

## **TI\_GERICHTE 35.2023.49 vom 25. September 2023**

TI Tribunale d'appello, 2023-09-25, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_35.2023.49](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2023.49)

FR: TI\_GERICHTE 35.2023.49 du 25 septembre 2023

IT: TI\_GERICHTE 35.2023.49 del 25 settembre 2023

### **Erwägungen**

#### **E. 49**

cpv. 2 della Legge sull'organizzazione giudiziaria (cfr. STF 9C\_699/2014 del 31 agosto 2015, in particolare consid. 5.2, 5.3 e 6.1; STF 8C\_452/2011 del 12 marzo 2012; STF 8C\_855/2010 dell'11 luglio 2011; STF 9C\_211/2010 del 18 febbraio 2011, consid. 2.1; STF 9C\_792/2007 del 7 novembre 2008; STF H 180/06 e H 183/06 del 21 dicembre 2007; STF I 707/00 del 21 luglio 2003; STF H 335/00 del 18 febbraio 2002; STF H 212/00 del 4 febbraio 2002; STF H 220/00 del 29 gennaio 2002; STF U 347/98 del 10 ottobre 2001, pubblicata in RDAT I-2002 pag. 190 seg.; STF H 304/99 del 22 dicembre 2000; STF I 623/98 del 26 ottobre 1999. Vedi pure: STF 9C\_807/2014 del 9 settembre 2015; STF 9C\_585/2014 dell'8 settembre 2015). nel merito 2.2. Nel caso concreto, oggetto del contendere è sapere se l'istituto convenuto era legittimato a porre fine dal 1° marzo 2023 alle proprie prestazioni dipendenti dall'infortunio occorso all'assicurata il 30 aprile 2022, oppure no. 2.3. Presupposto essenziale per l'erogazione di prestazioni da parte dell'assicurazione contro gli infortuni è l'esistenza di un nesso di causalità naturale fra l'evento e le sue conseguenze (danno alla salute, invalidità, morte). Questo presupposto è da considerarsi adempiuto qualora si possa ammettere che, senza l'evento infortunistico, il danno alla salute non si sarebbe potuto verificare o non si sarebbe verificato nello stesso modo. Non occorre, invece, che l'infortunio sia stato la sola o immediata causa del danno alla salute; è sufficiente che l'evento, se del caso unitamente ad altri fattori, abbia comunque provocato un danno all'integrità corporale o psichica dell'assicurato, vale a dire che l'evento appaia come una condizione sine qua non del danno. È questione di fatto lo stabilire se tra evento infortunistico e danno alla salute esista un nesso di causalità naturale; su detta questione amministrazione e giudice si determinano secondo il principio della probabilità preponderante - insufficiente essendo l'esistenza di pura possibilità - applicabile generalmente nell'ambito dell'apprezzamento delle prove in materia di assicurazioni sociali (cfr. RDAT II-2001 N. 91 p. 378; SVR 2001 KV Nr. 50 p. 145; DTF 126 V 360 consid. 5b; DTF 125 V 195; STF del 4 luglio 2003 nella causa M., U 133/02; STF del 29 gennaio 2001 nella causa P., U 162/02; DTF 121 V 6; STF del 28 novembre 2000 nella causa P. S., H 407/99; STF del 22 agosto 2000 nella causa K. B., C 116/00; STF del 23 dicembre 1999 in re A. F., C 341/98, consid. 3, p., 6; STF 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 attendono, di regola, alle attestazioni mediche, quando non ricorrano elementi idonei a giustificare la disattenzione (cfr. DTF 119 V 31; DTF 118 V 110; DTF 118 V 53; DTF 115 V 134; DTF 114 V 156; DTF 114 V 164; DTF 113 V 46). Ne discende che ove l'esistenza

di un nesso causalità tra infortunio e danno sia possibile ma non possa essere reputata probabile, il diritto a prestazioni derivato dall'infortunio assicurato dev'essere negato (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 (RAMI 2000 U 363, p. 46 consid. 2 e riferimenti ivi citati).

2.4. Il diritto alle prestazioni assicurative presuppone pure l'esistenza di un nesso di causalità adeguata tra l'evento dannoso e il danno alla salute. In caso di danno alla salute fisica, il nesso di causalità adeguata è generalmente ammesso, dal momento in cui è accertata la causalità naturale (cfr. DTF 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103).

