

TI_GERICHTE 35.2025.59 vom 14. November 2025

TI Tribunale d'appello, 2025-11-14, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2025.59

FR: TI_GERICHTE 35.2025.59 du 14 novembre 2025

IT: TI_GERICHTE 35.2025.59 del 14 novembre 2025

Regeste

Discussa l'esistenza di un infortunio ai sensi di legge, risp. di una lesione parificata. Negato l'intervento di un infortunio. Per quanto riguarda la lesione parificata, rinvio degli atti per accertare l'insorgenza di uno stiramento muscolare alla regione lombare

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 le proprie prestazioni in relazione all'evento infortunistico del 29 maggio 2024 per il motivo che l'assicurato non sarebbe rimasto vittima di un infortunio ai sensi di legge, né il danno alla salute che ha presentato costituirebbe una lesione parificata ai postumi d'infortunio, oppure no. 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. L'assicurazione effettua le prestazioni anche per le lesioni corporali parificabili ai postumi d'infortunio esaustivamente enumerate al cpv. 2 del medesimo articolo. 2.4. 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. Ghélew, 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. 2.5. Si evince dalla nozione stessa di infortunio che il carattere straordinario non concerne gli effetti del fattore esterno ma unicamente il fattore esterno in quanto tale (cfr. RAMI 2000 U 374, p. 176). Pertanto, è irrilevante il fatto che il fattore esterno abbia causato delle affezioni gravi o inabituale. Il fattore esterno è considerato come straordinario quando eccede, nel caso concreto, il quadro degli avvenimenti e delle situazioni che si possono, obiettivamente, definire quotidiane o abituali (DTF 142 V 219 consid. 4.3.1; 134 V 72 consid. 4.1; 122 V 233 consid. 1; 121 V 38 consid. 1a; 118 V 61 consid. 2b; 118 V 283 consid. 2a; RAMI 1993 p. 157 ss. consid. 2a). Vi è infortunio unicamente se un fattore esterno ha agito sul corpo. L'evento deve accadere nel mondo esterno. Quando il processo lesivo si svolge all'interno del corpo umano, senza l'intervento di agenti esterni, l'ipotesi di un evento infortunistico è data essenzialmente in

caso di sforzo eccessivo o di movimenti scoordinati. La giurisprudenza esige, perché si possa ammettere il fattore causale di sforzi eccessivi, che essi superino in modo evidente le sollecitazioni cui la vittima è normalmente esposta e alle quali, per costituzione, consuetudine o addestramento, essa è abitualmente in grado di resistere. Da un altro lato, per poter ritenere che lesioni corporali siano state causate da movimenti scombinati o incongrui. Gli stessi devono essersi prodotti in circostanze esterne manifestamente insolite, impreviste e fuori programma. Carente è altrimenti la straordinarietà del fattore esterno causale, con la conseguenza che non tutte le caratteristiche di un infortunio sono realizzate (DTF 122 V 232 consid. 1, 121 V 38 consid. 1a, 118 V 61 consid. 2b, 283 consid. 2, 116 V 138 consid. 3a e b, 147 consid. 2a; RAMI 1993 U 165, p. 59 consid. 3b). 2.6.

Conformemente alla giurisprudenza, tocca all'assicurato rendere verosimile l'esistenza, in concreto, di tutti gli elementi costitutivi d'infortunio. Quando l'istruttoria non permette di ritenere accertati, perlomeno secondo il grado della verosimiglianza preponderante - la semplice possibilità non basta - tali elementi, il giudice constata l'assenza di prove o di indizi e, quindi, l'inesistenza giuridica dell'infortunio (cfr. DTF 114 V 305 consid. 5b; 116 V 136 consid. 4b; 111 V 201 consid. 6b; RAMI 1990 U 86 p. 50; A. Bühler, Der Unfallbegriff, in: A. Koller (Hrsg.), Haftpflicht- und Versicherungsrechtstagung 1995, S. Gallo 1995, p. 267). 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). 2.7.

