

TI_GERICHTE 35.2025.21 vom 20. Oktober 2025

TI Tribunale d'appello, 2025-10-20, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2025.21

FR: TI_GERICHTE 35.2025.21 du 20 octobre 2025

IT: TI_GERICHTE 35.2025.21 del 20 ottobre 2025

Regeste

Discussa l'eziologia dei disturbi alla gamba sinistra (caso in cui l'assicuratore, pur avendo riconosciuto l'insorgenza di un infortunio, ha negato ab initio le proprie prestazioni). Rinvio atti per complemento istruttorio (perizia amministrativa esterna)

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 legittimata a negare ab initio le proprie prestazioni in relazione all'evento infortunistico del 25 agosto 2024, oppure no. Questa Corte prende atto che l'assicuratore resistente giustamente non contesta che il sinistro appena citato è costitutivo di un infortunio ai sensi dell'art. 4 LPGA (cfr. doc. 21, p. 5: “ Nel caso in esame non è in discussione il fatto che l'evento del 25 agosto 2024 configura un infortunio ”). In discussione vi è quindi soltanto l'esistenza di un nesso di causalità naturale tra i disturbi denunciati dal ricorrente e l'infortunio 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 129 V 177 consid. 3. p. 181, 402 consid. 4.3 p. 406). 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*) (cfr. 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 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).

2.6. Nel caso di specie, all'assicuratore convenuto è stato annunciato che l'assicurato, in data 25 agosto 2024, è scivolato appoggiando la gamba sinistra in modo innaturale durante un'escursione in montagna (doc. 1). Con certificato del 23 settembre 2024, il dott. _____, spec. FMH in medicina interna generale, ha riferito di essere stato consultato dall'insorgente il 26 agosto 2024, di aver refertato la presenza di dolori di tipo neuro-sciatalgico alla gamba sinistra e di aver prescritto l'esecuzione di fisioterapia e l'assunzione di farmaci analgesici e antiflogistici. Il curante ha inoltre attestato una totale inabilità lavorativa a far tempo dal 26 agosto 2024 (doc. 5). Rispondendo alle domande sottopostegli dall'assicuratore LAINF, l'insorgente ha precisato che mentre scendeva dalla montagna è scivolato e ha appoggiato a terra in modo anomalo la gamba sinistra (cfr. doc. 15). Interpellato dall'amministrazione, il dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia, ha sostenuto che i disturbi lamentati costituivano una conseguenza soltanto possibile dell'infortunio, ritenuto che " il paziente non è stato sottoposto ad un esame né clinico né radiologico. In assenza di un approfondimento anche da parte del medico curante, la diagnosi rimane un sospetto. Non è stato valutato in modo oggettivamente un problema degenerativo o infortunistico quale può giustificare un conflitto radicolare e/o una neuropatia " (doc. 28, p. 3). Agli atti figura inoltre una prescrizione di fisioterapia del dott. _____, Capoclinica presso l'Istituto _____, in cui figura la diagnosi di sindrome lombo-vertebrale con irradiazione di verosimile origine pseudoradicolare dopo trauma in agosto 2024 (doc. C). Con rapporto prodotto sub doc. 22, il dott. _____ ha confermato il suo precedente parere, rilevando che la diagnosi posta dal dott. _____ " (...) descrive una dolorabilità della colonna lombare distale, sintomi di cui soffre la popolazione circa 3-4 volte durante l'anno, scientificamente documentati. Problemi conosciuti nella vita quotidiana della popolazione in assenza di danni traumatici o vere patologie. La pseudoradicolopatia descrive un'assenza di una vera compressione nervale quale può essere provocata da un infortunio o in presenza di una vera ernia lombare, che non è mai stata diagnosticata. Anche i sintomi descritti inizialmente fanno stato di un processo degenerativo e non infortunistico. " (doc. 22, p. 2). In corso di causa, l'assicurato ha versato agli atti un referto, datato 23 maggio 2025, della dott.ssa _____, spec. FMH in medicina fisica e riabilitazione, il cui tenore è il seguente: " (...) Nell'agosto 2024 il paziente scivola in montagna e fa un movimento brusco per non cadere, da allora scosse e disestesie a livello del piede sinistro, dolore sciatalgico. Obiettivamente il paziente presenta blocco funzionale post-traumatico dell'arto inferiore sinistro con blocco della sottoastragala sinistra, della tibioperoneale e dolenzia alla sollecitazione dello SPE. Risentimento ascendente, in particolare a carico della fascia lata, dolore e limitazione nella infrarotazione dell'anca, bacino sinistro sovraelevato con blocco della sacroiliaca sinistra ed infine iperattività della catena posteriore sinistra. Il dolore riferito dal paziente è da riferirsi all'evento traumatico subito in montagna in agosto 2024." (doc. VII1) Con rapporto del 6 agosto 2025, il dott. _____ ha rilevato che la valutazione della curante specialista appena menzionata " (...) non giustifica in modo oggettivamente un danno di origine infortunistica. Nell'anno trascorso post semplice distorsione della caviglia sinistra, il paziente ha ripreso la sua vita normale, camminando con pieno carico e senza seguire terapia particolare per oltre 6 mesi post infortunio, senza richiedere ulteriori valutazioni