2.5. 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. 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 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).

2.6. Dalla decisione su opposizione impugnata si evince che l'assicuratore ha dichiarato estinto dal 1° marzo 2023 il proprio obbligo a prestazioni dipendente dall'evento traumatico assicurato, facendo capo al parere dei propri medici fiduciari. Da parte sua, l'insorgente sostiene, fondandosi in particolare sui rapporti dei propri medici curanti unitamente ai referti radiologici eseguiti, che le problematiche all'anca sinistra tuttora esistenti sarebbero conseguenti all'evento assicurato.

2.7. Dalle carte processuali si evince che, con valutazione dell'11 gennaio 2023, il medico fiduciario dell'amministrazione, dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in chirurgia generale e traumatologia, tenuto conto dell'assenza, negli esami strumentali eseguiti, di lesioni strutturali oggettivabili, ha ritenuto che una contusione senza interessamento osseo e senza segni clinici d'instabilità si risolve entro 6-12 settimane (circa entro fine luglio 2022). Dopo tale periodo la sintomatologia non può più essere ricondotta all'infortunio. Il dr. \_\_\_\_\_ ha indicato che "per completare il quadro diagnostico sarebbe utile eseguire degli accertamenti dell'anca e del rachide lombare tramite una risonanza magnetica, anche se sarà molto improbabile che si potranno trovare delle lesioni strutturali di tipo infortunistico". Egli ha, infine, proposto di richiedere un parere neurologico per una sospetta meralgia parestesica (cfr. doc. 59). Con apprezzamento del 30 gennaio 2023 il dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in neurologia, altro consulente dell'assicuratore, ha rilevato che, dal proprio punto di vista specialistico, non è stata posta alcuna diagnosi in un'assicurata che ha riportato solo una contusione dell'anca e della coscia, senza lesioni strutturali e che malgrado il trascorrere del tempo continua a lamentare dolori in peggioramento, soprattutto a livello della schiena (doc. 61). Nel frattempo, il 23 febbraio 2023, la dr.ssa \_\_\_\_\_, spec. in medicina fisica e riabilitazione, ha ipotizzato che un risentimento muscolare a tipo contrattura paravertebrale lombare possa accompagnarsi alla tendinite dei muscoli petrocanterici (cfr. doc. 73). Interpellato in merito, il dr. \_\_\_\_\_, in data 17 marzo 2023, ha ritenuto che quanto ipotizzato dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ sulla base della dinamica dell'evento non può confermare la presenza di lesioni infortunistiche, ma rispecchia prevalentemente uno stato morboso. Egli ha ribadito che gli esami strumentali non hanno evidenziato alcuna lesione strutturale (doc. 76). In sede

