

# TI\_GERICHTE 35.2024.18 vom 7. Oktober 2024

TI Tribunale d'appello, 2024-10-07, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_35.2024.18\\_d20241007](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2024.18_d20241007)

FR: TI\_GERICHTE 35.2024.18 du 7 octobre 2024

IT: TI\_GERICHTE 35.2024.18 del 7 ottobre 2024

## Regeste

Negato diritto a prestazioni di corta durata e IG, nonché rendita e IMI. Esclusa causalità naturale tra disturbi al ginocchio dx e infortunio. Esigibilità lavorativa: dal lato somatico abile al 100% in attività adeguate. Dal lato psichiatrico rinvio atti per perizia

## Erwägungen

### E. 5

b/bb, 118 V 286 e 117 V 365 in fine; Meyer-Blaser, Kausalitätsfragen aus dem Gebiet des Sozialversicherungs-rechts, in: SZS 2/1994, pag. 104 s.; M. Frésard, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], n. 39). 2.2.4. In concreto la CO 1 ha negato l'esistenza di un nesso causale naturale tra il sinistro del dicembre 1999 e i disturbi al ginocchio destro, fondandosi sulle conclusioni contenute nel rapporto del 22 gennaio 2024 del Dr. med. \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia, esperto in medicina infortunistica (cfr. doc. 18 = P). Lo specialista ha dapprima ricordato l'iter terapeutico affrontato dall'assicurata, e meglio: "(...) La signora RI 1, nata nel 1958, patì un infortunio in data 18.12.1999 allorquando fu disarcionata da un cavallo cadendo su un fianco. Non vi furono traumi al capo mentre i piedi bilateralmente sbatterono fra loro; vi furono dolori all'anca destra e alla caviglia/piede sinistro. L'iter terapeutico è risultato piuttosto lungo e si focalizza, dopo radiografie alla caviglia sinistra, su una sede di lesione sub-condrale nella parte mediale del talo con gradino nonché stiramento del legamento fibulo-talare posteriore. La paziente, all'epoca dell'evento, è stata in cura dal Dott. med. \_\_\_\_\_, dal Dott. med. \_\_\_\_\_, dal Dott. med. \_\_\_\_\_ e dal Dott. med. \_\_\_\_\_ il quale ha eseguito molteplici interventi operatori alla caviglia sinistra sfociando infine alla posa di una protesi successivamente cambiata (eseguite oltre Gottardo) e con riscontro di lesioni neurogene permanenti. Nel 2016, durante una degenza alla Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ (16.2.2016 - 25.3.2016) sempre per trattamenti alla caviglia sinistra, si menzionano dolori mediali al ginocchio destro con esame clinico così riassunto: "articolazione femoro-patellare con dolori; palpatoriamente dolente la emirima articolare mediale". Il 26.5.2016, nell'ambito di una perizia \_\_\_\_\_, il reumatologo Dott. med. \_\_\_\_\_ riassume quanto segue: "paziente alta cm. 165, peso kg. 95.5 (EMI 35), dolori alla colonna cervicale, dolori alla colonna lombosacrale, dolori alle spalle bilaterali, dolori alla caviglia sinistra". Lo specialista pone la diagnosi di "sindrome cervico lombovertebrale con componente spondilogenica cronica in disturbi del rachide vertebrale; spondilartrosi lombare plurisegmentale decondizionante, sbilancio muscolare; obesità; PHS bilaterale; tendenza alla fibromialgia", Venne consigliato calo ponderale e farmaci. Il 7.6.2016, sempre nell'ambito della perizia citata, il neurologo Dott. med. \_\_\_\_\_ riassume: "dolori alla colonna vertebrale, alle spalle, al ginocchio destro e alla caviglia sinistra con reliquati anche neurologici". Il 3.11.2016, come risulta dagli atti, si eseguì una risonanza magnetica del

