

TI_GERICHTE 35.2023.58 vom 13. November 2023

TI Tribunale d'appello, 2023-11-13, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2023.58

FR: TI_GERICHTE 35.2023.58 du 13 novembre 2023

IT: TI_GERICHTE 35.2023.58 del 13 novembre 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; STFA I 707/00 del 21 luglio 2003; STFA H 335/00 del 18 febbraio 2002; STFA H 212/00 del 4 febbraio 2002; STFA H 220/00 del 29 gennaio 2002; STFA U 347/98 del 10 ottobre 2001, pubblicata in RDAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA H 304/99 del 22 dicembre 2000; STFA I 623/98 del 26 ottobre 1999. Vedi pure: STF 9C_807/2014 del 9 settembre 2015; STF 9C_585/2014 dell'8 settembre 2015). nel merito 2.2. Il TCA è chiamato a stabilire se l'assicuratore LAINF era legittimato, oppure no, a negare all'assicurata, a partire dal 13 febbraio 2023 (data della decisione di riconsiderazione del caso, cfr. doc. 118), la presa a carico dell'evento infortunistico del 9 febbraio 2022 inizialmente riconosciuta, rinunciando a chiedere la restituzione delle prestazioni nel frattempo già versate. 2.3. In una sentenza pubblicata in DTF 130 V 380 e in SVR 2004 UV Nr. 16 p. 53, il TFA (dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale) ha stabilito che l'assicuratore infortuni ha la possibilità di porre fine, con effetto ex nunc e pro futuro, al proprio obbligo prestativo, inizialmente riconosciuto mediante il versamento d'indennità giornaliera e l'assunzione di spese di cura, senza doversi richiamare a un motivo di revoca (riconsiderazione o revisione processuale). È solo nel caso in cui pretenda la restituzione di prestazioni assicurative, indebitamente versate, che esso deve richiamarsi a un tale motivo. In quella fattispecie, il caso è stato liquidato invocando il fatto che un evento assicurato – dopo un esame corretto della situazione – in realtà non si era mai verificato. Nella citata sentenza il TFA - dopo avere ricordato che le spese di cura e le indennità giornaliera non costituiscono delle prestazioni durevoli ai sensi dell'art. 17 cpv. 2 LPGA, motivo per il quale le regole sulla revisione delle prestazioni di cui a questa disposizione (DTF 137 V 424 consid. 3.1 pag. 428 e riferimenti) non sono applicabili (DTF 133 V 57 consid. 6.7 pag. 65) - ha, tuttavia, precisato che sono esclusi i casi relativi a prestazioni di lunga durata, segnatamente a rendite di invalidità, in quanto in tali evenienze il principio della protezione della buona fede si oppone all'atto di porre termine con effetto immediato alle stesse. 2.4. 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. L'art. 4 LPGA così definisce l'infortunio: "È considerato infortunio qualsiasi influsso dannoso, improvviso e involontario, apportato al corpo umano da un fattore esterno straordinario che comprometta la salute fisica o psichica o che provochi la morte." Questa definizione riprende, nella sostanza, quella che era prevista all'art. 9 cpv. 1 vOAINF - disposizione abrogata dall'ordinanza sull'assicurazione contro gli infortuni dell'11 settembre 2002 (RU 2002 3914), in vigore dal 1° gennaio 2003 -, di modo che la relativa giurisprudenza