specialistiche. Con probabilità preponderante, il blocco funzionale descritto dalla Drssa _____ non può essere in relazione causale con una semplice distorsione. Anche fosse avvenuta una lesione parziale o totale dei legamenti intorno ai malleoli, dopo 6-12 settimane al massimo, la guarigione è certa. La Drssa _____ non ha misurato l'ampiezza dei movimenti, né eseguito un esame oggettivabile tramite radiografia, RM o ecografia, per giustificare l'eventuale danno". A proposito dei disturbi lombovertebrali, egli ha in sostanza ribadito quanto già sostenuto in precedenza (allegato al doc. XIV). In data 17 settembre 2025, la dott.ssa _____ si è detta in disaccordo con le considerazioni espresse dal medico fiduciario dell'amministrazione. In effetti, a suo avviso, l'insorgente " (...) non ha mai riportato un trauma distorsivo alla caviglia sinistra e non ha mai sofferto di mal di schiena. Quello che ha sempre lamentato è stato un dolore nevralgico post-traumatico a partenza dalla natica con irradiazione lungo l'arto inferiore. Le lesioni nevralgiche sono molto più lente a guarire delle lesioni tendinolegamentose, tempi di 6 mesi a 15 mesi sono giustificati. Già quando ho visitato il paziente nel mese di maggio 2025 il dolore nevralgico era regredito ma ancora presente. Non perché una presunta lesione dello SPE non è probabilmente più visibile su una risonanza, vuol dire che non c'è stata. Prima di non riconoscere l'infortunio vorrei che il paziente venga sottoposto a visita specialistica" (doc. XVIII1). Il rapporto 17 settembre 2025 della curante specialista è stato commentato criticamente dal dott. _____, il quale ha segnatamente osservato che " né il Dr. _____, né la Dr.ssa _____ descrivono o mostrano tramite esame clinico e radiologico, che l'assicurato ha riportato un danno alla gamba o alla colonna vertebrale. Post infortunio l'assicurato ha continuato a lavorare al 40% almeno. Nei mesi successivi nessuno dei medici curanti ha ritenuto necessario svolgere ulteriori approfondimenti. Solo 7 mesi dopo l'infortunio, il Dr. _____, _____ prescrive 1 ciclo di fisioterapia per una sospetta sindrome lombovertebrale di verosimile origine pseudoradicolare. Anche lui non predispone nessun approfondimento clinico e radiologico. In assenza di un danno oggettivabile, una possibile distorsione della gamba sinistra (non si descrive alcun danno alla colonna vertebrale nell'infortunio), dopo 3 mesi è guarita. Anche un'eventuale distorsione della colonna lombare guarisce nell'arco di 3 e non oltre 6 mesi, se non in presenza di un processo degenerativo importante, da escludere in un paziente nato a fine 1992 come documentato nella RM della colonna cervicale, perfettamente nella norma" (doc. XXII1). 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; STFA U 259/02 dell'8 luglio 2003 consid. 2.1.1; U. Meyer, 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. 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. STFA I 811/03 del 31 gennaio 2005, consid. 5 in fine; STFA I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV Nr. 10 p. 35 consid. 4b). 2.8. Chiamato ora a pronunciarsi, attentamente vagliato l'insieme della documentazione a sua disposizione, il TCA non ritiene di poter confermare la decisione su opposizione del 27 febbraio 2025, mediante la quale l'CO 1 ha negato ab initio le proprie prestazioni in relazione all'evento traumatico occorso nel mese di agosto 2024. 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. 2.7.). Innanzitutto, questa Corte rileva, quale osservazione di ordine generale, che l'istituto resistente ha ammesso che il sinistro occorso il 25 agosto 2024 costituisce un infortunio ai sensi di legge. D'altro canto, dagli atti emerge che i disturbi interessanti l'arto inferiore sinistro sono apparentemente insorti subito dopo quell'evento (si veda in questo senso il certificato 23 settembre 2024 del curante dal quale si evince che, il giorno successivo l'infortunio, l'assicurato denunciava dei dolori invalidanti di tipo sciatalgico all'arto inferiore sinistro, necessitanti di cure e all'origine di una completa incapacità lavorativa – cfr. doc. 5). Normalmente, in casi del genere, l'assicuratore LAINF ammette il proprio obbligo a prestazioni a fronte della necessità di cure, rispettivamente dell'incapacità lavorativa dipendente dalla sintomatologia algica, approfondendo la fattispecie sul piano medico nel caso in cui i disturbi dovessero perdurare. Nel caso di specie, l'CO 1 non ha invece corrisposto alcuna prestazione, appoggiandosi alla valutazione del proprio consulente

