricorso, l'CO 1 verserà all'insorgente, patrocinato da un avvocato, fr. 2'500 (IVA inclusa) a titolo d'indennità per ripetibili. 2.14. L'art. 61 lett. a LPGGA, 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 LPGGA. L'art. 61 lett. a LPGGA 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 LPGGA 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. Trattandosi di una

controversia relativa a 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 p. 107).

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