

# TI\_GERICHTE 35.2024.12 vom 10. Juni 2024

TI Tribunale d'appello, 2024-06-10, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_35.2024.12](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2024.12)

FR: TI\_GERICHTE 35.2024.12 du 10 juin 2024

IT: TI\_GERICHTE 35.2024.12 del 10 giugno 2024

## Regeste

Revisione rendita ex art. 17 cpv. 1 LPGA. Stabilizzazione confermata (A.to non era intenzionato a sottoporsi a intervento). Rinvio per capacità lavorativa residua (1° infortunio a mano destra e 2° infortunio a mano sinistra) e per valutare indicazione medica intervento a mano sinistra

## 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. Nel caso concreto, oggetto di contestazione sono la stabilizza-zione dello stato di salute infortunistico al

### E. 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\_458/2023 del 18 dicembre 2023 consid. 3.2.; 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). 2.3.3. Nella concreta evenienza, l'assicuratore convenuto ha posto termine dal 29 novembre 2022 alle prestazioni di corta durata, ritenendo che da quella data le condizioni di salute infortunisti-che fossero ormai stabilizzate ai sensi dell'art. 19 cpv. 1 LAINF, facendo capo al parere del proprio medico fiduciario. Dal canto suo, la patrocinatrice dell'insorgente lamenta una prematura chiusura della pratica da parte dell'CO 1, postulando il ripristino del diritto alle prestazioni di corta durata a decorrere dal 29 novembre 2022. 2.3.4. Dalle tavole processuali emerge che, a causa dell'infortunio del 3 settembre 2021, RI 1 ha presentato una ferita lacero-contusa con frattura intra-articolare basale dell'ultima falange e si è dovuto sottoporre a numerose sedute di ergoterapia intensiva (2-3 volte alla settimana) e, vista la persistenza dei dolori, anche ad alcune indagini, che sono state effettuate per mezzo di apparecchiature diagnostiche e di immagine radiologica come pure a diverse visite mediche specialistiche, oltre ad una cura di elettrolisi percutanea (cfr. consid. 1.1; doc. 48 e 78, pag. 6). In particolare, il 7 marzo 2022 RI 1 è stato sottoposto a una RMN della mano sinistra che ha evidenziato: "leggermente ispessito il nevo digitale palmare radiale al passaggio alla testa della falange prossimale, senza evidente arricchimento contrastografico" (doc. 44) e il 23 marzo 2022 ad una valutazione neurologica a margine della quale la dr.ssa \_\_\_\_\_ ha posto la diagnosi di "neuropatia irritativa del nervo radio-palmare falange distale pollice sinistro" (doc. 39). In seguito, il 6 aprile 2022 egli è stato visitato dal dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia rispettivamente in chirurgia della mano, il quale ha attestato quanto segue: "(...) Per avere una seconda opinione riguardo a quello che potrebbe essere un approccio chirurgico ho proposto al paziente una visita con il Dr. \_\_\_\_\_, mio collega e partner presso il \_\_\_\_\_. È d'accordo. (...) Dal punto di vista chirurgico, per quanto mi riguarda un'esplorazione del nervo radio-palmare sarebbe giustificata. Si potrebbe pensare ad una neurolisi con eventualmente inoculazione del nervo intraossea. Questo porterebbe però a una perdita di sensibilità sul territorio del nervo digitale radio-palmare. Ringrazio il Dr. \_\_\_\_\_ per la sua valutazione. Non sono previsti ulteriori controlli nel mio ambulatorio ma rimango a disposizione per una rivalutazione se fosse richiesta. È soddisfatto delle spiegazioni e d'accordo sul procedere. (...)". (doc. 41). In data 18 maggio 2022, RI 1 è quindi stato visitato dal PD dr. med. \_\_\_\_\_ che ha attestato quanto segue: "(...) Ho spiegato al paziente che vi è una neuropatia, soprattutto a carico del nervo digitale dorsale radiale. In tale sede potrebbe essere indicata una neurotomia ed affondamento dentro l'osso metacarpale. Penso che per quanto riguarda il nervo digitale palmare radiale, possa bastare una neurolisi, ed eventuale copertura con lembo locale, in quanto la neuropatia in questo ambito mi sembra più compressiva, che da neuroma. Con le dovute cautele di sterilità, ho effettuato un test alla Rapidocaina al 2% con 1 ml, a livello della metacarpo falangea lungo il decorso del nervo digitale radiale dorsale. Dopo 10 minuti, il paziente riferisce una VAS passata da 10 a 5 e l'allodinia è passata anch'essa da 10 a 5. (...)". (doc. 50). Sempre in data 18 maggio 2022 RI 1 è stato visitato anche dal medico aziendale (dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in medicina interna), il quale, nel relativo rapporto datato 23 maggio 2022, ha attestato quanto segue: "(...) Per valutare il caso mi sono inoltre avvalso di numerosi atti gentilmente messi a disposizione dai medici curanti ed in special modo la valutazione del Dr. med. \_\_\_\_\_ del 17.09.2021, del Dr. med. \_\_\_\_\_ del 25.02. e del 6.04.2022 e quella del Dr. med.