continua ad essere applicabile. Cinque sono dunque gli elementi costitutivi essenziali dell'infortunio: " - l'involontarietà - la repentinità - il danno alla salute (fisica o psichica) - un fattore causale esterno - la straordinarietà di tale fattore" (cfr. Ghèlew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), Losanna 1992, p. 44-51) Scopo della definizione è di tracciare un chiaro confine tra infortunio e malattia. Conformemente alla giurisprudenza, tocca all'assicurato rendere verosimile l'esistenza, in concreto, di tutti gli elementi costitutivi d'infortunio. Se egli non soddisfa questa esigenza, fornendo delle indicazioni incomplete, imprecise oppure contraddittorie circa lo svolgimento dell'evento, che non consentono di rendere verosimile l'esistenza di un infortunio, l'assicurazione non è tenuta a prendere a carico il caso (cfr. DTF 116 V 136 consid. 4b e i riferimenti ivi menzionati). Gli stessi principi sono applicabili alla prova dell'esistenza di una lesione parificata ad infortunio (DTF 114 V 306 consid. 5b; 116 V 141 consid. 4b). Per un caso concreto in cui il TCA ha applicato tali principi, si veda la STCA 35.2014.64 del 6 agosto 2015, confermata dal TF con la pronuncia 8C_666/2015 del 17 maggio 2016. 2.5. Nel caso di specie, l'assicuratore LAINF ha posto termine, a partire dal momento della decisione del 13 febbraio 2023 e pro futuro, al versamento delle prestazioni in relazione all'evento infortunistico del 9 febbraio 2022, senza chiedere la restituzione delle prestazioni versate nel frattempo, non ritenendo che siano adempiuti i presupposti per poterle riconoscere. L'amministrazione ha giustificato la propria decisione facendo valere che "non è dato sapere in cosa sia consistito l'evento del 9 febbraio 2022 e quali lesioni abbia realmente provocato, come pure se e quale ruolo abbia assunto sull'evoluzione di un eventuale stato anteriore", motivo per il quale va concluso che "la causa degli attuali disturbi non è indubbiamente o col grado della verosimiglianza preponderante in relazione all'evento del 9 febbraio 2022 e potrebbe essere in relazione con qualsiasi altro evento banale anche anteriore al 1° febbraio 2022" e, quindi, non oggetto di copertura LAINF (cfr. doc. 118). Con la decisione su opposizione impugnata l'assicuratore LAINF ha confermato la correttezza della propria decisione, basata sulla rivalutazione del caso fornita dal proprio medico fiduciario (doc. 138). Di parere opposto il rappresentante della ricorrente, a mente del quale la cosiddetta "rivalutazione" del caso eseguita dal dr. _____ risulta priva di fondamento ed arbitraria - essendo votata unicamente al rifiuto delle prestazioni - visto che si fonda sull'analisi dei medesimi atti e delle medesime circostanze già esaminate al momento del riconoscimento del nesso causale tra i disturbi dell'interessata e l'evento annunciato. Secondo il suo parere, alla luce della lussazione del coccige risultante dagli esami strumentali e constatata da tutti i medici da ella interpellati, il nesso causale tra i disturbi dell'assicurata e l'evento annunciato risulta pacifico, come del resto inizialmente riconosciuto dallo stesso dr. _____ (doc. I). 2.6. Per costante giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale mentre invece nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (cfr. RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STF U 259/02 dell'8 luglio 2003 consid. 2.1.1; MEYER-BLASER, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in BJM 1989, p. 30ss.). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10 p. 33 ss. e RAMI 1999 U 356 p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di

metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. In una sentenza 8C_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve, a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. 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).

2.7. Chiamato a pronunciarsi, questo Tribunale, per le ragioni che meglio verranno esposte qui di seguito, non ritiene corretto l'operato dell'assicuratore LAINF e non può, di conseguenza, avallarlo. Il TCA rileva che, nel caso concreto, la presa a carico dell'evento infortunistico del 9 febbraio 2022 è stata decisa dall'Istituto assicuratore dopo che il proprio medico fiduciario, dr. _____, ha attentamente valutato gli atti e concluso che, secondo la probabilità preponderante, i disturbi dell'interessata erano in nesso causale con la caduta. Dal documento denominato "incarico di valutazione di una pratica quale medico esperto consulente", datato 14 dicembre 2022, emerge infatti che il dr. _____, dopo avere analizzato i documenti all'incarto, ha così risposto ai quesiti postigli dall'amministrazione: " Egregio dr. med. _____, le chiediamo gentilmente di voler visionare gli atti a disposizione ed in seguito rispondere alle seguenti domande: Decorso Secondo annuncio dell'infortunio dell'11.07.2022 l'assicurata nel 9.02.2022 sarebbe scivolata dalle scale con un secchio con acqua nella mano ed avrebbe picchiato il suo coccige. Secondo una visita ortopedica presso _____ a _____ del 01.07.2022 avrebbe presentato una lussazione Os coccige. È stato sottoposto una radiografia del bacino che non presenta una patologia come anche una radiografia sacro-coccige che presenta una lussazione posteriore delle vertebre coccigee rispetto al sacro con una conformazione a baionetta. Secondo una visita presso il dr. _____, clinica _____, si presenta una frattura del coccige con