Nel caso di specie, va preliminarmente segnalato che, nella DTF 146 V 51 consid. 9.1, il Tribunale federale si è chinato segnatamente sulla questione di sapere quale disposizione torna applicabile allorché l'assicuratore contro gli infortuni ha ammesso l'esistenza di un infortunio ex art. 4 LPGa e che l'assicurato soffre di una lesione corporale ai sensi dell'art. 6 cpv. 2 LAINF. La Corte federale ha stabilito che in tale ipotesi, l'assicuratore contro gli infortuni deve prendere a proprio carico le conseguenze della lesione in questione in virtù dell'art. 6 cpv. 1 LAINF. Per contro, in assenza di un infortunio ai sensi di legge, il caso deve essere esaminato dal profilo dell'art. 6 cpv. 2 LAINF. Alla luce di quanto precede, questo Tribunale è innanzitutto tenuto a esaminare se RI 1 è rimasto vittima di un infortunio ai sensi dell'art. 4 LPGa, oppure no. 2.8.

Nella concreta evenienza, in data 10 giugno 2024, il datore di lavoro dell'insorgente ha annunciato all'assicuratore che il 29 maggio 2024 era accaduto un evento riguardante la schiena. Il sinistro è così stato descritto: "Spostando un mobile d'ufficio, si procurava uno strappo muscolare alla schiena." (doc. 4)

Rispondendo il 20 agosto 2024 alle domande contenute nel questionario sottopostogli dall'amministrazione, l'assicurato ha fornito le seguenti indicazioni circa la dinamica dell'evento: "Mentre sollevavo un mobile ho sentito un forte stiramento nella zona lombare della schiena." In quella medesima occasione, egli ha inoltre precisato che l'oggetto sollevato era un armadio del peso di 40 kg, che non si è trattato di un'attività per lui abituale e che l'attività si era svolta in condizioni esterne di normalità (cfr. doc. 12). Con certificato del 23 settembre 2024, il dott. _____, spec. FMH in medicina interna generale, ha indicato che, sollevando un armadio, "per non cadere [l'assicurato, n.d.r.] fa un falso movimento" (doc. 20). Alla luce di quanto precede, chiamato innanzitutto a stabilire come si sono svolti i fatti quel 29 maggio 2024, questo Tribunale ritiene accertato che i disturbi alla schiena sono insorti mentre l'assicurato sollevava un armadio, così come da lui stesso dichiarato nel questionario precedentemente menzionato. A quanto il dott. _____ ha sostenuto il 23 settembre 2024 (compimento di un falso movimento per evitare di cadere -cfr. doc. 20), non può essere riconosciuto valore probatorio, già per il fatto che la versione del medico curante contiene degli elementi che non sono stati forniti nemmeno da colui che