\_\_\_\_\_ del 18.05.2022, tutti medici specialisti in chirurgia della mano. (...). Tutti gli specialisti coinvolti oltre ad una neurologa, sono concordi che la sensibilità è normale. Da un punto di vista terapeutico è stata proposta dal Dr. med. \_\_\_\_\_ un'operazione per cercare di risolvere o migliorare la problematica del nervo. Il paziente per il momento non desidera sottoporsi all'operazione e d'altra parte penso che non vi sia esigibilità assicurativa proprio per l'insicurezza della prognosi. Senza fare nulla penso che fra qualche mese si potrà parlare di un raggiungimento di uno stato non più suscettibile di miglioramenti. (...)" (doc 55 - il corsivo è della redattrice). In data 28 ottobre 2022, RI 1 è infine stato visitato dal medico fiduciario dell'CO 1 (dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in chirurgia generale e traumatologia) il quale ha attestato quanto segue: "(...) Per migliorare sintomi causati dalla sospetta neuropatia, l'assicurato ha eseguito delle sedute di elettrofisiolisi percutanea intrattassutale. Secondo il signor RI 1 queste terapie non avrebbero fatto alcun effetto positivo. Nei rapporti a nostra disposizione l'esito di tale terapia non viene descritto. La proposta suggerita dal PD Dr. med. \_\_\_\_\_ del 18 maggio 2022 non lo ha convinto nemmeno e per tale ragione continua solamente ad eseguire delle sedute di fisioterapia. Come aveva dichiarato la Dr.ssa \_\_\_\_\_, Specialista in Neurologia, nel suo rapporto del 23 marzo 2022 "La prognosi è comunque favorevole per un recupero completo". Sono anche io dello stesso parere della neurologa \_\_\_\_\_, che l'assicurato potrà recuperare la completa funzione della mano sinistra. Negli ultimi mesi ha beneficiato di un progressivo anche se lieve miglioramento delle algie al pollice sinistro. Gli esami eseguiti fino ad oggi non hanno mostrato delle lesioni strutturali definitive. Possiamo dunque dichiarare che si tratti di un caso stabilizzato e che, con il massimo grado di verosimiglianza preponderante, non potrà essere migliorato in modo sensibile da ulteriori interventi e terapie. Questo è stato anche dimostrato dalle sedute di elettrofisiolisi che non hanno portato nessun beneficio. La proposta del Dr. \_\_\_\_\_, di effettuare una neurolisi e di affondare il nervo nell'osso metacarpale non porterà, in modo preponderante, neanche ad un miglioramento netto della sintomatica. A confronto della descrizione positiva dell'effetto dell'infiltrazione effettuata dal Dr. \_\_\_\_\_ il 18 maggio 2022, l'assicurato dichiara che non sarebbe servita a niente. (...)" (doc. 78, pag. 6 e 7).

2.3.5. Nel caso di specie, questo Tribunale rileva innanzitutto che tra l'infornio (avvenuto in data 3 settembre 2021) e il momento a partire dal quale lo stato di salute è stato considerato stabilizzato (28 novembre 2022) sono trascorsi quasi 15 mesi, durante i quali l'istituto assicuratore ha versato le proprie prestazioni. Ciò premesso, alla luce della documentazione medica riassunta al considerando 2.3.4 e ribadito che, secondo la giurisprudenza federale, la questione della stabilizzazione va valutata in maniera prospettica, ponendosi al momento in cui le prestazioni sono state interrotte, il TCA condivide la conclusione dell'CO 1 secondo cui, in data 28 novembre 2022, lo stato di salute infortunistico era stabilizzato ai sensi dell'art. 19 cpv. 1 LAINF e della relativa giurisprudenza. Innanzitutto, dalle carte processuali emerge chiaramente che, a quel momento, l'assicurato non era disposto a sottoporsi a un intervento invasivo all'arto superiore sinistro (cfr., in particolare, doc. 55 e 78, pag. 6; in questo senso, si veda la STF 8C\_106/2023 del 20 ottobre 2023 consid. 5). Il fatto che, in un secondo tempo, RI 1 si sia dichiarato disposto a sottoporsi all'operazione prospettatagli dal PD \_\_\_\_\_, non giustifica di per sé una diversa conclusione. In effetti, in tale evenienza, è sua facoltà annunciare una ricaduta ex art. 11 OAINF del sinistro del settembre 2021, con ripristino del diritto alle prestazioni di corta durata, se sono adempiuti i necessari presupposti (cfr. STCA 35.2021.97 del 21 marzo 2022 consid. 2.3.5; 35.2022.87 del 30 gennaio 2023 consid. 2.4.4). D'altro canto, la circostanza che, successivamente al 28 novembre 2022, l'insorgente abbia

ancora necessitato di misure conservative (in particolare, di fisioterapia e/o ergoterapia e/o infiltrazioni e/o medicinali anti-infiammatori o analgesici) volte a evitare un aggravamento dei disturbi denunciati, è irrilevante (cfr., tra le tante, STCA 35.2021.97 del 21 marzo 2022 consid. 2.3.5; 35.2022.68 del 28 novembre 2022 consid. 2.6; 35.2022.87 del 30 gennaio 2023 consid. 2.4.4 e i riferimenti ivi menzionati). Decisivo ai fini del giudizio è soltanto che a quel momento lo stato di salute dell'assicurato riconducibile al danno infortunistico non poteva più essere sensibilmente migliorato grazie ad ulteriori terapie. In esito a tutto quanto precede, il TCA ritiene dunque dimostrato, perlomeno con il grado della verosimiglianza preponderante abitualmente applicato nel settore delle assicurazioni sociali (DTF 138 V 218 consid. 6 pag. 221 con riferimenti), che al più tardi al momento in cui l'amministrazione ha posto termine alle prestazioni di corta durata (28 novembre 2022), non vi erano più provvedimenti terapeutici suscettibili di migliorare notevolmente lo stato di salute infortunistico dell'insorgente e che, pertanto, il suo stato di salute infortunistico era stabilizzato ai sensi dell'art. 19 cpv. 1 LAINF. Giova qui ribadire che stabilizzazione non significa che l'insorgente non lamenti più disturbi, ma soltanto che quelli ancora presenti non sono più suscettibili di migliorare in modo significativo mediante l'applicazione di ulteriori provvedimenti terapeutici. Stante ciò, l'amministrazione era pertanto legittimata a dichiarare estinto il diritto alle prestazioni di corta durata (cura medica e indennità giornaliera) da quella data e a valutare le prestazioni di lunga durata.