lussazione posteriore con dolore costante oltre 6 mesi. Non si sono documentato dolore durante la notte. È stato effettuato una TAC che nel 21.09.2022 presenta una lussazione posteriore delle ultime due vertebre senza evidenti rime di frattura. È stato proposto una infiltrazione come anche un probabile intervento chirurgico. L'assicurata ha dunque chiesto per un secondo parere. Secondo un rapporto medico della consultazione ambulatoriale del 04.11.2022, Dr. _____, l'assicurata sarebbe caduta e avrebbe subito un trauma diretto nella regione sacrococcigea. A causa di una persistenza dei sintomi, soprattutto quando si siede, è stato effettuato una TAC sacrococcigea che mostra una frattura delle ultime due vertebre del coccige con lussazione posteriore. È stato effettuato un'infiltrazione a livello della frattura senza beneficio. In quanto si sono sviluppati dei disturbi sul piano urinario è stata effettuata una valutazione neurologica con un esame urodinamico. Nel 24.11.2022 l'assicurata si è presentata presso clinica _____ in Italia dove è stato documentato una coccigodinea a causa di una lesione lussazione traumatica dell'osso coccige senza dolore lombare e senza deficit neurologico. È stata proposta un'incapacità lavorativa per 3 settimane, 1 ciclo di tecarterapia come anche l'uso di una ciambella sacrale durante la seduta. 1. Gli attuali disturbi riscontrati, rispettivamente l'incapacità lavorativa attestata a partire dal 9 novembre scorso, possono essere messi in relazione causale con l'evento del 9 febbraio 2022? Se sì, con quale grado di probabilità (possibile/probabile/certo)? La lussazione posteriore dell'osso sacro è con probabilità preponderante una conseguenza della caduta con contusione diretta del 9 febbraio 2022. 2. In caso negativo: motivazioni? Non è applicabile. 3. In caso affermativo: indicazioni in merito alle cure mediche raccomandate? Tecarterapia, analgesia, uso di una ciambella sacrale per la seduta. 4. Viene ritenuta necessaria una perizia medica per la valutazione del caso? Dottor _____ descrive che ci sarebbero disturbi sul piano urinario. Lui ha proposto una valutazione neuro-urologica e un esame urodinamico. Nella visita successiva nell' _____ come anche nella visita precedente presso Dottor _____, non si sono stati riscontrati problemi neurologici. Se esistessero questi disturbi neuro-urologici è da proporre la valutazione neurologica come ha proposto il dottor _____ per escludere un danno al plesso sacrale. Se questi disturbi non ci sono più, propongo una risonanza magnetica lombosacrale nel dicembre oppure all'inizio di gennaio 2023 per verificare la causa dei dolori. È possibile una affezione delle parti molli, una periostite o un edema osseo. 5. Eventuali osservazioni. Se dolori persistessero propongo una risonanza magnetica nel dicembre 2022 oppure gennaio 2023 per escludere un ematoma o una periostite. Purtroppo i dolori dopo una lesione del coccige possono diventare cronici.” (Doc. 49) Nonostante questa chiara valutazione del dr. _____ del 14 dicembre 2022, fondata - è bene sottolinearlo - sull'esame degli atti all'incanto, in data 6 gennaio 2023 il medico fiduciario è stato nuovamente interpellato dall'assicuratore infortuni, chiedendo una nuova “valutazione atti”, con la seguente motivazione: " Motivo per l'incarico in merito al presente caso di infortunio per il quale lei ha già svolto una valutazione sugli atti datata 14 dicembre 2022, le chiediamo ad integrazione di quanto già indicato, di rispondere alle seguenti due domande: Riassunto atti medici Secondo annuncio dell'infortunio dell'11.07.2022 l'assicurata nel 9.02.2022 sarebbe scivolata dalle scale con un secchio con acqua nella mano ed avrebbe picchiato il suo coccige. Secondo una visita ortopedica presso _____ a _____ del 01.07.2022 avrebbe presentato una lussazione Os coccige. È stato sottoposto una radiografia del bacino che non presenta una patologia come anche una radiografia sacro-coccige che presenta una lussazione posteriore delle vertebre coccigee rispetto al sacro con una conformazione a baionetta. Secondo una visita presso il Dottor _____, clinica _____, si presenta