medico che ha negato l'eziologia infortunistica essenzialmente per la ragione che i disturbi in discussione non erano stati indagati né dal profilo clinico né da quello radiologico (doc. 28, p. 3: " In assenza di un approfondimento anche da parte del medico curante, la diagnosi rimane un sospetto. Non è stato valutato in modo oggettivamente un problema degenerativo o infortunistico quale può giustificare un conflitto radicolare e/o una neuropatia "). A prescindere da quanto precede, il TCA osserva che il dott. _____ ha espresso il proprio parere sulla sola base degli atti. Ora, la giurisprudenza federale non esige che la persona assicurata venga visitata personalmente affinché possa essere riconosciuto il valore probatorio di un rapporto medico, a condizione però che l'incarto su cui si fonda tale referto contenga sufficienti apprezzamenti medici elaborati in base a un esame personale del paziente (cfr. STF 8C_469/2020 del 26 maggio 2021 consid. 3.2 e i riferimenti ivi menzionati). Di norma, una valutazione sulla base dei soli atti medici (" Aktegutachten ") è difatti possibile se il medico fiduciario dispone di sufficienti elementi risultanti da altri accertamenti personali (cfr., tra le tante, STCA 35.2018.113 del 5 marzo 2019 consid. 2.9; 35.2022.12 del 16 agosto 2022 consid. 2.9 e rinvii giurisprudenziali ivi citati) (per un caso recente riguardante una valutazione fiduciaria della causalità naturale fondata sulla sola base degli atti, in cui l'Alta Corte ha rinviato la causa all'amministrazione per esecuzione di una perizia ortopedica esterna, si veda la STF 8C_685/2024 del 5 settembre 2025 consid. 6.3 e 6.4). Nella concreta evenienza, questo Tribunale non ritiene che la documentazione a disposizione del fiduciario dell'CO 1 contenesse dati medici tali da consentirgli di esprimere una valutazione sufficientemente attendibile. Già per questa ragione, ai suoi referti non può essere riconosciuto un pieno valore probatorio. Infine e soprattutto, va rilevato che il medico curante specialista ha valutato i disturbi denunciati dall'assicurato in maniera diversa rispetto al consulente dell'assicurazione. In particolare, con la sua certificazione del 17 settembre 2025, la dott.ssa _____ ha obiettato che, diversamente da quanto sostenuto dal dott. _____, l'insorgente non ha riportato una distorsione della caviglia sinistra, né ha mai sofferto di mal di schiena. A suo avviso, il ricorrente soffrirebbe in realtà di una problematica nevralgica, imputabile a una lesione traumatica del nervo sciatico popliteo esterno (SPE). Da rilevare che tale diagnosi non è stata minimamente considerata e discussa dal fiduciario dell'CO 1, il quale ha dal canto suo continuato a parlare di distorsione della gamba e del rachide lombare (cfr. doc. XXIII). In questo senso, i rapporti agli atti della specialista privatamente consultata dal ricorrente appaiono atti a suscitare dei lievi dubbi circa la correttezza delle conclusioni a cui è pervenuto il dott. _____. Stante tutto quanto precede, secondo questo Tribunale, la documentazione a disposizione non basta per escludere che RI 1 fosse portatore di una qualsiasi sequela dell'infortunio assicurato. In queste condizioni, il TCA ritiene che non si possa prescindere dal procedere a un approfondimento peritale (in questo senso, si veda la STF 8C_812/2015 del 20 luglio 2016 e la 8C_783/2018 del 4 aprile 2019). 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 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 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 LPG, precisando che laddove esistano dubbi circa l'attendibilità e la pertinenza della valutazione del medico fiduciario, spetta in primo luogo all'assicuratore contro gli infortuni procedere a ulteriori atti istruttori per determinare d'ufficio i fatti determinanti e, se del caso, assumere le prove necessarie prima di emanare la decisione (art. 43 LPG): " Lorsqu'il existe des doutes sur la fiabilité et la pertinence de l'appréciation du médecin-conseil, il appartient en premier lieu à l'assureur-accidents de procéder à des instructions complémentaires pour établir d'office l'ensemble des faits déterminants et, le cas échéant, d'administrer les preuves nécessaires avant de rendre sa décision (art. 43 al. 1 LPG; ATF 132 V 368 consid. 5 p. 374; arrêt 8C_401/209 du 9 juin 2020 consid. 5.3.3. et ses références)." (si veda pure la STF 8C_697/2019, 8C_698/2019 del 9 novembre 2020 consid. 4.1). Inoltre, 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 e la STCA 35.2024.12 del 10 giugno 2024, consid. 2.6). Infine, con pronuncia 8C_447/2023 del 18 aprile 2024 consid. 5.3, l'Alta Corte ha stabilito che: " Aufgrund der widersprüchlichen Berichte der RAD-Ärzte untereinander einerseits und im Vergleich zu den erwähnten Berichten des Spital F. _____ andererseits bestanden mithin zumindest geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Einschätzung durch die beiden Ärzte des RAD, auf welche sich die Vorinstanz abstützte. Anstatt weitere Abklärungen zu tätigen, stellte das kantonale Gericht eigene medizinische Überlegungen an und schloss auf eine abgestufte Arbeitsfähigkeit ab Oktober 2017. Dies liegt jedoch nicht mehr im Rahmen einer zulässigen freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG), ist es doch nicht Aufgabe des Gerichts, fachfremde Schlussfolgerungen zu ziehen (vgl. Urteile 8C_122/2023 vom 26. Februar 2024 E. 5.3; 8C_586/2022 vom 26. April 2023 E. 5.2.2;