ha vissuto l'evento in prima persona. 2.9. Nel caso di specie, come visto, va ritenuto che non vi è stato l'intervento di un fattore causale esterno: il danno alla salute si è, infatti, manifestato senza che vi sia stato impatto né con altre persone né con oggetti. Va dunque esaminato se, in caso, si possa ammettere che vi è stato un movimento scombinato o uno sforzo manifestamente eccessivo. Infatti, quando il processo lesivo si svolge all'interno del corpo umano, senza l'intervento di agenti esterni, l'ipotesi di un evento infortunistico è data essenzialmente in caso di uno sforzo manifestamente eccessivo o di un movimento scoordinato. Ora, dalle dichiarazioni dell'assicurato non emerge che egli abbia compiuto un movimento scombinato del corpo ai sensi della giurisprudenza federale (cfr. supra, consid. 2.5.). In effetti, nel rispondere alle domande contenute nel formulario sul sinistro, l'insorgente stesso ha dichiarato che l'evento si era prodotto in condizioni esterne normali e che non era successo nulla di particolare o d'imprevisto (ad esempio, scivolare, cadere, sbattere, ecc.) (cfr. doc. 12, p. 2). La giurisprudenza ammette, d'altro canto, l'esistenza di un fattore straordinario quando, sollevando o spostando un peso, si produce una lesione a causa di uno sforzo straordinario, cioè manifestamente eccessivo a dipendenza delle circostanze del caso concreto (cfr. supra, consid. 2.5.). Un esame della giurisprudenza federale dimostra che il fatto di sollevare, trasportare o spostare pesi inferiori ai 100 kg - trattandosi di assicurati esercitanti attività manuali - non viene considerato sforzo eccessivo (cfr. STF U 252/06 del 4 maggio 2007, STF U 144/06 del 23 maggio 2006, consid. 2.2, U 222/05 del 21 marzo 2006, consid. 3.2 e U 110/99 del 12 aprile 2000, consid. 3; si veda pure la STCA 35.2003 del 21 luglio 2003, riguardante un assicurato, di professione posatore di marmi e graniti, che aveva dovuto sopportare, per un attimo, l'intero peso di una panchina in granito di circa 70 kg, in quanto il suo collega con il quale stava effettuando il trasporto era inciampato). Tutto ben considerato, questo Tribunale ritiene che nell'atto di sollevare un armadio di 40 kg, per un uomo adulto, di giovane età (32 anni) e con una corporatura piuttosto robusta (dagli atti si evince che l'assicurato è alto 181 cm e pesa 78 kg - cfr. doc. 12, p. 1), non sia ancora ravvisabile uno sforzo manifestamente eccessivo ai sensi della giurisprudenza, e ciò a prescindere dal fatto che per il ricorrente si è trattato di un'attività inconsueta (cfr. doc. 12, p. 2). In merito allo stato preesistente - secondo quanto dichiarato dall'insorgente, la regione lombare era già stata interessata da un evento traumatico nel dicembre 2023 con insorgenza di disturbi analoghi -, è utile rilevare che, in una sentenza 8C_656/2008 del 13 febbraio 2009 consid. 3.3, tale aspetto è stato giudicato irrilevante dal Tribunale federale, il quale ha stabilito che i requisiti che la giurisprudenza ha posto a proposito del fattore esterno, non possono essere affievoliti prevalendosi di un eventuale danno preesistente alla parte del corpo interessata. Sebbene questo principio sia stato sviluppato in materia di lesione parificata ai postumi d'infortunio, in una pronuncia 35.2012.73 del 21 marzo 2013 consid. 2.6., cresciuta incontestata in giudicato, questa Corte ha ritenuto che esso debba trovare applicazione anche in materia d'infortunio, allorquando si tratta di decidere se la persona assicurata ha compiuto uno sforzo manifestamente eccessivo. In esito alle considerazioni che precedono, il TCA deve concludere che non sono, in concreto, soddisfatte le severe condizioni poste dalla giurisprudenza federale per poter riconoscere il carattere infortunistico in assenza di un fattore esterno. Di conseguenza, non si è in presenza di un infortunio ai sensi dell'art. 4 LPGA, come correttamente considerato dall'assicuratore LAINF. 2.10. Si tratta ora di esaminare se l'CO 1 era legittimata a negare il proprio obbligo a prestazioni anche a titolo di lesione parificata ad infortunio. Giusta l'art. 6 cpv. 2 LAINF, introdotto nel quadro della revisione della Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni, entrata in vigore il 1° gennaio 2017,