una frattura del coccige con lussazione posteriore con dolore costante oltre 6 mesi. Non si sono documentato dolore durante la notte. Clinicamente si è presentato dolore alla pressione diretta, l'esame neurologico risulta nella norma. È stato effettuato una TAC che nel 21.09.2022 presenta una lussazione posteriore delle ultime due vertebre senza evidenti rime di frattura. È stato proposto una infiltrazione come anche un probabile intervento chirurgico. L'assicurata ha dunque chiesto per un secondo parere. Secondo un rapporto medico della consultazione ambulatoriale del 04.11.2022, Dr. _____, l'assicurata sarebbe caduta e avrebbe subito un trauma diretto nella regione sacrococcigea. A causa di una persistenza dei sintomi, soprattutto quando si siede, è stato effettuato una TAC sacrococcigea che mostra una frattura delle ultime due vertebre del coccige con lussazione posteriore. È stato effettuato un'infiltrazione a livello della frattura senza beneficio. In quanto si sono sviluppati dei disturbi sul piano urinario è stata effettuata una valutazione neurologica con un esame urodinamico. Nel 24.11.2022 l'assicurata si è presentata presso clinica _____ in Italia dove è stato documentato una coccigodinea a causa di una lesione lussazione traumatica dell'osso coccige senza dolore lombare e senza deficit neurologico. È stata proposta un'incapacità lavorativa per 3 settimane, 1 ciclo di tecarterapia come Catalogo domande: 1) Vista l'evoluzione e le immagini strumentali, ed avendo l'assicurata lavorato senza sosta con una media di 62 ore al mese, oltretutto evocando i primi dolori solo nel mese di giugno 2022, è ammissibile col grado della possibilità o della probabilità preponderante che l'assicurata abbia subito la lesione al coccige in febbraio 2022? No. Questa distanza temporale non è preponderantemente probabile. Una lesione acuta dell'osso coccige, sia una lussazione che una frattura, causa subito i dolori invalidanti. I pazienti non possono più sedersi, anche la camminata è inizialmente limitata. Perciò si presentano subito da un medico – almeno per una terapia analgesica e una prescrizione del cosiddetto “Donought”, un cuscino di tipo di anello. Inoltre i dolori di una lesione ossea fresca normalmente diminuiscono nel decorso di 3 mesi, parallelamente con l'andamento della consolidazione. Una esacerbazione non è invece probabile. 2) È possibile, preponderante o escluso che l'assicurata abbia subito la lesione al coccige anche prima del febbraio 2022? Sì. Il reperto TAC del 21.09.2022 include dubbi su una recente conseguenza traumatica. Si presenta una lussazione senza chiara rima di una frattura. Circa 7 mesi dopo la frattura si dovrebbe presentare almeno una callosità che segnala l'ipercalcificazione durante il processo di consolidazione che dura 6-12 mesi. Per capire con chiarezza l'età della frattura sarebbe stata utile una risonanza magnetica nel decorso post-traumatico, in quanto una lesione ossea fresca presenta un'alterazione del segnale. Adesso, quasi un anno dopo l'evento infortunistico, probabilmente quell'alterazione non si presenta più. Con questa distanza temporale non si può più specificare l'età della frattura. Tuttavia, con i necessari criteri di prova, può essere escluso un nesso causale con il presunto evento infortunistico, in quanto rimangono i dubbi anamnestici e radiologici sul trauma imputato.” (Doc. 84) Ora, questo Tribunale non può, con la necessaria tranquillità, senza che prima vengano svolti maggiori e più approfonditi accertamenti specialistico-peritali, condividere le conclusioni alle quali è giunto il dr. _____ in questa “seconda” valutazione del 6 gennaio 2023, posta a fondamento della decisione impugnata, alla quale non può dunque essere riconosciuto un sufficiente valore probatorio. Preliminarmente, va rilevato che, non essendo la decisione impugnata fondata su una perizia esterna (cfr. supra, consid. 2.6.), 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. 2.6. e la giurisprudenza ivi

