

TI_GERICHTE 35.2024.11 vom 19. August 2024

TI Tribunale d'appello, 2024-08-19, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2024.11

FR: TI_GERICHTE 35.2024.11 du 19 août 2024

IT: TI_GERICHTE 35.2024.11 del 19 agosto 2024

Regeste

Disturbi al rachide lombare. Rinvio atti per complemento istruttorio (perizia esterna) volto ad accertare se infortunio ha causato peggioramento direzionale o soltanto transitorio dello stato preesistente

Erwägungen

E. 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. In concreto, è litigiosa la questione di sapere se l'CO 1 era legittimato a porre fine al diritto alle prestazioni (cura medica + indennità giornaliera) a contare dal 1° agosto 2023 (precisato che indennità giornaliere corrispondenti a un'inabilità del 50% sono comunque state pagate sino alla data di emanazione della decisione formale), oppure no. Preliminarmente, questa Corte è tenuta a esaminare se è corretto, oppure no, che al 1° agosto 2023 RI 1 non presentava più alcun postumo dell'evento infortunistico assicurato. 2.3. Secondo l'art. 6 cpv. 1 LAINF, per quanto non previsto altrimenti dalla legge, le prestazioni assicurative sono effettuate in caso d'infortuni professionali, d'infortuni non professionali e di malattie professionali. 2.4. Il diritto alle prestazioni risultante da un infortunio assicurato presuppone l'esistenza di un nesso di causalità naturale tra l'evento dannoso e il danno alla salute. Questa condizione è adempiuta qualora si possa ammettere che, senza l'evento infortunistico, il danno alla salute non si sarebbe potuto verificare o non si sarebbe verificato nello stesso modo. Non occorre, invece, che l'infortunio sia stato la sola o immediata causa del danno alla salute; è sufficiente che l'evento, se del caso unitamente ad altri fattori, abbia comunque provocato un danno all'integrità corporale o psichica dell'assicurato, vale a dire che l'evento appaia come una conditio sine qua non del danno. È questione di fatto lo stabilire se tra evento infortunistico e danno alla salute esista un nesso di causalità naturale; su detta questione amministrazione e giudice si determinano secondo il principio della probabilità preponderante - insufficiente essendo l'esistenza di pura possibilità - applicabile generalmente nell'ambito dell'apprezzamento delle prove in materia di assicurazioni sociali (DTF 142 V 435 consid. 1; 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3). Se un infortunio ha semplicemente scatenato un processo che sarebbe comunque insorto anche senza questo evento, il nesso di causalità naturale tra i disturbi accusati dall'assicurato e l'infortunio deve essere negato se lo stato morboso preesistente è ritornato ad essere quello che era prima dell'infortunio (status quo ante) oppure se ha raggiunto lo stadio che sarebbe prima o poi subentrato anche senza l'infortunio (status quo sine) (RAMI 1992 U 142 p. 75 consid. 4b; A. Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, p. 469; U. Meyer-Blaser, Die Zusammenarbeit von Richter und Arzt in der Sozialversicherung, in Bollettino dei medici svizzeri 71/1990, p. 1093). 2.5. Il diritto a prestazioni assicurative presuppone pure l'esistenza di un nesso di

causalità adeguata tra l'evento dannoso e il danno alla salute. Un evento è da ritenere causa adeguata di un determinato effetto quando, secondo il corso ordinario delle cose e l'esperienza della vita, il fatto assicurato è idoneo a provocare un effetto come quello che si è prodotto, sicché il suo verificarsi appaia in linea generale propiziato dall'evento in questione (DTF 129 V 181 consid. 3.2 e 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a, DTF 117 V 361 consid. 5a e 382 consid. 4a e sentenze citate). Comunque, qualora sia carente il nesso di causalità naturale, l'assicuratore può rifiutare di erogare le prestazioni senza dover esaminare il requisito della causalità adeguata (DTF 117 V 361 consid. 5a e 382 consid. 4a; su queste questioni vedi pure: Ghélew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents, Losanna 1992, p. 51-53). La giurisprudenza ha inoltre stabilito che in caso di danno alla salute fisica, dal momento in cui è accertata la causalità naturale il nesso di causalità è generalmente ammesso (DTF 127 V 102 consid. 5 b/bb, 118 V 286 e 117 V 365 in fine; Meyer-Blaser, Kausalitätsfragen aus dem Gebiet des Sozialversicherungs-rechts, in: SZS 2/1994, p. 104s; M. Frésard, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], n. 39).