di opposizione, l'insorgente ha contestato la valutazione del dr. \_\_\_\_\_, producendo due esami ecografici, a dimostrazione dell'esistenza di una lesione muscolare correlata con la dinamica dell'infortunio e in grado di spiegare la sintomatologia dolorosa, (cfr. doc. C e D). Chiamato ad esprimersi a tale riguardo, con apprezzamento del 19 maggio 2023, il dr. \_\_\_\_\_ ha negato che gli esami prodotti dall'assicurata possano apportare nuovi indizi atti a revocare la sua precedente presa di posizione, per i motivi seguenti: "(...) Giunge in seguito della documentazione medica prodotta a sostegno dell'opposizione sulla decisione del CO 1. Troviamo dunque il referto dell'ecografia muscolo-tendinea dell'anca sinistra del 20 aprile 2023 da parte del dott. \_\_\_\_\_, Medico Chirurgo, Ecografista SIUMB, Master in Ecografia Senologica. Egli descriveva dunque un ispessimento del tensore della fascia lata e una fissurazione longitudinale dello stesso di circa 30 mm di lunghezza, così come anche un edema della borsa trocanterica. Il 24 aprile 2023 veniva eseguita un'ulteriore ecografia muscolo-tendinea da parte del dott. \_\_\_\_\_, medico radiologo, che descriveva: "A livello del terzo prossimale del vasto laterale in sede profonda una disomogeneità strutturale con perdita della rappresentazione miofibrillare per un tratto di 3 cm craniocaudale e di spessore intorno a 2 cm come in esiti di lacerazione da lesione di II grado; attualmente tessuto appare ipoecogeno. Non attuali versamenti sopra o sottofasciali. Debolmente ipoecogena parte dell'entesio inserzione dei m. glutei al gran trocantere senza versamenti sopra o sottofasciali. Non versamenti sottofasciali lungo la fascia lata." Mettendo a confronto le dichiarazioni espresse nei due esami eseguiti da due diversi esaminatori a pochi giorni di distanza l'uno dall'altro, possiamo rilevare un'eterogeneità dei contenuti. Mentre il primo medico avrebbe riscontrato una fissurazione della fascia lata, il secondo descriveva una perdita della sostanza muscolare del vasto laterale, che a sua volta interpretava come esito di lacerazione. Siamo dunque di fronte a due rapporti che descrivono delle alterazioni in due zone anatomiche diverse. Vi è dunque un'eterogeneità nella descrizione dei due esami, che non sono in grado di valutare in modo sicuro la regione in discussione. Questi esami non apportano dunque nuovi indizi da revocare la nostra presa di posizione precedente. L'esame ecografico muscolo-tendineo è un esame dinamico che dipende molto dall'interpretazione soggettiva dell'esaminatore. Per una valutazione oggettiva sarebbe stato meglio eseguire una risonanza magnetica della parte interessata. Così si sarebbero ottenute anche delle informazioni più precise sulla localizzazione del presunto danno strutturale e anche sulla sua vascolarizzazione. La dott.essa \_\_\_\_\_, Medicina generale FMH, dichiarava nel suo scritto del 20 aprile 2023: "La lesione muscolare correla con la dinamica dell'infortunio (caduta con impatto sul trocantere sinistro e versante esterno della coscia) e spiega la sintomatologia dolorosa e il deficit funzionale". Ad un anno di distanza da una caduta accidentale sul lato sinistro (impatto diretto al suolo), l'assicurata risente ancora dei dolori ed un deficit funzionale della gamba sinistra. Nel caso di una grave lesione muscolare (lacerazione) si forma un ematoma che con il tempo viene riassorbito. Se la vascolarizzazione del tessuto è compromessa, si può anche formare una cicatrice interna (fibrosi muscolare) o un tessuto adiposo al posto del muscolo lesionato. Dalle descrizioni delle due ecografie non possiamo rilevare la presenza né di un tessuto adiposo, né di una fibrosi muscolare. Ci viene chiesto di prendere posizione sulle seguenti domande: 1. Concorda con la lettura delle immagini delle ecografie? Se no, per quali motivi? Lei immagini ecografiche sono di qualità molto scarsa. Ho però rinunciato a fare procurare le immagini originali perché non erano necessarie per la mia valutazione. Come avevo già spiegato precedentemente, i reperti dei due esami si basano sulle descrizioni soggettive dei due esaminatori. Queste non possono fornire delle informazioni utili che