citata). Il TCA constata innanzitutto che, come opportunamente messo in evidenza in sede ricorsuale, il medico fiduciario dell'assicuratore infortuni ha fornito, a distanza di pochissimi giorni (14 dicembre 2022/6 gennaio 2023), una valutazione diametralmente opposta sul tema dell'esistenza/mancanza di un nesso causale tra i disturbi presentati dall'assicurata e l'evento infortunistico, esprimendosi sulla medesima documentazione medica, strumentale e fattuale già analizzata in precedenza (cfr. riassunto degli atti medici, che risulta identico nella valutazione del 14 dicembre 2022 e in quella del 6 gennaio 2023; doc. 49 e doc. 84 - corsivo della redattrice). L'esame di tutta la documentazione all'incanto parrebbe peraltro avvalorare la "prima" valutazione con la quale il dr. _____ ha confermato che i disturbi ancora risentiti dall'interessata siano da imputare alla lussazione coccigea conseguente alla caduta del 9 febbraio 2022. Al riguardo, gli esami strumentali eseguiti hanno messo in luce una lussazione delle ultime due vertebre coccigee: l'esame rx sacro-coccige del 28 giugno 2022 ha, difatti, mostrato "a livello del coccige segnale presenza di lussazione posteriore delle vertebre coccigee che rispetto al sacro presentano una conformazione a baionetta" (cfr. doc. 2), mentre l'esame TAC articolazioni sacro-iliache del 21 settembre 2022 ha evidenziato "lussazione posteriore delle ultime due vertebre coccigee" (cfr. doc. 22). In tal senso si sono espressi, inoltre, anche tutti i medici consultati dall'assicurata e meglio il dr. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica dell'_____ (cfr. doc. 21: "diagnosi permanente: trauma colonna lombare: lesione coccige"); il PD dr. _____, spec. FMH in neurochirurgia e chirurgia della colonna vertebrale (cfr. doc. 41: "diagnosi: frattura delle ultime due vertebre coccigee dopo trauma da caduta"); il medico curante dr. _____ (cfr. referto del 28 dicembre 2022, doc. 80: "esiti di trauma sacrococcigeo con dolore persistente"); il Prof. dr. _____, viceprimario di chirurgia ORL (cfr. referto del 27 gennaio 2023, doc. 104: "coccigodinia cronica in esiti di frattura/lussazione del coccige); il dr. _____, Caposervizio ORL e specialista in urologia e urodinamica (cfr. referto del 1 febbraio 2023, doc. 110: "dolore perineale e pelvico post traumatico associato a LUTS", osservando che "il dato clinico anamnestico e l'esame obiettivo depongono per una neuropatia del pudendo sinistro metatraumatica (caduta sul sacro) che è alla base del dolore e della sintomatologia pollachiurica"). In sede di opposizione, inoltre, con referto del 10 marzo 2023, la dr.ssa _____, FMH in medicina generale, ha contestato la decisione dell'amministrazione, rilevando che: " (...) la diagnostica per immagini con radiografia del 28.6.2022 e la TAC sacro-coccigea del 21.09.2022 confermano una lussazione posteriore delle ultime due vertebre coccigee. I rapporti dei consulti a cui la signora si è sottoposta, dal momento in cui la sintomatologia algica e urinaria si è acuita, depongono per un nesso causale con l'evento traumatico del 9.2.2022; questo fatto emerge dagli atti degli specialisti consultati dalla paziente (PD dr. _____, FMH chir. della colonna vertebrale e neurochirurgia; Prof. _____, FMH chir. viscerale e proctologia; Dr. _____ per la valutazione neuro-urologica) come pure dal rapporto del vostro medico esperto consulente Dr. _____. La valutazione del neuro-urologo depone per una neuropatia del N. pudendo a sinistra che dovrebbe essere indagata con MRI dello scavo pelvico e del sacro, esame tutt'ora non eseguito perché le prestazioni erano ad oggi sospese... Vi chiedo quindi di rivalutare il caso come di vostra pertinenza." (Doc. 128) A fronte della documentazione medica appena esposta, questo Tribunale ritiene che vi siano perlomeno dei lievi dubbi riguardo alle ulteriori conclusioni del 6 gennaio 2023 del dr. _____, i quali necessitano dunque di essere chiariti. 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 LPGF oppure una perizia giudiziaria (cfr. STF 8C_418/2022 del 1° marzo 2023 consid. 3.1.2 e riferimento ivi citato). Inoltre, a mente del TCA, il rinvio degli atti all'amministrazione appare giustificato anche alla luce delle perplessità sollevate dall'Istituto assicuratore nella decisione impugnata a proposito delle circostanze, ritenute poco chiare, nelle quali ha avuto luogo la caduta del 9 febbraio 2022 e a quanto successo nei giorni successivi, con riferimento in particolar modo al fatto che l'assicurata avrebbe continuato a lavorare. Dalla valutazione del 6 gennaio 2023 sembrerebbe, infatti, che il dr. _____ metta in dubbio le conseguenze dell'evento, indicando che una "lesione acuta dell'osso coccige, sia una lussazione che una frattura, causa subito i dolori invalidanti", "i pazienti non possono più sedersi, anche la camminata è inizialmente limitata" e hanno la necessità di consultare un medico quantomeno per una terapia analgesica (cfr. doc. 84). L'Istituto assicuratore, dal canto suo, nella decisione del 13 febbraio 2023 ha avanzato dubbi su "in cosa sia consistito l'evento del 9 febbraio 2022 e quali lesioni abbia realmente provocato, come pure se e quale ruolo incisivo abbia assunto nell'evoluzione di un eventuale stato anteriore" (cfr. doc. 118). Ora, a tale proposito, l'assicurata in uno scritto del 3 gennaio 2023 ha affermato di essersi recata il giorno stesso dell'accaduto in farmacia per trovare un rimedio ai dolori, sottolineando di non avere mai avuto prima del 9 febbraio 2022 dei problemi di salute a livello lombo-sacrale. Ella ha indicato quanto segue: " A seguito riportati i medici generali di base: - Dott. _____ con sede a _____ fino alla data 02/05/2022 - Dott. _____, con sede a _____ dal 02/05/2022 fino ad oggi. Fino alla data 28/06/2022 non sono mai state fatte lastre o TAC. Come da documentazione già fornita, nella data 28/06/2022 è stata eseguita la prima lastra presso il centro medico _____ per immagini situato in _____. In data 09/02/2022 sono scivolata sulle scale, durante l'orario di lavoro, picchiando forte l'osso sacro sul bordo degli scalini, vi ero stata inviata da _____ per fare le pulizie. La caduta è avvenuta nella casa di proprietà della titolare dell'azienda _____, la Signora _____. A seguito della caduta ho sentito forti dolori che sono continuati. A sera mi sono recata in farmacia per trovare un rimedio al dolore che sentivo, risultava molto forte. Negli allegati forniti troverete anche uno scontrino fiscale il quale attesta che nella data 09/02/2022 mi sono recata presso la _____, dove mi hanno consigliato ed ho acquistato una crema per dolori, poco efficace ma con la speranza di attenuare il dolore." (Doc. 82) Inoltre, in una e-mail del 17 gennaio 2023 in risposta ad una richiesta di precisazioni di CO 1, il datore di lavoro ha confermato che l'assicurata "ci ha riferito della caduta", lo stesso "9 febbraio 2022", su "scale normali, in ceramica" (cfr. doc. 98). Ancora, in sede ricorsuale, il rappresentante dell'assicurata ha precisato che la propria assistita, giovane, non ha mai avuto prima della caduta in discussione disturbi alla zona lombo-sacrale, così come attestato dai suoi medici curanti, sottolineando il carattere pretestuoso delle continue richieste e allusioni dell'assicuratore LAINF riguardo ad eventuali patologie pregresse. Inoltre, il rappresentante ha indicato che il datore di lavoro è stato immediatamente avvisato dell'accaduto ed è accorso sul posto (trattandosi peraltro della sua abitazione privata), senza tuttavia far presente all'assicurata l'esistenza di una copertura LAINF, né accompagnarla al pronto soccorso, motivo per il quale ella, assunta da pochi giorni (dal 1° febbraio 2022) e nell'impossibilità di consultare il proprio medico curante (a _____), si è recata in farmacia per ottenere un antidolorifico e ha poi tenuto duro, lavorando circa 3 ore al giorno, anche perché l'attività di pulizie non implica la necessità di restare seduta, fino a quando la situazione è divenuta insostenibile, costringendola ad interromperla (cfr. doc. I). Ora, tenuto