ginocchio destro che documentò "degenerazione del menisco mediale e assenza di lesioni posi-traumatiche". Un ulteriore elemento riportato nel rapporto del \_\_\_\_\_ 17.1.2019 (pagina 9) menziona dolori alle ginocchia. (...)" (Doc. 18=P pag. 1-2) Il medico fiduciario dell'assicuratore LAINF, tenuto conto di quanto da lui riassunto, ha indicato che "si può ragionevolmente affermare che, ai sensi Lainf, l'infortunio del 18.12.1999 non è in nesso di causalità probabile, tanto meno probabile preponderante con l'attuale sintomatologia lamentata al ginocchio destro" (cfr. doc. 18=P pag. 2). Al riguardo egli ha precisato: " Benché i rapporti menzionino dolori alle ginocchia, il ginocchio destro è stato oggetto di indagini e approfondimenti: la risonanza magnetica del 3.11.2016 documentava una degenerazione del menisco mediale in assenza di lesioni post-traumatiche. Sussiste, per contro, il sospetto di un sovraccarico articolare in probabile lieve varismo benché indipendente e poco rilevante ma soprattutto a causa del netto sovrappeso; vi è inoltre la componente di predisposizione genetica alla osteoartrosi che, infatti, è presente anche alla colonna vertebrale (spondilartrosi generalizzata plurisegmentale). Grazie a numerosi studi e statistiche sappiamo che le donne, specialmente in età superiore ai cinquantacinque anni, presentano tendenza maggiore a sviluppare la gonartrosi. Nel presente caso, sempre in base agli atti esaminati, l'esito della risonanza magnetica del ginocchio destro del 3.11.2016 documentava una degenerazione del menisco mediale e l'assenza di lesioni post-traumatiche. Secondo il rapporto medico del \_\_\_\_\_ datato 17.1.2019 (pagina 9) vi erano problemi anche al ginocchio sinistro." (Doc. 18=P pag. 2) La ricorrente ha contestato la valutazione del Dr. med. \_\_\_\_\_, facendo valere che il medico ha considerato solo alcuni documenti e non l'ha visitata (cfr. doc. I pag. 12; IX). La medesima si è peraltro riferita alla RM del ginocchio destro del 12 giugno 2023 e all'apprezzamento del 7 agosto 2023 del Dr. med. \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurga ortopedica e traumatologia (anca - ginocchio - piede; cfr. doc. I pag. 10). La RM eseguita al ginocchio destro il 12 giugno 2023 ha posto in luce: " (...) Versamento articolare. Comparto mediale: lesioni cartilaginee di grado III delle porzioni di carico con sclerosi subcondrali ed appunti menti marginali. Meniscopatia degenerativa del corno posteriore e del corpo meniscale mediale, fessura obliqua e sublussazione esterna. Legamento collaterale interno nella norma. Lievi peritendiniti della zampa d'oca. Comparto centrale : legamenti crociati nella norma. Comparto laterale : lesioni cartilaginee di grado III del profilo anteriore del condilo femorale laterale e della porzione di carico del piatto tibiale laterale. Nessuna alterazione di segnale a carico del menisco. Complesso postero-laterale nella norma. Comparto femoro-rotuleo : rotula alta. Nessuna significativa lateralizzazione. Lesioni cartilaginee di grado III con focali edemi subcondrali dei due versanti articolari. Conclusioni 1. Versamento articolare. 2. Gonartrosi compartimentale mediale e femoro-rotulea. 3. Piccola fessura obliqua del corno posteriore del menisco mediale. 4. Lesioni cartilaginee di grado III laterali." (Doc. 8=L) Il Dr. med. \_\_\_\_\_, che ha visitato l'assicurata il 4 agosto 2023 inviatagli da medico curante, Dr. med. \_\_\_\_\_, per la valutazione di una problematica di gonalgia al ginocchio destro, nell'apprezzamento del 7 agosto 2023 ha così descritto lo status: " Paziente in leggero sovrappeso, la deambulazione si svolge con zoppia per un manco dello srotolamento del passo a sx, con limite funzionale in flessione dorsale. Morfotipo leggermente in pseudo-valgo. Anche mobili, libere e indolori con F/E a 100/0/10, abduzione/adduzione 50/0/40, rotazione interna/esterna 40/0/50 senza segni di conflitto. Ginocchio sx: minimo versamento, leggera tumefazione. Nessun segno infettivo. La palpazione è dolorosa soprattutto al compartimento mediale, condilo femorale mediale e peri-patellare, lateralmente aspecifico. Segni meniscali non completi. Pes anserino dolente.