2.6. Nella concreta evenienza, dalla decisione su opposizione impugnata risulta che l'assicuratore LAINF resistente ha negato dal 1° agosto 2023 il proprio obbligo a prestazioni per quanto riguarda i disturbi interessanti il rachide lombare, facendo capo al parere del proprio medico _____. In effetti, a margine della visita _____ del 25 luglio 2023, il dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia, ha dichiarato l'assicurata totalmente abile al lavoro da subito e non più bisognosa di cure sanitarie (eccezion fatta per due cicli di fisioterapia), ritenendo che le conseguenze infortunistiche (frattura delle limitanti somatiche superiori di L5 con sospetto L4 senza evidente perdita di altezza, nonché frattura delle costole II e III a sinistra) fossero nel frattempo completamente guarite e che i bulging discali e l'anterolistesi di L4 su L5 avessero un'eziologia esclusivamente morbosa (cfr. doc. 109). Dalle carte processuali emerge che, nel mese di giugno 2023, ha avuto luogo una consultazione presso il dott. _____, responsabile della neurochirurgia spinale presso l'Istituto neurologico _____, il quale ha disposto l'esecuzione di radiografie con proiezioni dinamiche in flessione estensione per escludere la presenza di un'instabilità lombare (doc. 95). Con comunicazione mail del 26 giugno 2023, il dott. _____ ha dichiarato che "I e lastre documentano una franca instabilità lombare per cui se i trattamenti conservativi di rinforzo muscolare non fossero idonei appare indicato intervento di stabilizzazione L3-L5." (doc. 103). Nel settembre 2023, l'insorgente ha invece privatamente consultato gli specialisti della _____, i quali hanno formulato la diagnosi di macroinstabilità in presenza di un'anterolistesi L4/L5 con possibile neurocompressione recessuale. Dal profilo terapeutico, il PD dott. _____ ha proposto innanzitutto l'esecuzione di un'infiltrazione delle faccette articolari L4-L5 bilateralmente come pure un'infiltrazione epidurale allo stesso livello, precisando che, a seconda dell'esito, sarebbe stato da valutare un intervento di stabilizzazione e di decompressione (doc. 134). Con referto del

E. 27

novembre 2023, il PD dott. _____, spec. FMH in neurochirurgia cranica e spinale, ha sostenuto che la ricorrente è portatrice di una "instabilità L4-L5 conseguenza della frattura L5 dx che ha avuto l'anno scorso". Egli ha quindi posto l'indicazione medica a procedere a un intervento di decompressione e stabilizzazione del livello L4-L5 con tecnica di TLIF mini-invasivo." (doc. 142). Chiamato dall'amministrazione a prendere posizione in merito alla documentazione nel frattempo acquisita, il dott. _____ ha ribadito il parere