conto che, in virtù dell'obbligo derivante dall'art 43 LPGA - secondo il quale l'assicuratore esamina le domande e intraprende d'ufficio i necessari accertamenti e raccoglie le informazioni di cui ha bisogno - incombe in prima battuta all'amministrazione di istruire debitamente il caso, spetterà a CO 1, nell'ambito del presente rinvio, sentire se del caso personalmente l'assicurata, al fine di ottenere le delucidazioni necessarie a proposito della dinamica dell'accaduto, del momento in cui sono insorti i sintomi (nell'immediatezza dei fatti o solo successivamente) e della successiva evoluzione degli stessi nel periodo intercorso tra la caduta e la prima visita medica. 2.8. 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 successivamente 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 LPGa: " 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 pronuncia 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 2.7., 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), le questioni attinenti alla causalità (doc. 138). In seguito, facendo capo alle risultanze dell'accertamento esperito, l'amministrazione si pronuncerà di nuovo in merito al diritto alle prestazioni, dal profilo temporale e materiale.

2.9. L'assicurata ha protestato spese e ripetibili (doc. VII). Per quanto concerne l'indennità per ripetibili, essa può venire assegnata, di regola, solo al ricorrente vittorioso patrocinato in causa (art. 61 cpv. 1 lett. g LPGa e art. 22 LPTCA; DTF 135 V 473; 112 V 86 consid. 4; DTF 110 V 81 consid. 7; DTF 105 V 89 consid. 4; DTF 105 Ia 122; DTF 99 Ia 580 consid. 4). L'indennità è concessa non soltanto se l'assicurato è patrocinato da un avvocato, ma anche quando il patrocinio è assunto da una persona particolarmente qualificata per la questione giuridica considerata, purché non si debba ritenere che il patrocinatore abbia agito a titolo gratuito (DTF 135 V 473; 126 V 11; 122 V 278; 118 V 140 consid. 2 = RCC 1992 p. 433 consid. 2a; RCC 1985 p. 411 consid. 4; DTF 108 V 271 = RCC 1983 p. 329). In una sentenza K 63/06 del 5 settembre 2007, il Tribunale federale ha negato il riconoscimento di indennità di parte per l'assistenza fornita da un curatore non giurista e apparentemente non in possesso di una specifica formazione nella materia in causa. La nostra Massima Istanza si è così espressa: "(...) 5.4 Quanto al giudizio sulla persona avente diritto a ripetibili in sede cantonale, giova rammentare che questa Corte a più riprese ha avuto modo di confrontarsi con la questione e di rilevare a tal proposito l'opportunità di considerare anche la propria prassi in materia (art. 159 OG) per risolvere il tema (DTF 126 V 11 consid. 1). 5.4.1 Essa ha in particolare già avuto modo di riconoscere il diritto all'indennità di assicurati rappresentati segnatamente dall'Associazione svizzera degli invalidi (ora: Procap), dal servizio giuridico della Federazione svizzera per l'integrazione delle persone portatrici di handicap, dalla Pro infirmis, da un Sindacato, da un Patronato, dalla Caritas, ecc. (v. DTF 126 V 11 seg. consid. 2). 5.4.2 Un diritto a ripetibili (ridotte), in applicazione dell'art. 159 cpv. 1 OG, è pure stato riconosciuto a un'assicurata patrocinata da un medico (consid. 7 non pubblicato in DTF 122 V 230): in quella occasione il Tribunale federale (delle assicurazioni) ha evidenziato come il mandatario - che tutte le circostanze facevano ritenere agisse dietro remunerazione - fosse particolarmente qualificato per rappresentare l'interessata nello specifico processo (concernente la presa a carico, da parte dell'assicurazione contro gli infortuni, delle conseguenze di una puntura di zecca che aveva provocato l'insorgere di una borreliosi). 5.4.3 Il diritto a ripetibili è per contro stato rifiutato - in applicazione del vecchio art. 85 cpv. 2 lett. f LAVS, abrogato in seguito all'entrata in vigore, il 1° gennaio 2003, della LPGa - a un assicurato, che, pur vincendo in causa, era stato patrocinato da un ente incaricato dell'assistenza pubblica. Questa Corte ha ritenuto non giustificarsi in simile evenienza