#### 2.4. Revisione della rendita d'invalidità in vigore?

##### 2.4.1. Secondo l'art. 17 cpv. 1 LPGA, se il grado di invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente, oppure soppressa, d'ufficio o su richiesta. Questa norma è stata ripresa dall'art. 22 cpv. 1 prima frase vLAINF, il quale prevedeva che se il grado d'invalidità muta notevolmente, la rendita sarà corrispondentemente aumentata, ridotta oppure soppressa. L'art. 22 LAINF - analogamente all'art. 22 cpv. 1 seconda frase vLAINF - recita che, in deroga all'articolo 17 cpv. 1 LPGA, la rendita non può più essere riveduta dal mese in cui gli uomini compiono 65 anni e le donne 62. L'istituto della revisione ha per scopo l'adeguamento della rendita d'invalidità alle mutate circostanze e non la correzione di errori di commisurazione dell'invalidità di cui sia stata viziata la decisione iniziale o una revisione successiva (Ghèlew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), Losanna 1992, p. 114). La revisione presuppone, dunque, che l'invalidità abbia subito sostanziali mutamenti dopo la costituzione della rendita o una sua successiva revisione (DTF 113 V 275 consid. 1a e riferimenti ivi menzionati). Per costante giurisprudenza, il TF considera che i principi dedotti dall'art. 41 LAI si applicano per analogia pure nell'ambito della revisione delle rendite di invalidità assegnate dall'CO 1, indipendentemente dal fatto che essa sia disciplinata dall'art. 80 LAMI oppure dall'art. 22 LAINF (RAMI 1987 U 32 p. 446s.).

##### 2.4.2. L'invalidità può modificarsi essenzialmente per due ordini di motivi: sia perché cambia lo stato di salute, sia perché il danno alla salute, pur rimanendo immutato, si ripercuote diversamente sulla capacità lucrativa dell'assicurato, ossia sulla sua capacità di procurarsi un guadagno col proprio lavoro (cfr. DTF 130 V 343 consid. 3.5, 126 V 75 consid. 1b, 113 V 275 consid. 1a, 109 V 116 consid. 3b). L'assicurato può, infatti, migliorare, in prosieguo di tempo, le proprie attitudini professionali, acquisire conoscenze che gli consentano l'inserimento in attività meglio remunerate, reperire un posto confacente in modo ideale al suo stato di salute ed alle sue attitudini, ben pagato e sicuro, mettendo in atto una situazione non prevedibile al momento di stabilire il reddito ipotetico da invalido. Oppure le sue capacità di guadagno possono, per motivi diversi, peggiorare. Secondo la giurisprudenza federale, anche il reddito da valido può essere liberamente

riesaminato nell'ambito di una revisione della rendita, senza alcun vincolo all'originaria decisione di rendita (cfr. STF U 183/02 del 26 maggio 2003 consid. 6.2). 2.4.3. Il mutamento deve, inoltre, essere notevole. Secondo la giurisprudenza resa prima dell'entrata in vigore della LAINF, la modifica doveva essere apprezzata relativamente al grado di invalidità precedentemente accertato: così, un mutamento del 5% è stato considerato notevole per rapporto ad un'invalidità del 15% ma poco importante per rapporto ad un'invalidità iniziale del 75% (cfr. Ghèlew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 115 e dottrina ivi citata). 2.4.4. Per rivedere una rendita di invalidità non basta un semplice cambiamento passeggero: le circostanze di base devono mutare presumibilmente a lungo termine. In particolare, non è motivo di revisione un temporaneo aumento di guadagno dell'assicurato (cfr. Ghèlew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 114). 2.4.5. La questione di sapere se si è prodotto un simile cambiamento deve essere vagliata comparando le circostanze esistenti al momento dell'ultima decisione cresciuta in giudicato, fondata su un esame materiale del diritto alla rendita con un accertamento dei fatti pertinenti, un apprezzamento delle prove e un raffronto dei redditi conforme al diritto, e le condizioni esistenti all'epoca in cui è stata rilasciata la decisione litigiosa (cfr. cfr. consid. 2.3 non pubblicato della DTF 139 V 585; DTF 133 V 108 consid. 5; STF 9C\_985/2008 del 20 luglio 2009 consid. 4, 9C\_148/2007 del 21 gennaio 2008 consid. 3.2). Tanto nel fissare inizialmente la rendita di invalidità quanto nel rivederla successivamente si deve ipotizzare un mercato del lavoro in condizioni di normalità, cioè essenzialmente equilibrato. I mutamenti congiunturali, il passaggio, ad esempio, da una fase di recessione a una di crescita economica, non sono motivo di revisione. Non si tiene parimenti conto, né prima né dopo, di fattori estranei al danno della salute. Ad esempio, le scarse conoscenze scolastiche, le difficoltà linguistiche, le insufficienti attitudini professionali, ecc., non sono rilevanti ai fini della commisurazione dell'invalidità. Ciò che importa è la diminuzione della capacità di guadagno, presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica conseguente ad infortunio Sola conta, infatti, per la determinazione dell'invalidità, l'incapacità lucrativa in nesso causale con il danno alla salute (che, a sua volta, nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni, deve essere in relazione causale con l'infortunio). 2.5. Nella concreta evenienza, al momento dell'infortunio in disamina, RI 1 era già beneficiario di una rendita d'invalidità LAINF del 33% dal 13 dicembre 2008 (inf. CO 1 no. \_\_\_\_\_) a dipendenza di un infortunio alla mano destra occorsogli quando era impiegato come operaio presso la teleferica di \_\_\_\_\_ e per il quale aveva residuato una CRPS di tipo I alla mano e all'avambraccio in seguito a una osteosintesi di una frattura della falange intermedia del dito 5 (cfr. consid. 1.1). In quell'occasione, il datore di lavoro (\_\_\_\_\_), per evitare al ricorrente le mansioni pesanti (decespugliatore, soffiatore, rastrello, ecc.), aveva proceduto ad un adeguamento della sua attività, mediante un trasferimento interno ed impiegandolo come “ autista del camion addetto alla raccolta dei rifiuti e della scopatrice ” al 75% (presenza al 100% con una riduzione di rendimento del 25% da ricondurre al danno alla salute infortunistico: doc. 80). A seguito dell'infortunio alla mano sinistra del 3 settembre 2021, in occasione della visita del 28 ottobre 2022, il medico fiduciario ha concluso per una capacità lavorativa del 75% (100% presenza con riduzione di rendimento del 25%) nell'attività abituale e, dunque, nei limiti della rendita in vigore. In particolare, il dr. med. \_\_\_\_\_ - dopo avere indicato che “ l'assicurato sarebbe disposto a lavorare a tempo pieno come autista, ma senza eseguire delle mansioni forzate con la mano sinistra ” e che “ la mobilità della mano e delle dita è a buon punto. La mobilità mancante come la forza ancora mancante potrebbero riprendersi tra