potrebbero aiutare a risolvere il quesito in questione. 2. I reperti riscontrati possono essere ricondotti secondo il criterio della probabilità preponderante almeno all'infortunio? Se no, per quali motivi? I reperti riscontrati non possono essere ricondotti secondo il criterio della probabilità preponderante almeno all'infortunio. Motivo già spiegato alla risposta 1 3. I reperti spiegano la sintomatologia algica riferita dall'assicurata? No, vedi apprezzamento.” (Doc. F) 2.8. In sede ricorsuale, l'insorgente ha ribadito di avere subito delle lesioni oggettivabili, così come emerso dai referti radiologici già prodotti in sede di opposizione e come, del resto, attestato nei seguenti ulteriori atti medici: - “Relazione aggiuntiva ecografia muscolotendinea anca sinistra del 20 aprile 2023” del dr. \_\_\_\_\_, medico chirurgo ecografista SIUM, datata 1° giugno 2023, del seguente tenore: “anamnesi: trauma zona trocanterica anca sx Referto: l'esame del 20/04/2023 condotto con apparecchio esaote e con sonda lineare per tessuti superficiali, nelle scansioni longitudinali e trasversali della zona imputata ha evidenziato esiti di trauma distrattivo muscolo tensore fascia lata nella sua componente muscolare tale localizzazione della lesione potrebbe essere confusa con il muscolo vasto laterale (come da ecografia del 24/04/2023 effettuata in altra sede) sicuramente da attribuire alla prossimità del rapporto anatomico fra le 2 componenti muscolari. Si ritiene opportuno precisare che l'una o l'altra componente muscolare non modificano il quadro clinico della paziente e che quindi inequivocabilmente può essere attribuito allo stesso tipo di lesione.” (Doc. G); - certificato del 5 giugno 2023 della dr.ssa \_\_\_\_\_, FMH medicina interna generale, del seguente tenore: “con la presente certifico di avere esaminato il rapporto medico del dr. \_\_\_\_\_ del 1.06.2023: come ben descritto dallo stesso radiologo operatore anche della precedente ecografia muscolare del 24.04.2023, l'esito del trauma muscolare è obiettivamente visibile e attribuibile al muscolo tensore fascia lata. Al di là della precisa localizzazione anatomica (m. tensore fascia lata vs m. vasto laterale) ribadisco che a livello clinico la signora RI 1 ha sempre riportato dolore chiaramente localizzabile alla coscia sinistra, che non era presente prima della caduta e che tuttora si accentua con la deambulazione o con ogni posizione che determini una compressione locale.” (Doc. H); - referto del 6 giugno 2023 redatto dalla dr.ssa \_\_\_\_\_, FMH in medicina interna generale: “concerne: studio dei referti radiologici di RI 1, \_\_\_\_\_.1977 Su richiesta della signora RI 1 ho visionato i referti radiologici delle ecografie muscolo-tendinee eseguite all'anca sinistra in data 20.04.2023 e 24.04.2023. Ho inoltre preso atto della relazione aggiuntiva del 1.06.2023. Alla luce dell'anamnesi riportata dalla signora RI 1 (importante trauma contusivo all'anca sinistra con interessamento della parte laterale della coscia sinistra un anno fa), le lesioni ecografiche riportate nei referti sono coerenti con la storia del trauma muscolare e della sintomatologia dolorosa persistente a livello dell'area anatomica adiacente al Trochanter major sinistro. Come sottolineato nella relazione aggiuntiva del 1.06.2023 al referto dell'esame ecografico del 20.04.2023, nella zona interessata si ritrovano differenti strutture muscolari e tendinee in prossimità anatomica, che possono essere interessate dagli esiti del trauma (M. tensor fasciae latae, M. vastus lateralis, inserzione del M. gluteus medius, Bursa trochanterica). Nella sostanza, però, il quadro clinico della paziente non è modificato.” (Doc. I) Al riguardo, con apprezzamento medico del 23 giugno 2023, il dr. \_\_\_\_\_, dopo avere riassunto il tenore della documentazione medica prodotta con il ricorso, ha indicato: " (...) Il patrocinatore legale dell'assicurata nonché i medici curanti insistono sulle immagini ecografiche che secondo il loro parere dimostrerebbero inequivocabilmente delle lesioni traumatiche. Secondo il mio parere però continuo ad esprimere dei dubbi sull'affidabilità degli esami eseguiti, perché non possono descrivere in modo chiaro l'entità e la