l'assegnazione di un'indennità di parte poiché il mandatario assisteva l'interessato a titolo gratuito e quest'ultimo non aveva pertanto da assumersi le spese per la tutela dei suoi interessi (DTF 126 V 11 consid. 5 pag. 13; giurisprudenza che è stata confermata anche sotto l'imperio della LPGa dalla sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 245/04 del 14 aprile 2005).

5.4.4 Con particolare riferimento alla rappresentanza da parte di un curatore o tutore, questo Tribunale ha proceduto a distinguere due situazioni: quella in cui l'assicurato è patrocinato da un "semplice" curatore/tutore e quella in cui il rappresentante è allo stesso tempo avvocato o comunque giurista. Richiamandosi alla giurisprudenza sviluppata in relazione agli (abrogati) art. 85 cpv. 2 lett. f LAVS e 87 lett. g LAMal, questa Corte si è così, da un lato, pronunciata in favore del diritto all'indennità per ripetibili di una persona assistita da un avvocato (o comunque da un giurista), precedentemente designato curatore o tutore, che aveva ottenuto successo in causa per conto del suo pupillo (DTF 124 V 338 consid. 4 pag. 345; in questo senso pure le sentenze inedite del Tribunale federale delle assicurazioni I 178/88 del 29 luglio 1988, e H 199/80 del 26 febbraio 1982). Dall'altro lato, essa ha per contro negato, in applicazione dell'art. 159 OG, lo stesso diritto in relazione all'operato di un "semplice" curatore intervenuto a prendere posizione su un ricorso di diritto amministrativo dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (sentenza I 459/05 del 24 luglio 2006, consid. 4). In quest'ultima vertenza, il Tribunale federale (delle assicurazioni) ha giudicato che la parte resistente (l'assicurato) non era rappresentata da una persona (il curatore) particolarmente qualificata, motivo per il quale non poteva vantare il diritto a ripetibili, e ciò nemmeno a dipendenza di un dispendio lavorativo superiore al normale di quest'ultimo (sentenza citata, ibidem; v. inoltre pure sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007, consid. 9).

5.5 Dagli atti di causa non risulta che la curatrice dell'assicurato sia giurista o comunque in possesso di una specifica formazione nella materia in causa. Conformemente alla suesposta giurisprudenza il suo intervento non poteva di conseguenza giustificare l'assegnazione di un'indennità per ripetibili, come per contro ha giudicato il primo giudice. Né la Corte cantonale ha per il resto ravvisato un comportamento temerario della qui ricorrente; comportamento che, datene le condizioni, avrebbe eventualmente pure potuto legittimare l'assegnazione di simili indennità (cfr. per analogia DTF 127 V 205, 110 V 132 consid. 4d pag. 134). Ne discende che il ricorso dell'assicuratore ricorrente merita di essere accolto." Tale giurisprudenza è poi stata confermata dall'Alta Corte nelle sentenze STF K 123/06 del 6 dicembre 2007, consid. 3 e K 139/06 del 31 gennaio 2008, consid. 8. In una STF 1C_464/2019 del 5 dicembre 2019, il TF, esprimendosi a proposito del diritto a delle ripetibili nel caso di un'assicurata, rappresentata dal proprio patrigno non giurista, ha ritenuto che ciò non fosse il caso, in quanto lo stesso, di formazione "dottore in scienze", non poteva essere considerato una persona particolarmente qualificata per la questione giuridica ai sensi della giurisprudenza, e, inoltre, non risultava – né del resto era stato preteso – che per la redazione del ricorso fosse stato corrisposto un pagamento. Nel caso di specie, il TCA ha chiesto al rappresentante dell'assicurata di specificare quali siano le sue qualifiche in ambito di assicurazioni sociali (cfr. doc. XI). Con scritto del 30 ottobre 2023, egli ha precisato quanto segue: " Cerco di rispondere alla domanda con un breve riassunto delle mie esperienze: mi sono formato accademicamente al _____, con 2 esami in sovrannumero. La mia attività professionale, come imprenditore, mi ha visto in Ticino occuparmi in qualità di presidente della società _____, oltre che delle questioni tecniche ed economiche, anche dei rapporti con le assicurazioni e con i legali. Relativamente alle assicurazioni: non ho mai "apprezzato", ma mi sono sempre dovuto applicare con attenzione, a quelle pratiche