8C_225/2021 vom 10. Juni 2021 E. 5.3+5.5). Vielmehr hätte die Vorinstanz die dargelegten Unstimmigkeiten und Widersprüche näher abklären müssen. Indem sie dies unterliess, stellte sie den Sachverhalt nicht rechtsgenügend fest, was die Beweiswürdigungsregeln sowie den Untersuchungsgrundsatz, mithin Bundesrecht, verletzt.” (cfr. pure STCA 35.2024.26 del 30 settembre 2023 consid. 2.13.; 35.2024.73 del 27 gennaio 2025 consid. 2.5.5.). 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 consulente. 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), se i disturbi denunciati dall’assicurato alla gamba sinistra sono stati causati, almeno in parte, dall’infortunio del 25 agosto 2024 e, nell’affermativa, fino a quando è persistito il nesso di causalità naturale con quell’evento. 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. 2.10. 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. fbis 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 (cfr. STCA 35.2021.9 del 20 settembre 2021 consid. 2.12; 35.2021.58 del 18 ottobre 2021 consid. 2.12). Sul tema, cfr. anche STF 9C_369/2022 del 19 settembre 2022; STF 9C_368/2021 del 2 giugno 2022; SVR 2022 KV Nr. 18 (STF 9C_13/2022 del 16 febbraio 2022); STF 9C_394/2021 del 3 gennaio 2022; STF 8C_265/2021 del 21 luglio 2021 (al riguardo cfr. Ares Bernasconi, *Actualités du TF*, 8C_265/2021 du 21 juillet 2021 - *frais judiciaires pour les tribunaux cantonaux des assurances selon la révision de la LPGa du 21 juin 2019*, in *SZS/RSAS 2/2022* pag. 107); Messaggio Nr. 8480 del Consiglio di Stato del 21 agosto 2024 «Rapporto sull’iniziativa parlamentare presentata il 4 maggio 2021 nella forma elaborata da Lara Filippini e Sabrina Aldi per la modifica dell’art. 29 della Legge di procedura per le cause davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni (Lptca) del 23 giugno 2008 (Implementazione della revisione LPGa alle spese giudiziarie dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni) e controprogetto».

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