Buona stabilità medio-laterale a 0, 30° e 90° di flessione. Lachmann con arresto duro. Pivotshift negativo. Crepitazioni mediali e femoro-patellari in compressione. Apparato estensore competente. F/E 120/0/0. Morfotipo del retro piede neutrale in posizione eretta; durante la deambulazione oltre al limite dello srotolamento si nota una leggera varizzazione del retro piede sx. Cicatrici calme quasi invisibili, sia mediali che anteriori. Ipoestesia al medio e avampiede. Buona stabilità della tibio-tarsica. Sottoastraglica indolore. Mediopiede allineato. Nessun segno di Morton. Raccorciamento del gastrocnemio ma soprattutto limite funzionale in flessione dorsale/plantare a 0/0/15 a sx contro 10/0/25 a dx. Perfusioni mantenute. Stato cutaneo con vitiligo.” (Doc. M pag. 2) Lo specialista ha poi discusso la situazione del ginocchio destro: " Sulla base dei dati anamnestici, clinici e radiologici la paziente presenta una sintomatologia dolorosa gonalgica al ginocchio dx, con una sintomatologia soggettivamente ben descritta nell'anamnesi e clinicamente e radio logicamente compatibile con la gonartrosi a grado intermedio, come confermato anche radio logicamente e alla RM. In questo contesto dal punto di vista conservativo vengono menzionate le soluzioni di una terapia antalgica antinfiammatoria per os e locale, secondo necessità, quale Voltaren o equivalente formula retard (Tilur, Vimovo ... secondo tolleranza gastrica), condroprotettivi con Condrosulf e Glucosulf per 3 mesi, eventualmente da rinnovare (potenzialmente per il restante compartimento ed eventualmente le altre articolazioni, attualmente non ancora sintomatiche), il mantenimento di deambulazione con sostegno quale doppie stampelle (consce dei limiti dell'utilizzabilità delle mani), il mantenimento di attivazione di mobilità e di forza con attività senza impatti al suolo quale cyclette, nuoto o equivalenti, eventualmente coadiutate da un sostegno fisioterapico, ma anche individuale. In modo supplementare, eventualmente ad infiltrazione intraarticolare con anestetico locale, derivato corticoide + viscosupplementazione con i relativi benefici temporanei, rispettivamente soluzioni quali infiltrazioni PRP o equivalenti, evitando l'uso di corticosteroidi. Al momento in cui la situazione fosse altamente degenerata resistente a tutti i trattamenti conservativi e soprattutto sintomatica in modo limitativo per la paziente, entrerebbe allora in considerazione un gesto chirurgico di rimpiazzo protesico, le cui fasi pre-, per- e postoperatorie sono state grossolanamente spiegate, anche nell'ottica dei risultati di soddisfazione staticamente del 80-85%, con le relative durate degli impianti in questa paziente attualmente 55.enne. La paziente in ogni modo, in questo momento, non ritiene giunto il momento di un rimpiazzo protesico; restano quindi le soluzioni sopramenzionate per la quale la paziente desidera riflettere.” (Doc. M pag. 3) 2.2.5. 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. STF 8C\_168/2018 del 6 giugno 2018 consid. 2.1.; STF 8C\_805/2015 del 10 giugno 2016 consid. 4.1.; DTF 136 V 376 consid. 4; RAMI 1997 U 281 pag. 282; DTF 104 V 209; STFA U 259/02 dell'8 luglio 2003 consid. 2.1.1; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in BJM 1989, pag. 30 segg.). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg. e RAMI 1999 U 356 pag. 