localizzazione delle lesioni. Per una valutazione corretta sarà dunque indispensabile eseguire una risonanza magnetica dell'anca sinistra per ottenere una volta per tutte un referto oggettivabile che potrà essere importante per una valutazione concreta. In seguito bisognerà visitare l'assicurata in agenzia per una valutazione clinica personale. Prego l'amministrazione di considerare queste possibilità." (Doc. III/1) 2.9. Chiamato a pronunciarsi, attentamente vagliato l'insieme della documentazione a sua disposizione, questo Tribunale non ritiene di poter confermare la decisione impugnata, nella misura in cui l'CO 1 ha posto fine alle proprie prestazioni dal 1° marzo 2023, ritenendo che a quel momento l'insorgente abbia raggiunto lo status quo sine a margine dell'infortunio del 30 aprile 2022. Preliminarmente, va rilevato che, non essendo la decisione impugnata fondata su una perizia esterna (cfr. supra, consid. 2.6.), può trovare 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. 2.5. e la giurisprudenza ivi citata). Alle valutazioni dell'11 gennaio 2023 e del 17 marzo 2023 del dr. med. \_\_\_\_\_, 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 l'evento traumatico non abbia comportato delle lesioni traumatiche oggettivabili. Le conclusioni del dr. \_\_\_\_\_, basate sulla circostanza che gli esami strumentali eseguiti non avrebbero evidenziato alcuna lesione strutturale (cfr. doc. 76), si scontrano - come è già stato messo in evidenza al considerando 2.7 e 2.8. - con quanto contenuto nei referti prodotti dall'assicurata, i quali attestano, per contro, l'esistenza di lesioni oggettivabili. Sia il medico radiologo, che gli internisti consultati dall'assicurata, difatti, sono concordi nel concludere che l'esito del trauma muscolare è obiettivamente visibile e attribuibile al muscolo tensore fascia lata o, eventualmente, ad altre strutture muscolari e tendinee in prossimità anatomica (M. tensor fasciae latae, M. vastus lateralis, inserzione del M. gluteus medius, Bursa trochanterica). Ora, su questo aspetto di natura squisitamente medica, i rapporti medici elaborati dal dr. \_\_\_\_\_, dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ e dalla dr.ssa \_\_\_\_\_, sui quali l'assicurata basa le proprie obiezioni, sono tali da generare dei dubbi, perlomeno lievi, circa la correttezza della valutazione su cui l'amministrazione ha finalmente fondato la propria posizione. Dubbi che, lungi dall'essere risolti, sono stati semmai ulteriormente confermati e avvalorati dalle successive prese di posizione del dr. \_\_\_\_\_ del 19 maggio 2023 e del 23 giugno 2023. Il medico fiduciario ha, infatti, in un primo momento relativizzato le risultanze degli esami ecografici trasmessi dall'assicurata a sostegno delle proprie lamentele, ritenendoli non in grado di apportare nuovi indizi in quanto "descrivono delle alterazioni in due zone anatomiche diverse. Vi è dunque un'eterogeneità nella descrizione dei due esami, che non sono in grado di valutare in modo sicuro la regione in discussione" (cfr. doc. 98). Egli ha pure aggiunto che la qualità delle immagini ecografiche è "molto scarsa", ma di avere "rinunciato a fare procurare le immagini originali perché non erano necessarie per la mia valutazione". Queste motivazioni non possono evidentemente essere considerate concludenti dal TCA: disquisire su quale sia l'entità e l'esatta ubicazione di una lesione non equivale, infatti, ad escluderne l'esistenza, ma, casomai, a confermarne la presenza. Anche l'argomentazione riguardante la qualità delle immagini appare pretestuosa: se, come evidenziato dal dr. \_\_\_\_\_, i referti ecografici riportano "descrizioni soggettive dei due esaminatori. Queste non possono fornire delle informazioni utili che potrebbero aiutare a risolvere il quesito in questione" (cfr. doc. F), a maggior ragione doveva risultare evidente ed imprescindibile poter disporre di immagini di buona qualità, così da esprimere una valutazione esaustiva su un tema

cruciale quale è quello – controverso - di sapere se vi sono o meno delle lesioni traumatiche oggettivabili. Tale conclusione appare tanto più necessaria alla luce dell'ulteriore apprezzamento del 23 giugno 2023 del dr. \_\_\_\_\_. Quest'ultimo, infatti, nonostante quanto affermato dall'amministrazione nella risposta di causa – laddove ha indicato che “il 23.6.2023 il dr. \_\_\_\_\_ ha ribadito il proprio punto di vista. A mente dell'CO 1 degli ulteriori accertamenti non si impongono in quanto la documentazione prodotta dall'assicurata non permette di far sorgere dubbi, neppure minimi, nei confronti dell'operato del proprio servizio medico” (cfr. doc. III) – ha espressamente rilevato di continuare ad esprimere dei “dubbi sull'affidabilità degli esami ecografici eseguiti perché non possono descrivere in modo chiaro l'entità e la localizzazione delle lesioni”, ritenendo “indispensabile eseguire una risonanza magnetica dell'anca sinistra”, seguita da una visita clinica personale dell'assicurata (doc. III/1, corsivo della redattrice). 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). Alla luce degli antitetici pareri agli atti, che come visto impongono un approfondimento specialistico, auspicato del resto pure dal medico fiduciario dell'Istituto assicuratore, il TCA non può concordare con l'amministrazione nella misura in cui ha indicato, nella risposta di causa, che “la situazione sarebbe diversa se l'assicurata accettasse di sottoporsi ad una RM così come già proposto nel mese di luglio del 2022 dal dr. \_\_\_\_\_. In difetto di tale esame l'CO 1 non può che ribadire che la documentazione vigente non permette di ammettere che l'assicurata presenta un danno alla salute organico in relazione di causalità secondo il criterio della probabilità con l'infortunio subito” (doc. III). 2.10. In una sentenza di principio 9C\_243/2010 del 28 giugno 2011, pubblicata in DTF 137 V 210, il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche rivolte alla giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; art. 72bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione. In quella pronunzia, l'Alta Corte ha pure precisato in quali casi il Tribunale cantonale deve allestire direttamente una perizia giudiziaria e in quali altri può rinviare gli atti all'assicuratore per un complemento istruttorio. Il TF ha, al riguardo, sviluppato le seguenti considerazioni: "