l'assicurazione effettua le prestazioni anche per le lesioni corporali seguenti – fratture (lett. a), lussazioni di articolazioni (lett. b), lacerazioni del menisco (lett. c), lacerazioni muscolari (lett. d), stiramenti muscolari (lett. e), lacerazioni dei tendini (lett. f), lesioni dei legamenti (lett. g) e lesioni del timpano (lett. h) - a condizione che non siano dovute prevalentemente all'usura o a una malattia. Al riguardo, è utile sottolineare che, rispetto al diritto previgente (cfr. art. 9 cpv. 2 v.OAINF), con il nuovo art. 6 cpv. 2 LAINF il legislatore federale ha rinunciato al criterio del fattore esterno. Nella già citata DTF 146 V 51 (cfr. supra, consid. 2.6.), la Corte federale, avuto riguardo all'applicazione dell'art. 6 cpv. 2 LAINF, ha precisato che, in presenza di una lesione corporale figurante nell'elenco, l'assicuratore è di principio tenuto a corrispondere le prestazioni assicurative, fintanto che non dimostra, con il grado della verosimiglianza preponderante, che la lesione in questione è da ricondurre prevalentemente - ossia in misura maggiore al 50% (consid. 8.2.2.1) - a usura o malattia (consid. 8.2.2 e 9.1). Tale onere probatorio rende, comunque, necessario distinguere tra una lesione corporale parificata di tipo infortunistico (che deve essere assunta dall'assicurazione contro gli infortuni) ed una lesione corporale figurante nella lista, ma causata da usura e malattia (a carico dell'assicuratore contro le malattie). L'apporto della prova liberatoria presuppone che, nell'ambito dell'obbligo di accertamento ex art. 43 cpv. 1 LPGa, ricevuta la notifica relativa ad una lesione parificata ad un infortunio (art. 6 cpv. 2 lett. a-h LAINF), l'assicuratore chiarisca le circostanze in cui essa si è verificata. Occorre dunque accertare i dettagli relativi sia alla situazione anteriore, che alla prima comparsa dei disturbi lamentati dall'assicurato e ponderare, dal punto di vista medico, gli elementi che depongono in favore, o a sfavore, di un'origine della lesione dovuta all'usura o alla malattia ed è in tal senso che la questione a sapere se ha avuto luogo un evento iniziale riconoscibile e identificabile continua ad essere determinante al fine di circoscrivere l'obbligo prestativo dell'assicuratore contro gli infortuni rispetto a quello dell'assicuratore contro le malattie. Se lo spettro delle possibili cause è costituito esclusivamente da elementi che parlano a favore di un'usura o di una malattia, ne consegue inevitabilmente che è stata fornita la prova a discarico dell'assicuratore infortuni e non sono necessari ulteriori chiarimenti (consid. 8.6). La prova che una lesione corporale figurante nella lista è dovuta in maniera prevalente all'usura o a una malattia deve essere considerata fornita anche quando un assicuratore contro gli infortuni dimostra che un infortunio secondo l'art. 4 LPGa non è in nesso di causalità, nemmeno in minima misura, con la lesione in questione e non esistono indizi che una circostanza avvenuta dopo l'evento potrebbe costituirne una causa possibile (consid. 9.2). Sul tema, si veda pure la STF 8C_267/2019 del 30 ottobre 2019 consid. 6 e la STF 8C_169/2019 del 10 marzo 2020 consid. 5.4 e 5.5. Con la decisione su opposizione impugnata, l'amministrazione ha negato che in casu sia stata dimostrata l'esistenza di una delle lesioni esaustivamente enumerate all'art. 6 cpv. 2 LAINF, concretamente di uno stiramento muscolare ai sensi della sua lettera e), stiramento che, secondo il medico consulente, sarebbe soltanto sospetto (cfr. doc. 48, p. 6: "In relazione alla presente vertenza il nocciolo del problema è circoscritto alla circostanza che il curante dell'opponente conclude alla presenza di uno stiramento muscolare ed il consulente medico dell'assicuratore LAINF ritiene che ci si trovi in presenza di un sospetto stiramento muscolare: la distinzione è importante. Di fatto, solo con scritto 31 gennaio 2025 il dr. med. _____ specifica la diagnosi di stiramento muscolare senza confrontarsi però con quanto precedentemente ritenuto dal dr. med. _____ e meglio la presenza di un sospetto stiramento muscolare. Più precisamente, il dr. med. _____ non indica per quale motivo le conclusioni del consulente medico dell'assicuratore LAINF siano

irricevibili.”). Dalle carte processuali emerge che, interpellato dall’assicuratore resistente, nel dicembre 2024 il dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia, ha in effetti diagnosticato un sospetto stiramento muscolare lombare, precisando di non essere “in presenza di nessuna valutazione oggettivamente quale mostra un danno di origine infortunistica.” (doc. 37, p. 2). Agli atti figura inoltre un rapporto, datato 31 gennaio 2025, del dott. _____ del seguente tenore: " (...) Ho visto il paziente il 29.5.2024, il medesimo giorno sollevando un armadio pesante scivola, e per non cadere fa un falso movimento e sente improvvisamente un forte dolore lombare a destra per cui la diagnosi di stiramento muscolare traumatico è compresa nell’articolo 6, capoverso 2 dell’assicurazione LAINF. Ho potuto subito constatare lo stiramento (dolori alla pressione e al movimento) nella zona lombare destra. Il caso deve essere pertanto rivisto e sottoposto all’assicurazione infortuni. Il 17.6.2024 il paziente era guarito grazie alla fisioterapia, ragione perché il caso era stato chiuso.” (allegato al doc. 46) 2.11. 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).