secondo il quale “l’assicurata lamenta a livello del rachide lombare delle affezioni di origine morbosa e non con probabilità prevalentemente infortunistiche. Si tratta di un’acutizzazione passeggera di un processo morboso pre-esistente con uno status quo ante [ritrovato, n.d.r.] dopo tre e non oltre sei mesi post-infortunio.”. A proposito del rapporto del dott. _____, il fiduciario ha segnatamente osservato che “in genere una listesi (come in questo caso di grado I, massimo II) è di origine degenerativa. In casi rari può essere di origine infortunistica (dopo adeguato trauma di iperestensione e/o flessione o impatto diretto). In questo caso l’assicurata era seduta in auto con la cintura legata. Questa dinamica non è una dinamica sufficiente per provocare una lesione importante alla colonna lombare. In questo caso mancano tutti i segni di una lesione traumatica del disco, a parte la minima lesione della formazione osteofitica ventralmente del plateau superiore di L5. Al contrario, si nota una struttura del disco omogenea senza segni per una fessura/rottura. Nessuna inclusione di aria, edema o sanguinamento delle strutture attorno al livello L4-L5 a parte i processi degenerativi come sopra descritto.” (doc. 145). In occasione della visita del 29 gennaio 2024, il PD _____ ha innanzitutto sottolineato che il dott. _____ non è specialista in chirurgia spinale, di modo che non possiede “un’esperienza clinica e chirurgica spinale tale da poter valutare un caso di questa entità.”. D’altro canto, il medico curante specialista ha confermato che “l’instabilità segmentaria L4-L5 è in grande parte o esclusivamente dovuta alla frattura del piatto superiore di L5. Non posso negare che la paziente presentava sulla RM fatta al momento del trauma dei cambiamenti degenerativi, però non aveva a questo momento nessuna stenosi del forame e nessuna radicolopatia L5 a dx. Il cambiamento di anatomia della vertebra L5 e l’evoluzione post traumatica del disco L4-L5 sono degli elementi importanti per poter affermare che le lesioni sono post traumatiche e non completamente degenerative. Il caso della paziente non è un caso raro di scompenso di un disco post traumatico dopo una frattura anche valutata inizialmente come stabile. Per concludere, rimango sulla mia posizione che il problema clinico della paziente e il cambiamento importante del disco L4-L5 sono dei problemi post-traumatici. I cambiamenti degenerativi già visti sulla prima RM non giocano nessun ruolo oppure un ruolo minimo nel problema della paziente. Sono ovviamente a disposizione per confrontarmi con il Dr. _____ per ridiscutere i diversi esami radiologici con lui se fosse necessario.” (doc. 155). Le considerazioni espresse dal dott. _____ sono state criticamente commentate dal PD _____, spec. FMH in neurologia, nel suo apprezzamento del 14 febbraio 2024. In primo luogo, il medico fiduciario ha rilevato che, nell’immediato post trauma, la ricorrente ha lamentato principalmente dei dolori lombari e, soltanto dopo più di due settimane, sono stati segnalati dolori irradianti l’arto inferiore destro. Per contro, non sono mai stati documentati deficit motori segmentali oppure riflessi asimmetrici, neppure nel referto del dott. _____ relativo alla consultazione del 27 novembre 2023. D’altra parte, trattandosi della frattura del piatto superiore di L5, sarebbe tutt’al più possibile una compressione della radice di L4 a destra, tuttavia l’assicurata non presenta una corrispondente sintomatologia clinica. Anche una sintomatologia dipendente dalla radice di L5, che sarebbe possibile soltanto in presenza di ernie discali laterali molto grandi, in concreto non refertate alla diagnostica per immagini, non è data. Di conseguenza, a suo avviso, l’insorgente soffre di una cosiddetta sintomatologia pseudoradicolare con denuncia di un disturbo della sensibilità esclusivamente a livello della coscia laterale, non corrispondente né a L4 né a L5 e senza irradiazione radicolare nella gamba, assenti inoltre dei segni oggettivabili di anomalie nei riflessi. In merito all’intervento di stabilizzazione proposto dal dott. _____ (e dal dott. _____), il dott. _____ ha negato una

qualsiasi indicazione, con riferimento anche a quanto prevedono le linee guida interdisciplinari di lingua tedesca, alla cui elaborazione ha preso parte anche la Società svizzera di neurologia, a fronte di una frattura della vertebra L5 mai destabilizzata, nel frattempo guarita, e dell'assenza di disturbi funzionali neurologici (doc. III 1). Con rapporto del 14 marzo 2024, dopo aver segnalato che nemmeno il dott. _____ può essere ritenuto esperto nelle patologie della colonna vertebrale e sottolineato che la valutazione espressa da quest'ultimo ha avuto luogo in base agli atti, il medico curante specialista si è pronunciato in questi termini: " (...) Nelle mie lettere precedenti non ho mai negato la presenza di lesioni degenerative preesistenti al trauma, però l'analisi sia dell'anamnesi che della cartella radiologica, mostra che la frattura del piatto superiore di L5 ha cambiato l'angolazione del segmento L4-L5 e soprattutto l'altezza del forame L4-L5 dai due lati. Il Dr. _____ si basa su linee guida dell'associazione di ortopedia, per valutare che questo caso di frattura è fuori dalle linee guida proponendo una stabilizzazione. Questa risposta mette in evidenza la mancanza di esperienza del Dr. _____ nelle patologie della schiena. Ovviamente le linee guida sono più che valide per l'80% dei pazienti, però rimangono sempre dei casi particolari dove le linee guida non permettono di trattare i pazienti caso per caso. Il caso della signora RI 1 è chiaramente dentro questo 20%. Rimango sulla mia idea che la frattura del piatto superiore di L5 provocata dall'incidente in agosto 2022, e documentato dalla cartella radiologica, ha fatto scompensare la compressione radicolare L5 dx su stenosi foraminale L4-L5 dx. (...). " (doc. VII 1) Con apprezzamento datato 25 marzo 2024, il PD _____ ha segnatamente rilevato che il dott. _____ non si è pronunciato in merito all'assenza di deficit e reperti neurologici oggettivabili. A proposito del parere secondo cui la frattura di L5 avrebbe cambiato l'angolazione del segmento L4-L5 e soprattutto l'altezza del forame L4-L5 dai due lati, secondo il fiduciario dell'amministrazione, tale tesi non può essere presa in considerazione e non rispetta nemmeno le linee guida interdisciplinari, considerato che non è presente un'adeguata clinica, in assenza di una problematica oggettivabile interessante la radice di L5 a destra (doc. IX 1). Con i rapporti del 9 aprile (cfr. doc. XIII 1) e 14 maggio 2024 (cfr. doc. XXII 1), rispettivamente del 22 aprile (cfr. doc. XVII 1) e 13 giugno 2024 (cfr. doc. XXVI 1), il curante specialista e il fiduciario dell'CO 1 si sono in sostanza riconfermati nelle loro posizioni. 2.7. Per costante giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale mentre invece nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (cfr. RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STF U 259/02 dell'8 luglio 2003 consid. 2.1.1; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in BJM 1989, p. 30ss.). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10 p. 33 ss. e RAMI 1999 U 356 p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. In una sentenza 8C_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze

dell'amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve, a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. 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). Trattandosi invece di perizie affidate dagli assicuratori sociali, durante la procedura amministrativa, a medici esterni all'amministrazione o a servizi specializzati indipendenti, esse godono di piena forza probatoria, a condizione che non esistano indizi concreti che ne mettano in dubbio l'affidabilità (cfr. STF 8C_862/2014 del 2 aprile 2015 consid. 3.2 e riferimenti ivi citati). Per quel che concerne il valore probante di un rapporto medico, determinante è che esso sia completo sui temi sollevati, che sia fondato su esami approfonditi, che tenga conto delle censure sollevate dalla persona esaminata, che sia stato redatto in piena conoscenza dell'anamnesi, che sia chiaro nella presentazione del contesto medico e che le conclusioni dell'esperto siano motivate (cfr. SVR 2002 IV Nr. 21 p. 63; DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191ss.; DTF 122 V 160 ss., consid. 1c e riferimenti). L'elemento rilevante per decidere circa il valore probante, non è né l'origine del mezzo di prova né la sua designazione quale rapporto oppure quale perizia, ma semplicemente il suo contenuto (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti). È infine utile osservare che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va, tuttavia, precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (cfr. STF I 811/03 del 31 gennaio 2005, consid. 5 in fine; STF I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV Nr. 10 p. 35 consid. 4b).

2.8. Chiamato ora a pronunciarsi nel caso di specie, attentamente vagliato l'insieme della documentazione a sua disposizione, il TCA non ritiene di poter concludere, con la necessaria tranquillità, che al momento in cui l'assicuratore resistente ha posto termine alle proprie prestazioni (agosto 2023) (precisato che le indennità giornaliere sono comunque state riconosciute sino al 5 ottobre 2023), la ricorrente non presentava più alcun postumo somatico dell'evento traumatico del 12 agosto 2022. In questo senso, occorre innanzitutto precisare che, non essendo la decisione impugnata fondata su una perizia esterna ai sensi dell'art. 44 LPG, 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. 2.7.). Ora, ai referti dei medici interni all'amministrazione non può essere riconosciuto un valore probatorio sufficiente per escludere che RI 1 fosse portatrice, anche dopo il mese di luglio 2023, di sequele dell'infortunio assicurato. D'altro canto, il TCA constata che agli atti figurano i referti del medico curante dell'insorgente, PD dott. _____ (cfr. supra, consid. 2.6.), specialista proprio nella materia che qui interessa, il quale sostiene una tesi opposta a quella difesa dai medici interpellati dall'istituto assicuratore convenuto (per i quali l'evento assicurato sarebbe responsabile di un aggravamento soltanto transitorio con lo status quo ante ritrovato a far tempo da agosto 2023), ossia che l'infortunio dell'agosto 2022 avrebbe peggiorato direzionalmente (in modo