4.4.1.1 Ist das Gutachten einer versicherungsinternen oder -externen Stelle nicht schlüssig und kann die offene Tatfrage nicht anhand anderer Beweismittel geklärt werden, so stellt sich das Problem, inwieweit die mit der Streitsache befasste Beschwerdeinstanz noch die Wahl haben soll zwischen einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung, damit diese eine neue oder ergänzende Expertise veranlasse, und der Einholung eines Gerichtsgutachtens. Das Bundesgericht hat dazu jüngst festgehalten, die den kantonalen Gerichten zufallende Kompetenz zur vollen Tatsachenprüfung (Art. 61 lit. c ATSG) sei nötigenfalls durch Einholung gerichtlicher Expertisen auszuschöpfen (BGE 136 V 376 E. 4.2.3 S. 381). Dies schliesst ein, dass die erstinstanzlichen Gerichte diese Befugnis nicht ohne Not durch Rückweisung an die Verwaltung delegieren dürfen. 4.4.1.2 Die Vorteile von Gerichtsgutachten (anstelle einer Rückweisung an die IV-Stelle) liegen in der Straffung des Gesamtverfahrens und in einer beschleunigten Rechtsgewährung. Die direkte Durchführung der Beweismassnahme durch die Beschwerdeinstanz mindert das Risiko von - für die öffentliche Hand und die versicherte Person - unzumutbaren multiplen Begutachtungen. Zwar gilt die Sozialversicherungsverwaltung mit Blick auf die differenzierten Aufgaben und die dementsprechend unterschiedliche funktionelle und

instrumentelle Ausstattung der Behörden in der Instanzenabfolge im Vergleich mit der Justiz als regelmässig besser geeignet, Entscheidungsgrundlagen zu vervollständigen (BGE 131 V 407 E. 2.1.1 S. 411). In der hier massgebenden Verfahrenssituation schlägt diese Rechtfertigung für eine Rückweisung indessen nicht durch.

#### 4.4.1.3 Die Einschränkung der Befugnis der Sozialversicherungsgerichte, eine Streitsache zur neuen Begutachtung an die Verwaltung zurückzuweisen, verhält sich komplementär zu den (gemäss geänderter Rechtsprechung) bestehenden partizipativen Rechten der versicherten Person im Zusammenhang mit der Anordnung eines Administrativgutachtens (Art. 44 ATSG; vgl. oben E. 3.4). Letztere tragen zur prospektiven Chancengleichheit bei, derweil das Gebot, im Falle einer Beanstandung des Administrativgutachtens eine Gerichtsexpertise einzuholen, die Waffengleichheit im Prozess gewährleistet, wo dies nach der konkreten Beweislage angezeigt ist. Insoweit ist die ständige Rechtsprechung, wonach das (kantonale) Gericht prinzipiell die freie Wahl hat, bei festgestellter Abklärungsbedürftigkeit die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen oder aber selber zur Herstellung der Spruchreife zu schreiten (vgl. statt vieler ARV 1997 Nr. 18 S. 85 E. 5d mit Hinweisen, C 85/95; Urteil vom 11. April 2000 E. 3b, H 355/99), zu ändern.