qualche mese ” - ha attestato quanto segue: " (...) L'assicurato può essere ritenuto abile nel lavoro che eseguiva già prima dell'infortunio. Per salvaguardare l'idoneità dell'assicurato proporrei momentaneamente di evitare delle mansioni che potrebbero compromettere l'utilizzo della mano sinistra. Sotto questi aspetti l'assicurato potrebbe riprendere a tempo e rendimento pieno la capacità lavorativa che aveva prima dell'infortunio del 3 settembre 2022 (75%). Queste proposte dovrebbero però essere discusse prima con il datore di lavoro. (...)." (doc. 78, pag. 7). Dal canto suo, la patrocinatrice dell'insorgente, con esplicito riferimento all'apprezzamento del medico fiduciario dell'CO 1, sottolinea che: " (...) il 28 ottobre 2022 il dottor \_\_\_\_\_ ha dichiarato il Signor RI 1 abile al lavoro, sottolineando però come egli debba " evitare mansioni che potrebbero compromettere l'utilizzo della mano sinistra ". Già tale conclusione di per sé stride con la definizione di completa abilità al lavoro. Il Signor RI 1 svolge la professione di autista presso il \_\_\_\_\_ e meglio egli si occupa di condurre la scopatrice ed il camion dei rifiuti, oltre che a svolgere il servizio di manutenzione del veicolo. Benché tali attività vengano definiti dal medico " non atti pesanti ", tutte queste attività impongono l'utilizzo della mano sinistra. (...)" (cfr. doc. I, pag. 3 - il corsivo non è della redattrice). La rappresentante del ricorrente puntualizza inoltre che: " (...) Falso inoltre che il datore di lavoro sia disposto a rivedere le attività svolte dal Signor RI 1, prova ne sia che egli è stato licenziato in data 24 gennaio 2024, addirittura in via retroattiva, come da documentazione annessa. (...)" (cfr. doc. I, pag. 3 e Doc. E). 2.5.1. Dalle tavole processuali emerge che in data 18 maggio 2022 RI 1 è stato visitato dal medico aziendale (dr. med. \_\_\_\_\_), il quale ha attestato quanto segue: " (...) In completo accordo con i medici curanti ritengo che il paziente sia effettivamente abile al lavoro almeno nella misura del 50%, che potrà anche essere intesa come a tempo pieno ed a metà funzione, quindi con le limitazioni in quelle attività che non deve e non può descrivere il medico ma che devono essere concertate tra il datore di lavoro ed il lavoratore (...)" (doc. 55). In data 9 novembre 2022, il dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in chirurgia generale nonché medico curante del ricorrente, ha attestato un'incapacità lavorativa del 50% dal 18 ottobre all'8 novembre 2022 e dal 9 novembre al 1° dicembre 2022 (doc. 79). In data 21 novembre 2022, il datore di lavoro ha confermato all'CO 1 quanto segue: " (...) il signor RI 1 deve unicamente procedere alla guida della scopatrice e del camion per la raccolta dei rifiuti. Nessuna attività manuale pesante è richiesta. Una volta a settimana deve effettuare il servizio parco (manutenzione del veicolo: ingrassaggio, rifornimento di carburante, pulizia sommaria). La \_\_\_\_\_ è in ogni caso disposta ad andare incontro al loro dipendente assegnandogli anche in futuro attività idonee al suo stato di salute già sapendo che percepisce una rendita da parte vostra per problemi alla mano destra. L'attuale attività quale autista era già stata adeguata a suo tempo (dopo l'evento concernente l'infortunio n. \_\_\_\_\_), in quanto il signor RI 1 era impiegato come operaio comunale alla teleferica di \_\_\_\_\_ e, per evitare l'attività pesante (decespugliatore, soffiatore, rastrello, eccetera), l'attività gli era stata adeguata ed è stato appunto impiegato come autista. Attualmente il signor RI 1 ha un contratto di lavoro con impiego al 75% (orario di lavoro al 100% ma con rendimento ridotto al 75%)." (doc. 80). In data 2 dicembre 2022, il PD dr. med. \_\_\_\_\_ ha attestato quanto segue: " Nella mia ultima visita notavo come il paziente avesse un dolore neuropatico importante nella misura di 10 su 10 sia a riposo che al contatto. Il dolore era così importante che proponevamo un intervento chirurgico per diminuire il dolore. Nelle condizioni in cui si trova il paziente all'ultima visita da noi effettuata, non era a mio parere abile al lavoro al 75%. Per lo stesso motivo, non penso che comprimere le ore di lavoro in meno giorni lavorativi possa essere di beneficio per il