duraturo) il preesistente stato morboso del rachide lombare, e ciò nel senso che la frattura della limitante somatica superiore di L5 avrebbe modificato l'angolazione del segmento L4-L5, segnatamente l'altezza del forame L4-L5 dai due lati, provocando una stenosi dei neuroforami, modifica direzionale che risulterebbe oggettivata grazie al materiale iconografico a disposizione. Le posizioni del medico curante dall'assicurata, rispettivamente di quelli interpellati dall'CO 1, sono a tal punto divergenti, che non è possibile decidere tra l'una e l'altra senza disporre di conoscenze mediche specialistiche. In simili casi, la giurisprudenza federale prevede che va ordinata una perizia ad opera di un medico indipendente secondo la procedura di cui all'art. 44 LPGGA oppure una perizia giudiziaria (cfr. STF 8C_418/2022 del 1° marzo 2023 consid. 3.1.2 e riferimento ivi citato). 2.9. 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 LPGGA: " 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 LPGGA, 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 LPGGA): " 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 LPGGA; 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 STF 8C_274/2021 del 31 marzo 2023 consid. 9.3.3; STF 8C_523/2022 del 23 febbraio 2023 consid. 5.4 e riferimenti; STF 8C_731/2021 succitata consid. 4.6). Nella presente fattispecie, il TCA ritiene che siano adempiuti 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 la decisione impugnata si fonda esclusivamente sul parere dei propri medici interni. Per le ragioni già diffusamente 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) destinato a stabilire se i disturbi lombari denunciati dall'assicurata hanno costituito anche dopo il 31 luglio 2023 una conseguenza naturale dell'evento traumatico del 12 agosto 2022, oppure no. In seguito, facendo capo alle risultanze dell'accertamento esperito, l'amministrazione si pronuncerà di nuovo in merito al diritto alle prestazioni dal profilo materiale e temporale. Il TCA non è ora in grado di pronunciarsi in merito alla pretesa assenza di un nesso di causalità adeguata tra l'infortunio dell'agosto 2022 e i disturbi psichici presentanti dalla ricorrente (doc. 148, p. 6 s.), posto che dalla perizia che dovrà essere ordinata dall'amministrazione potrebbero emergere elementi suscettibili d'incidere sulla valutazione dei fattori di rilievo elaborati dalla giurisprudenza federale in materia di elaborazione psichica abnorme conseguente a infortunio (cfr. DTF 115 V 133).

2.10. A proposito della domanda ricorsuale tendente a che venga ripristinato il diritto all'indennità giornaliera a contare dal 12 agosto 2022 (cfr. doc. I, p. 12), precisato che la prestazione in questione è stata riconosciuta sino al 5 ottobre 2023 (cfr. supra, consid. 1.2.) e che l'CO 1 con la decisione impugnata ha ritirato l'effetto sospensivo a un eventuale ricorso, è utile segnalare che, in una sentenza 8C_45/2008 del 16 dicembre 2008, riguardante una fattispecie in cui un Tribunale cantonale aveva annullato la decisione su opposizione impugnata, mediante la quale l'assicuratore LAINF aveva dichiarato estinto il diritto alle prestazioni di corta durata e negato quello a una rendita d'invalidità e all'IMI, rinviando gli atti per complemento istruttorio e nuova decisione, il TF ha precisato, con riferimento alla pronuncia U 115/06 del 24 luglio 2007, che il principio sviluppato nella DTF 129 V 370 deve trovare applicazione anche nel caso in cui l'assicuratore contro gli infortuni sospende le proprie prestazioni, cosicché quest'ultimo non può essere tenuto a ripristinare il relativo diritto durante il periodo d'esecuzione degli accertamenti medici ordinati dal tribunale (si veda pure la STF 8C_739/2022 del 3 luglio 2023 consid. 5.1.3, con cui la Corte federale ha confermato la propria giurisprudenza).

2.11. Considerato l'esito del ricorso (il rinvio con esito aperto equivale a piena vittoria, cfr., da ultimo, STF 8C_859/2018 del 26 novembre 2018 consid. 5 con rinvio a DTF 137 V 210 consid. 7.1 p. 271 e riferimento), l'assicuratore verserà all'insorgente, rappresentata da un avvocato, l'importo fr. 2'000 (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.