#### 4.4.1.4

Freilich ist es weder unter praktischen noch rechtlichen Gesichtspunkten - und nicht einmal aus Sicht des Anliegens, die Einwirkungsmöglichkeiten auf die Erhebung des medizinischen Sachverhalts fair zu verteilen - angebracht, in jedem Beschwerdefall auf der Grundlage eines Gerichtsgutachtens zu urteilen. Insbesondere ist der Umstand, dass die MEDAS von der Invalidenversicherung finanziert werden, kein genügendes Motiv dafür. Doch drängt sich auf, dass die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten einholt, wenn sie einen (im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen) medizinischen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist (vgl. die Kritik an der bisherigen Rückweisungspraxis bei Niederberger, a.a.O., S. 144 ff.). Die betreffende Beweiserhebung erfolgt alsdann vor der - anschliessend reformatorisch entscheidenden - Beschwerdeinstanz selber statt über eine Rückweisung an die Verwaltung. Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (siehe beispielsweise das Urteil 9C\_646/2010 vom 23. Februar 2011 E. 4; vgl. auch SVR 2010 IV Nr. 49 S. 151 E. 3.5, 9C\_85/2009).” (DTF 137 V 263-265) In una sentenza 8C\_59/2011 del 10 agosto 2011 consid. 5.2 – dunque successiva a quella pubblicata in DTF 137 V 210 -, emanata in materia di assicurazione contro gli infortuni, il Tribunale federale ha ribadito i principi sviluppati nella DTF 135 V 465, in particolare che, in presenza di dubbi circa l’affidabilità di rapporti allestiti da medici di fiducia, il giudice (cantonale) è libero di scegliere se ordinare direttamente una perizia giudiziaria oppure rinviare gli atti all’amministrazione affinché disponga essa stessa una perizia seguendo la procedura di cui all’art. 44 LPG: " Um solche Zweifel auszuräumen, wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 135 V 465 E. 4.6 S. 471).” In una sentenza 8C\_412/2019 del 9 luglio 2020 consid. 5.4, la Corte federale ha rinviato la causa all’assicuratore LAINF (e non al tribunale cantonale che aveva respinto il ricorso della persona assicurata) affinché disponesse l’esecuzione di una perizia ai sensi dell’art. 44

LPGA, 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 LPGA): "Lorsqu'il existe des doutes sur la fiabilité et la pertinence de l'appréciation du médecin-conseil, il appartient en premier lieu à l'assureur-accidents de procéder à des instructions complémentaires pour établir d'office l'ensemble des faits déterminants et, le cas échéant, d'administrer les preuves nécessaires avant de rendre sa décision (art. 43 al. 1 LPGA; ATF 132 V 368 consid. 5 p. 374; arrêt 8C\_401/209 du 9 juin 2020 consid. 5.3.3. et ses références)." (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). 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 2.8., si giustifica pertanto l'annullamento della decisione su opposizione impugnata e il rinvio degli atti all'assicuratore resistente affinché disponga un approfondimento peritale esterno (art. 44 LPGA) volto a chiarire, tenendo conto di tutti i fattori medicalmente determinanti (cfr. STF 8C\_445/2021 succitata), l'eziologia dei disturbi ancora denunciati dall'assicurata all'anca sinistra a far tempo dal 1° marzo 2023. In seguito, facendo capo alle risultanze dell'accertamento esperito, l'amministrazione si pronuncerà di nuovo in merito al diritto a prestazioni dal profilo temporale e materiale. 2.11. Visto l'esito del ricorso (il rinvio con esito aperto equivale a piena vittoria, cfr., da ultimo, la STF 8C\_859/2018 del 26 novembre 2018 consid. 5 con rinvio a DTF 137 V 210 consid. 7.1 pag. 271 e riferimento), l'assicuratore verserà all'insorgente, rappresentata da un avvocato, l'importo fr. 2'500 (IVA inclusa) a titolo d'indennità per ripetibili. 2.12. L'art. 61 lett. a LPGA, in vigore fino al 31 dicembre 2020, prevedeva che la procedura deve essere semplice, rapida, di regola pubblica e gratuita per le parti; la tassa di giudizio e le spese di procedura possono tuttavia essere imposte alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. In data 1° gennaio 2021 è entrata in vigore una modifica della LPGA. L'art. 61 lett. a LPGA prevede ora unicamente che la procedura deve essere semplice, rapida e, di regola pubblica. Dalla medesima data è entrato in vigore l'art. 61 lett. f bis LPGA secondo cui in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. 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.