paziente che ha una difficoltà seria nella manipolazione.” (doc. 89) In data 13 gennaio 2023, il dr. med. \_\_\_\_\_ ha attestato quanto segue: " (...) le affermazioni prodotte dal PD dott. med. \_\_\_\_\_ si basano sulla sua ultima visita personale dell'assicurato in data 18.05.2022. Quindi, mi pare chiaro di sostenere che lo specialista \_\_\_\_\_ non abbia potuto valutare di persona lo stato attuale del signor RI 1. Pertanto, il suo rapporto non apporta elementi validi da potere cambiare la nostra presa di posizione che è stata effettuata in seguito alla visita medica del 28.10.2022 da parte del sottoscritto.” (doc. 92). In data 4 aprile 2023, il PD dr. med. \_\_\_\_\_ ha ricordato che RI 1 è un " Paziente già noto al nostro Centro ed era già stato nel mio ambulatorio lo scorso anno. A dicembre, inoltre, scrivevo un certificato in cui spiegavo come il dolore neuropatico del paziente sembra essere molto invalidante. Il paziente torna per un'ulteriore valutazione. Riferisce un dolore e un'ipersensibilità radialmente al DI sinistro in sede di cicatrice. La sensibilità è diminuita a livello del polpastrello sul versante radiale. (...). Sono sempre dell'avviso che il paziente abbia un dolore neuropatico a carico del ramo dorsale del nervo radiale. A mio avviso, visto il dato anamnestico raccontato oggi di parestesie nel territorio del nervo radiale e visto il Tinel importantissimo in sede di chiasma tra estensore radiale del carpo lungo e braccio radiale, penso che il paziente sia anche affetto da una sindrome di Wartenberg. Penso che possa trarre beneficio da un intervento sia di liberazione del nervo radiale che di esplorazione dei nervi digitali del DI, eventuale neurolisi e accorciamento del nervo radiale e affondamento nel metacarpale. (...)" (doc. 118). Dalla notizia telefonica del 19 giugno 2023 dell'CO 1 si evince che il datore di lavoro "ci informa che da quando abbiamo confermato la capacità lavorativa nei limiti della rendita di cui beneficia per l'infortunio che ha subito alla mano destra il 13.12.2008, ha ripreso a lavorare normalmente come da contratto (quindi dal 28.11.2022). Dal 08.03.2023 a tutt'ora è in malattia al 100%. Non sa dirci per quale motivo e/o parte del corpo.” (doc. 125). In data 24 gennaio 2024, le \_\_\_\_\_ ha comunicato a RI 1 che il \_\_\_\_\_ aveva preso atto della cessazione del rapporto di impiego, trascorso il periodo di protezione previsto dal Regolamento organico dei dipendenti comunali, dal 26 novembre 2023 (doc. E; cfr. consid. 1.5). 2.5.2. Chiamato ora a pronunciarsi nel caso di specie, questa Corte rileva preliminarmente che, non essendo la decisione impugnata fondata su una perizia esterna ai sensi dell'art. 44 LPGGA, 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. 2.3.2). Ora, attentamente vagliato l'insieme della documentazione a sua disposizione, il TCA non ritiene di poter senz'altro concludere, come fatto dall'amministrazione sulla base di quanto indicato dal proprio medico fiduciario, che RI 1, a partire dal 29 novembre 2022, fosse abile al lavoro nei limiti della rendita di cui beneficia dal 13 dicembre 2008. Secondo questo Tribunale, infatti, l'apprezzamento elaborato dal dr. med. \_\_\_\_\_ non può rappresentare un valido fondamento al giudizio che è chiamata a rendere. In effetti, a suscitare dei dubbi, perlomeno lievi, circa la correttezza della valutazione espressa dal fiduciario dell'CO 1 vi è il fatto che, ancora nell' ottobre 2022 , egli aveva rilevato che “ la mobilità della mano e delle dita è a buon punto. La mobilità mancante come la forza ancora mancante potrebbero riprendersi tra qualche mese ” e che “ per salvaguardare l'idoneità dell'assicurato proporrei momentaneamente di evitare delle mansioni che potrebbero compromettere l'utilizzo della mano sinistra ”. A ciò si aggiunga che la rendita di cui l'assicurato beneficia dal 2008 è dovuta ad un danno infortunistico alla mano destra mentre l'infortunio in disamina ha riguardato la mano controlaterale . Inoltre, sia i medici curanti (in particolare il PD dr. med. \_\_\_\_\_ che è proprio specialista nella

materia che qui ci occupa) sia il medico aziendale, in base allo stato clinico e radiologico della mano sinistra, hanno ritenuto (seppur con percentuali differenti) che egli non fosse abile al lavoro nei limiti della rendita in vigore. Infine, quand'anche si volesse considerare che l'assicurato avrebbe ripreso a fine novembre 2022 la propria attività lavorativa abituale, adattata secondo quanto indicato dal datore di lavoro il 21 novembre 2022, non ci si potrebbe comunque esimere dal rilevare che essa è stata nuovamente interrotta a partire dall'8 marzo 2023 e che, trascorso il periodo di protezione previsto dal Regolamento organico dei dipendenti, egli è stato licenziato. Tutto ben considerato, sulla scorta di quanto precede, questo Tribunale ritiene dunque che la presente vertenza non possa essere decisa senza preliminarmente procedere a un complemento istruttorio, di natura medica, volto a determinare la capacità lavorativa residua dell'assicurato (nell'attività abituale e, se del caso, in attività adeguate) a far tempo dal 29 novembre 2022.