2.12. 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 5 giugno 2025, fondata sul parere agli atti del dott. _____. Preliminarmente, va rilevato che, non essendo la decisione impugnata basata su una perizia esterna, 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. 2.11.). Questo Tribunale constata che dal rapporto 31 gennaio 2025 del dott. _____ risulta che, già a margine della (prima) consultazione del 29 maggio 2024, grazie all'esame clinico eseguito in quella medesima occasione ("dolori alla pressione e al movimento"), egli aveva riscontrato uno stiramento muscolare nella zona lombare destra (allegato al doc. 46) e che, contrariamente a quanto fatto valere dall'assicuratore convenuto (cfr. doc. III, p. 7), la diagnosi di stiramento muscolare para-lombare figurava già nel certificato LAINF iniziale del curante (cfr. doc. 20), come pure nelle sue prescrizioni di fisioterapia del 29 maggio e 14 giugno 2024 (cfr. doc. D). In questo contesto, è utile segnalare che, in una sentenza 35.2006.53 del 22 novembre 2006 consid. 2.7., questa Corte, facendo capo a considerazioni enunciate dal medico curante specialista che avevano peraltro trovato riscontro nella letteratura medica consultata, ha ritenuto che nella maggior parte dei casi la diagnosi di stiramento muscolare può essere posta sulla base dell'anamnesi e dell'esame clinico, senza dunque procedere a indagini strumentali. Alla luce di quanto precede, la valutazione del medico fiduciario dell'CO 1 non convince nella misura in cui egli sostiene che - considerata l'assenza di una "valutazione oggettivabile" - la presenza di uno stiramento muscolare ai sensi dell'art. 6 cpv. 2 lett. e LAINF non sarebbe stata in concreto sufficientemente dimostrata (cfr. doc. 37, p. 2). Il TCA ritiene dunque che il parere del dott. _____ non basti per escludere che RI 1 presentasse effettivamente uno stiramento muscolare nella regione lombare destra e che pertanto non si possa prescindere dal procedere a un approfondimento peritale (in questo senso, si veda STF 8C_812/2015 del 20 luglio 2016 e STF 8C_783/2018 del 4 aprile 2019). Un sufficiente valore probatorio non può del resto essere riconosciuto nemmeno al parere del dott. _____, nella misura in cui esso si fonda su una dinamica dell'evento diversa da quella - ritenuta determinante da questo Tribunale - fornita dal diretto interessato. Ora, come detto, la diagnosi di stiramento muscolare dipende (anche) dall'anamnesi.

2.13. In una sentenza di principio 9C_243/2010 del 28 giugno 2011, pubblicata in DTF 137 V 210, il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche rivolte alla giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; art. 72bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione. In quella pronunzia, l'Alta Corte ha pure precisato in quali casi il Tribunale cantonale deve allestire direttamente una perizia giudiziaria e in quali altri può rinviare gli atti all'assicuratore per un complemento istruttorio. Il TF ha, al riguardo, sviluppato le seguenti considerazioni: " 4.4.1.1 Ist das Gutachten einer versicherungsinternen oder -externen Stelle

nicht schlüssig und kann die offene Tatfrage nicht anhand anderer Beweismittel geklärt werden, so stellt sich das Problem, inwieweit die mit der Streitsache befasste Beschwerdeinstanz noch die Wahl haben soll zwischen einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung, damit diese eine neue oder ergänzende Expertise veranlasse, und der Einholung eines Gerichtsgutachtens. Das Bundesgericht hat dazu jüngst festgehalten, die den kantonalen Gerichten zufallende Kompetenz zur vollen Tatsachenprüfung (Art. 61 lit. c ATSG) sei nötigenfalls durch Einholung gerichtlicher Expertisen auszuschöpfen (BGE 136 V 376 E. 4.2.3 S. 381). Dies schliesst ein, dass die erstinstanzlichen Gerichte diese Befugnis nicht ohne Not durch Rückweisung an die Verwaltung delegieren dürfen.