assicurative tese alla ridefinizione del significato comune attribuito alle parole, con postulati che ne stravolgevano il senso, cercando una chiarezza che chi le vende promette, ma poi non è mai chiamato a mantenere. Purtroppo, personalmente, ho subito e sto subendo l'atteggiamento puramente speculativo, che viene esercitato dalle compagnie assicurative, che forti di un apparato articolato e rapace, non si fanno scrupolo a travisare la verità o "ridefinirla" per il proprio spudorato tornaconto. Il malcapitato assicurato, nel momento del disorientamento di un sinistro e del bisogno di supporto, si ritrova inerme contro una ragnatela di burocrazia: sfiancante e poco controllabile nelle affermazioni, o peggio, capace di minacciare direttamente l'assicurato in difficoltà, di voler instaurare cause il cui onere, il malcapitato, non può sostenere, e quindi le assicurazioni, spesso non contrastabili, "risparmiano", a discapito degli assicurati, cifre che invece sarebbero di spettanza contrattuale degli assicurati. In questa specifica situazione, l'unica condizione che l'assicurazione non aveva, era la possibilità di mettere in campo il ricorso ad attività legali, o almeno così pensai all'inizio, perché le cifre potevano essere contenute alle competenze del giudice di pace, quindi pur comportando un onere di tempo rivelatosi molto importante, non ho potuto in coscienza non prestarmi, sostenendo la Sig.ra RI 1, che se ne lamentava, portandola alle visite mediche ed in una verifica ordinata dei documenti, per il controllo della narrazione dell'assicurazione, da cui sono emerse tutte le storture della realtà, che non risultavano sostenere l'impianto di affermazioni per frasi fatte e articoli mal riportati dell'assicurazione, ma le smentivano regolarmente, come espresso dalle analisi fattuali sottoposte alla vostra attenzione. Quindi alla domanda se ho una formazione specifica, per l'impostazione data alla difesa dei fatti, degli eventi che hanno avuto origine con l'incidente sul lavoro, di cui è oggetto la vostra attenzione, posso rispondere forse di sì, almeno dal punto di vista logico scientifico, perché mi sono strettamente attenuto alla sola verifica di affermazioni, tempi e documenti, senza aver mai espresso affermazioni di fantasia, come ha fatto controparte, oltretutto nascondendo documenti e le verità non gradite. Nb tutta l'attività è stata effettuata Totalmente a mio carico. Pur non avendo competenze legali, mai vantate, reggere il confronto con la struttura assicurativa, con referenti rivelatisi "inaffidabili", ha comportato impegno, ma sostanzialmente una buona dose di tenacia, che alla fine ha portato l'assicurazione a dover scoprire, "spero", le omissioni temerarie, tramite le quali hanno tentato di condizionare ingiustamente la pratica a loro favore." (Doc. XII) Ora, da quanto sopra risulta accertato che RA 1, imprenditore laureato in ingegneria, non è né un giurista, né può essere considerato un rappresentante "qualificato" ai sensi della giurisprudenza sopraesposta, non disponendo della formazione appropriata in ambito di assicurazioni sociali. Inoltre, va evidenziato che, come da lui stesso precisato nello scritto del 30 ottobre 2023, egli ha agito a titolo gratuito (cfr. doc. XII, nel quale ha evidenziato: "Nb tutta l'attività è stata effettuata totalmente a mio carico", corsivo della redattrice). Alla luce di tali elementi, questo Tribunale ritiene che non vi sia motivo per eccezionalmente riconoscere delle ripetibili all'assicurata. 2.10. Il rappresentante dell'insorgente ha chiesto, infine, nello scritto del 5 settembre 2023, che "siano corrisposti i danni fisiologici indotti dal comportamento aggressivo e spregiudicato di CO 1 contro la paziente che andranno quantificati in un secondo momento" (doc. VII). A tale proposito, questa Corte rileva di non potersi chinare su tale pretesa, che esula dalla presente procedura dal momento che la decisione impugnata delimita il litigio (cfr. STF 9C_636/2015 del 2 febbraio 2016, consid. 1 con riferimenti) e ritenuto che l'Istituto assicuratore resistente non si è determinato in merito con la decisione formale qui impugnata. La relativa richiesta è, pertanto, irricevibile. Al riguardo, questa Corte rileva che tale pretesa potrebbe eventualmente essere fatta valere

nell'ambito di un'azione di responsabilità giusta l'art. 78 LPGA . D'altro canto, non essendo oggetto della decisione su opposizione impugnata, in ossequio alla giurisprudenza appena menzionata, la pretesa fondata sull'art. 78 LPGA va dichiarata irricevibile in questa sede (cfr. STCA 35.2014.61 del 18 giugno 2015, consid. 2.2.2). 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. 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.