2.6. 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 Beweissmassnahme durch die Beschwerdeinstanz mindert das Risiko von - für die öffentliche Hand und die versicherte Person - unzumutbaren multiplen Begutachtungen. Zwar gilt die Sozialversicherungsverwaltung mit Blick auf die differenzierten Aufgaben und die dementsprechend unterschiedliche funktionelle und instrumentelle Ausstattung der Behörden in der Instanzenabfolge im Vergleich mit der Justiz als regelmässig besser geeignet, Entscheidungsgrundlagen zu vervollständigen (BGE 131 V 407 E. 2.1.1 S. 411). In der hier massgebenden Verfahrenssituation schlägt diese Rechtfertigung für eine Rückweisung indessen nicht durch.

4.4.1.3 Die Einschränkung der Befugnis der Sozialversicherungsgerichte, eine Streitsache zur neuen Begutachtung an die Verwaltung zurückzuweisen, verhält sich komplementär zu den (gemäss geänderter Rechtsprechung) bestehenden partizipativen Rechten der versicherten Person im Zusammenhang mit der Anordnung eines Administrativgutachtens (Art. 44 ATSG; vgl. oben E. 3.4). Letztere tragen zur prospektiven Chancengleichheit bei, derweil das Gebot, im Falle einer Beanstandung des Administrativgutachtens eine Gerichtsexpertise einzuholen, die Waffengleichheit im Prozess gewährleistet, wo dies nach der konkreten Beweislage angezeigt ist. Insoweit ist die ständige Rechtsprechung, wonach das (kantonale) Gericht

prinzipiell die freie Wahl hat, bei festgestellter Abklärungsbedürftigkeit die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen oder aber selber zur Herstellung der Spruchreife zu schreiten (vgl. statt vieler ARV 1997 Nr. 18 S. 85 E. 5d mit Hinweisen, C 85/95; Urteil vom 11. April 2000 E. 3b, H 355/99), zu ändern. 4.4.1.4 Freilich ist es weder unter praktischen noch rechtlichen Gesichtspunkten - und nicht einmal aus Sicht des Anliegens, die Einwirkungsmöglichkeiten auf die Erhebung des medizinischen Sachverhalts fair zu verteilen - angebracht, in jedem Beschwerdefall auf der Grundlage eines Gerichtsgutachtens zu urteilen. Insbesondere ist der Umstand, dass die MEDAS von der Invalidenversicherung finanziert werden, kein genügendes Motiv dafür. Doch drängt sich auf, dass die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten einholt, wenn sie einen (im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen) medizinischen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist (vgl. die Kritik an der bisherigen Rückweisungspraxis bei Niederberger, a.a.O., S. 144 ff.). Die betreffende Beweiserhebung erfolgt alsdann vor der - anschliessend reformatorisch entscheidenden - Beschwerdeinstanz selber statt über eine Rückweisung an die Verwaltung. Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (siehe beispielsweise das Urteil 9C\_646/2010 vom 23. Februar 2011 E. 4; vgl. auch SVR 2010 IV Nr. 49 S. 151 E. 3.5, 9C\_85/2009)." (DTF 137 V 263-265) In una sentenza 8C\_59/2011 del 10 agosto 2011 consid. 5.2 – dunque 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 pronunzia 8C\_445/2021 del 14 gennaio 2022 consid. 4.4, pubblicata in SVR 10/2022 UV n. 34 p. 137 ss., l'Alta Corte ha stabilito che, laddove un

tribunale cantonale determini il diritto alle prestazioni facendo capo a un rapporto del medico curante prodotto nel quadro della procedura di opposizione, sebbene ci si trovi in presenza di un caso di applicazione della DTF 135 V 465 che richiede l'intervento di un perito esterno, la causa deve essere rinviata all'amministrazione, e non ai giudici di prime cure, affinché proceda a un complemento istruttorio. È in effetti in primo luogo compito dell'amministrazione disporre degli atti istruttori complementari volti ad accertare d'ufficio tutti i fatti pertinenti e, se del caso, raccogliere le prove necessarie prima di rendere la propria decisione (questo principio è stato confermato ancora con le sentenze 8C\_274/2021 del 31 marzo 2023 consid. 9.3.3; 8C\_523/2022 del 23 febbraio 2023 consid. 5.4 e riferimenti; 8C\_731/2021 succitata consid. 4.6; cfr. pure la STCA 35.2023.12 del 24 aprile 2023, consid. 2.9). 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". Nella presente fattispecie, il TCA ritiene che siano soddisfatti i presupposti per un rinvio degli atti all'istituto convenuto (cfr. STF 8C\_59/2011 del 10 agosto 2011 e DTF 135 V 465), già per il fatto che esso ha fondato la decisione impugnata sul solo parere del proprio medico fiduciario. Per le ragioni già esposte al considerando 2.5.2., 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 la capacità lavorativa residua dell'assicurato (nell'attività abituale e, se del caso, in attività alternative idonee) al 29 novembre 2022. Sulla base delle relative risultanze peritali, l'assicuratore LAINF sarà poi chiamato a definire nuovamente il diritto alle prestazioni di lunga durata spettanti all'assicurato a contare dal 29 novembre 2022.

2.7. Assunzione dei costi per l'intervento chirurgico alla mano sinistra proposto il 20 settembre 2023 dal PD dr. med. \_\_\_\_\_?