4.4.1.2 Die Vorteile von Gerichtsgutachten (anstelle einer Rückweisung an die IV-Stelle) liegen in der Straffung des Gesamtverfahrens und in einer beschleunigten Rechtsgewährung. Die direkte Durchführung der Beweismassnahme durch die Beschwerdeinstanz mindert das Risiko von - für die öffentliche Hand und die versicherte Person - unzumutbaren multiplen Begutachtungen. Zwar gilt die Sozialversicherungsverwaltung mit Blick auf die differenzierten Aufgaben und die dementsprechend unterschiedliche funktionelle und instrumentelle Ausstattung der Behörden in der Instanzenabfolge im Vergleich mit der Justiz als regelmässig besser geeignet, Entscheidungsgrundlagen zu vervollständigen (BGE 131 V 407 E. 2.1.1 S. 411). In der hier massgebenden Verfahrenssituation schlägt diese Rechtfertigung für eine Rückweisung indessen nicht durch.

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

4.4.1.4 Freilich ist es weder unter praktischen noch rechtlichen Gesichtspunkten - und nicht einmal aus Sicht des Anliegens, die Einwirkungsmöglichkeiten auf die Erhebung des medizinischen Sachverhalts fair zu verteilen - angebracht, in jedem Beschwerdefall auf der Grundlage eines Gerichtsgutachtens zu urteilen. Insbesondere ist der Umstand, dass die MEDAS von der Invalidenversicherung finanziert werden, kein genügendes Motiv dafür. Doch drängt sich auf, dass die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten einholt, wenn sie einen (im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen) medizinischen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist (vgl. die Kritik an der bisherigen Rückweisungspraxis bei Niederberger, a.a.O., S. 144 ff.). Die betreffende Beweiserhebung erfolgt alsdann vor der - anschliessend reformatorisch entscheidenden - Beschwerdeinstanz selber statt über eine Rückweisung an die Verwaltung. Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen

Ausführungen erforderlich ist (siehe beispielsweise das Urteil 9C_646/2010 vom 23. Februar 2011 E. 4; vgl. auch SVR 2010 IV Nr. 49 S. 151 E. 3.5, 9C_85/2009).” (DTF 137 V 263-265) In una sentenza 8C_59/2011 del 10 agosto 2011 consid. 5.2 – dunque successiva a quella pubblicata in DTF 137 V 210 -, emanata in materia di assicurazione contro gli infortuni, il Tribunale federale ha ribadito i principi sviluppati nella DTF 135 V 465, in particolare che, in presenza di dubbi circa l’affidabilità di rapporti allestiti da medici di fiducia, il giudice (cantonale) è libero di scegliere se ordinare direttamente una perizia giudiziaria oppure rinviare gli atti all’amministrazione affinché disponga essa stessa una perizia seguendo la procedura di cui all’art. 44 LPG: " Um solche Zweifel auszuräumen, wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 135 V 465 E. 4.6 S. 471).” In una sentenza 8C_412/2019 del 9 luglio 2020 consid. 5.4, la Corte federale ha rinviato la causa all’assicuratore LAINF (e non al tribunale cantonale che aveva respinto il ricorso della persona assicurata) affinché disponesse l’esecuzione di una perizia ai sensi dell’art. 44 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 2.12., 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 se all’origine dei disturbi denunciati dall’assicurato alla regione lombare destra vi era uno stiramento muscolare ai sensi dell’art. 6 cpv. 2 lett. e LAINF e, nell’affermativa, se la lesione era dovuta, oppure no, prevalentemente ad usura o malattia. 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.

2.14. 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.