2.7.1. A proposito dell'indicazione a sottoporre la mano sinistra dell'assicurato a intervento chirurgico, dagli atti di causa risulta che, in data 4 aprile 2023, il PD dr. med. \_\_\_\_\_ ha attestato quanto segue: " (...). Sono sempre dell'avviso che il paziente abbia un dolore neuropatico a carico del ramo dorsale del nervo radiale. (...). Penso che possa trarre beneficio da un intervento sia di liberazione del nervo radiale che di esplorazione dei nervi digitali del DI, eventuale neurolisi e accorciamento del nervo radiale e affondamento nel metacarpale. (...)" (doc. 118) In data 6 luglio 2023, il PD dr. med. \_\_\_\_\_ ha attestato quanto segue: " (...). Penso sia indicata una revisione del nervo digitale dorsale al DI, eventuale accorciamento ed affondamento del metacarpale. Penso sia necessaria anche una neurolisi del nervo radiale al chiasma all'avambraccio. Chiedo alla Dr.ssa \_\_\_\_\_ se fosse possibile valutare queste due componenti neuropatiche del paziente che non sono

consuete. Lo rivedrò dopo la visita neurologica. (...)." (doc. 129). In data 4 agosto 2023, la neurologa dr.ssa \_\_\_\_\_ ha attestato quanto segue: " (...) Non ho (...) una spiegazione sul piano neurologico per i disturbi del paziente, difficilmente posso anche giustificare l'impatto funzionale così importante nelle attività quotidiane e sul lavoro tanto da causare una inabilità lavorativa completa, vista anche la professione svolta. Ti lascio discutere con il paziente l'indicazione a eventuali proposte terapeutiche, ma in assenza di neuromi o di anomalie ENG, personalmente sarei prudente a proporre un intervento di neurolisi. (...)" (doc. 128) In data 9 agosto 2023, il PD dr. med. \_\_\_\_\_ ha attestato quanto segue: " (...) Ho spiegato al paziente che, di fronte alla RMN e alla visita neurologica, non ho in questo momento dei grossi elementi che supportino la mia indicazione ad un intervento chirurgico. Dall'altro lato la clinica è, a mio avviso, molto chiara e il fatto che il paziente riesca ad individuare con estrema precisione dove è il problema mi spingerebbe invece a intervenire. Per cercare di dirimere la questione, ho consigliato al paziente un trattamento di 6 settimane con Emla. Questa crema con dell'anestetico locale potrebbe avere successo sul trattamento del dolore e diventare il trattamento definitivo, oppure potrebbe aiutarci nell'indicazione eventualmente chirurgica. (...)" (doc. 130) In data 20 settembre 2023, il PD dr. med. \_\_\_\_\_ ha attestato quanto segue: " (...) Alla luce di tutti gli esami radiologici, con una RMN che vede un ispessimento del nervo digitale, e della risposta positiva all'utilizzo della crema anestetica, penso che vi sia indicazione a revisione del nervo digitale sia proprio che dorsale del pollice e affondamento nel I metacarpale. Ho spiegato al paziente i dettagli dell'intervento, così come i rischi e i benefici. Il paziente accetta la proposta e firma il consenso, prego la CO 1 per la copertura dei costi. (...)." (doc. 132) Interpellato dall'amministrazione in merito all'intervento prospettato dal PD \_\_\_\_\_, in data 11 ottobre 2023, il dr. med. \_\_\_\_\_ ha rilevato quanto segue: " (...) L'indicazione chirurgica proposta dal dott. med. \_\_\_\_\_ non viene sostenuta in modo sufficiente. Il dott. \_\_\_\_\_ riferisce nel suo rapporto del 06.07.2023 di avere eseguito un test alla Lidocaina il 04.04.2023 e che questo era risultato positivo. Ho potuto studiare il rapporto citato e non trovo nessuna annotazione che sia stato eseguito un test alla Lidocaina. Viene invece posta la diagnosi di una probabile sindrome di Wartenberg. La sindrome di Wartenberg, detta anche chieralgia paraestetica, è una sindrome da compressione nervosa del nervo radiale con parestesia del lato del pollice in estensione (dorso-ulnare), della parte estensiva della zona indice e nel primo spazio intermetacarpale. La causa più frequente della sindrome di Wartenberg è il danno da compressione alle parti sensibili del nervo radiale (Ramo superficiale). Le cause dei danni dovuti alla pressione possono essere ad esempio i braccialetti, gli orologi da polso, dei gessi o anche delle le manette. Vi è anche un'associazione al diabete mellito. In un'altra parte dei casi si è riscontrata una forte sollecitazione al polso durante il lavoro. Anche i traumi locali sul bordo lato lato della base del pollice e dell'avambraccio inferiore, causati da colpi o da taglio, possono causare un danno al sistema nervoso. Tutte queste informazioni lasciano quindi dubbi sulle conclusioni proposte dal PD dott. \_\_\_\_\_. Nella sua valutazione neurologica ed elettroencefalografica del 04.08.2023, la dott.ssa \_\_\_\_\_, Specialista in Neurologia proponeva al dott. \_\_\_\_\_ di essere molto prudente di proporre un intervento di neurolisi, in assenza di neuromi o di anomalie nell'ENG. Alla richiesta da parte dell'avv. \_\_\_\_\_ di valutare se l'intervento proposto è atto o meno a comportare un sensibile miglioramento della situazione, devo rispondere: No, l'intervento proposto dal PD dott. med. \_\_\_\_\_, Specialista Chirurgia della mano, non sarà in grado, con la verosimiglianza preponderante, di migliorare in modo rilevante la situazione dell'assicurato.

Se il PD dott. med, \_\_\_\_\_ non accetterà la mia risposta, proporrei di allestire un apprezzamento medico insieme alla mia collega di chirurgia della mano, dott.ssa med. \_\_\_\_\_.” (doc. 140). L’CO 1 ha trasmesso il 13 ottobre 2023 il citato apprezzamento al PD dr. med. \_\_\_\_\_, il quale è rimasto silente (doc. 141 e 142). Dall’apprezzamento 5 gennaio 2014, allestito congiuntamente dai dottori \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_, quest’ultima specialista FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia, rispettivamente in chirurgia della mano, si evince in particolare quanto segue: " (...) Tutti i documenti in lingua italiana sono stati tradotti in tedesco per eseguire una valutazione congiunta con la specialista della chirurgia della mano della CO 1, la dott.ssa \_\_\_\_\_. Dopo avere studiato personalmente tutti i documenti a sua disposizione la dott.ssa \_\_\_\_\_ dichiarava che non poteva aggiungere ulteriori argomenti, che non quelli già espressi nelle valutazioni precedenti del dott. \_\_\_\_\_. Ella riscontrava dunque l'assenza di segni strumentali (Risonanza magnetica: assenza di neuromi) e anche clinici (neurologia) che dimostrassero una lesione rilevante del nervo da operare. La dott.ssa \_\_\_\_\_ confermava dunque che l'indicazione chirurgica proposta dal dott. med. \_\_\_\_\_ non poteva essere accettata. Inoltre, la specialista di chirurgia della mano riteneva incomprensibile che il dott. \_\_\_\_\_ avrebbe voluto "tagliare" un nervo in posizione distale della lesione e quindi sano. Le valutazioni espresse dal dott. \_\_\_\_\_ nei suoi precedenti apprezzamenti potevano essere dunque presi pienamente in considerazione. (...).” (doc. 146) In data 4 gennaio 2024, il PD dr. med. \_\_\_\_\_ ha attestato quanto segue: " (...) Ho letto con una certa sorpresa la perizia effettuata dalla CO 1 e al suo medico. Nella lettera di rifiuto di presa a carico vi è scritto che non c'è traccia del test da me effettuato alla lidocaina. Normalmente questo viene riportato nei miei referti e il giuramento di Ippocrate mi obbliga a dire la verità. Quindi scrivendo di averlo fatto confermo di averlo fatto. Non capisco quale altra prova voglia il medico della CO 1 per essere sicuro che io abbia effettuato un test alla lidocaina. In alternativa potrebbe chiedere a un neurologo di effettuarlo in maniera indipendente. Per quanto riguarda la sindrome di Wartenberg, questa è una diagnosi associata a quella del pollice. E quindi non capisco perché questa diagnosi rappresenti di per sé un problema. L'indicazione chirurgica per me rimane confermata.” (doc. D) In data 22 febbraio 2024 l’CO 1 ha precisato quanto segue: " (...) La Parte convenuta ha (...) approfonditamente esaminato il caso dell'assicurato e non solo i suoi medici, il Dr. med. \_\_\_\_\_ e la Dr.ssa \_\_\_\_\_, specialista in chirurgia della mano, ma anche la Dr.ssa \_\_\_\_\_, neurologa, non concordano di procedere con l'intervento chirurgico proposto dal Dr. med \_\_\_\_\_ in assenza di elementi oggettivabili che giustificano un tale intervento, il quale per altro con probabilità preponderante non migliorerebbe la situazione dell'assicurato. (...). Il nuovo referto del Dr. med. \_\_\_\_\_ del 4 gennaio 2024 prodotto con l'allegato ricorsuale non apporta nuovi elementi che possono mettere in discussione le conclusioni a cui sono giunti gli altri medici interpellati nella fattispecie.” (doc. III, pag. 8). 2.7.2. Nella concreta evenienza, questa Corte non può confermare la decisione mediante la quale, fondandosi sulla valutazione espressa al riguardo dai dottori \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_, l’assicuratore resistente ha sostenuto che il noto intervento prospettato dal medico curante specialista non sarebbe medicalmente indicato. In questo senso, il TCA non ignora che la risonanza magnetica del febbraio 2022 e gli esami elettrofisiologici eseguiti dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ non hanno consentito di oggettivare lesioni nervose di rilievo. Tuttavia, nonostante ciò, il PD \_\_\_\_\_, autorevole specialista proprio nella materia che qui interessa, ha fermamente ribadito il proprio parere circa l’indicazione a sottoporre l’insorgente a intervento chirurgico, e ciò tenuto conto di

una clinica da lui giudicata “ molto chiara ” e degli esiti di un test alla Lidocaina, della cui effettiva esecuzione non vi è ragione di dubitare, risultato positivo (per un caso recente in cui proprio il parere del dr. med. \_\_\_\_\_ si è rivelato determinante per la risoluzione della vertenza, si veda la STCA 35.2023.85 del 28 marzo 2024, cresciuta incontestata in giudicato, nota all’assicuratore convenuto). Alla luce di quanto precede, la documentazione medica agli atti non consente quindi a questo Tribunale di decidere, con la necessaria tranquillità, in un senso oppure nell’altro. In queste condizioni, ricordato che la decisione impugnata si fonda sulla sola valutazione di medici interni all’amministrazione per cui, in ossequio alla giurisprudenza di cui alla DTF 135 V 465, dei lievi dubbi circa la sua affidabilità bastano per potersene discostare, anche su questo aspetto si giustifica il rinvio degli atti all’istituto resistente affinché disponga una perizia specialistica esterna volta a chiarire se l’intervento prospettato dal dr. med. \_\_\_\_\_ è atto, oppure no, a migliorare sensibilmente lo stato di salute infortunistico dell’assicurato (cfr. supra , consid. 2.3.1.).

2.8. Alla luce di tutto quanto esposto, il TCA rinuncia all’assunzione di ulteriori prove (peraltro neppure richieste dalle parti). Va qui ricordato che, per costante giurisprudenza, quando l’istruttoria da effettuare d’ufficio conduce l’amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato ( valutazione anticipata delle prove ), si rinuncerà ad assumere altre prove (cfr. STF 9C\_632/2012 del 10 gennaio 2013; STF 9C\_231/2012 del 24 agosto 2012), senza che ciò costituisca una lesione del diritto di essere sentito sancito dall’art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata).

2.9. Visto 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’CO 1 verserà all’insorgente, rappresentato da un avvocato, l’importo fr. 2’500.- (IVA inclusa) a titolo d’indennità per ripetibili.

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).