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. Per quanto riguarda l'imparzialità e l'attendibilità di simili prove, devono tuttavia essere poste esigenze severe (cfr. DTF 122 V 157 ; STF 8C\_673/2021 del 24 marzo 2022 consid. 3.3.). 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. In proposito cfr. pure STF 8C\_67/2024 del 15 luglio 2024 consid. 4.2.; STF 8C\_562/2023 del 29 maggio 2024 consid. 2.3.; STF 8C\_447/2023 del 18 aprile 2024 consid. 3.3.; STF 8C\_47/2024 del 20 marzo 2024 consid. 2.1.; STF 8C\_668/2023 del 18 marzo 2024 consid. 6.1.; STF 8C\_370/2022 del 1° marzo 2023 consid. 5.1.; STF 8C\_622/2021 del 21 dicembre 2021 consid. 4.1.; STF 8C\_434/2020 del 26 ottobre 2020 consid. 3.3.; STF 8C\_616/2018 del 3 giugno 2019 consid. 4.1.; DTF 145 V 97 consid. 8.5. Giova, in ogni caso, ricordare che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), di principio deve essere considerato con la necessaria prudenza il referto dei medici curanti, anche se specialisti (cfr. STF 8C\_673/2021 del 24 marzo 2022 consid. 3.3.; DTF 143 V 130 consid. 11.3.3; STF 9C\_38/2008 del 15 gennaio 2009; STF 9C\_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (cfr. STF 8C\_673/2021 del 24 marzo 2022 consid. 3.3.; STF 8C\_616/2018 del 3 giugno 2019 consid. 4.1.; STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (cfr. STF 9C\_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). Il Tribunale federale ha comunque anche avuto modo di sottolineare che in ogni caso non va dimenticata la potenziale forza dei rapporti del medico curante, alla luce del fatto che quest'ultimo ha l'occasione di osservare il paziente durante un periodo di tempo prolungato (cfr. STF 8C\_300/2019 del 20 agosto 2019 consid. 3.2.; STF 8C\_168/2019 del 9 settembre 2019 consid. 3.4.; Pladoyer 3/09 pag. 74 e sentenza 9C\_468/2009 del 9 settembre 2009, consid. 3.3.1; STCA 32.2023.44 del 19 agosto 2024 consid. 2.8. e 2.11.; D. Cattaneo, in "Les expertises en droit des assurances sociales", in Cahiers genevois et romands de sécurité sociale n° 44-2010 pag. 124). Le perizie affidate dagli assicuratori sociali, durante la procedura amministrativa (art. 44 LPGa), a medici esterni all'amministrazione o a servizi specializzati indipendenti, invece, godono di piena forza probatoria, a condizione che non esistano indizi concreti che ne mettano in dubbio l'affidabilità (cfr. STF 8C\_67/2024 del 15 luglio 2024 consid. 4.2.; STF 8C\_668/2021 del 18 febbraio 2022 consid. 5.2.; STF 8C\_155/2020 del 1° aprile 2020 consid. 4.2.; STF 8C\_801/2018 del 13 febbraio 2019, pubblicata in SVR 2019 IV Nr. 52 pag. 169 segg.; STF

8C\_6/2019 del 26 giugno 2019 consid. 4.1.; 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. STF 8C\_564/2022 del 20 aprile 2023 consid. 4.1.2.; SVR 2002 IV Nr. 21 pag. 63; DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133 pag. 311 consid. 1, 1996 U 252, pag. 191 segg.; DTF 122 V 160 segg., 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. STF 8C\_564/2022 del 20 aprile 2023 consid. 4.1.2.; 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 8C\_5/2011 del 27 giugno 2011 consid. 5.5.; 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 pag. 35 consid. 4b). 2.2.6. Attentamente vagliato l'insieme della documentazione a sua disposizione, questo Tribunale ritiene che il parere espresso dal Dr. med. \_\_\_\_\_ sia dettagliato e approfondito e rispecchi i parametri giurisprudenziali sopra ricordati (cfr. consid. 2.2.5.). Ad esso va dunque attribuita piena forza probante e può validamente costituire da base al giudizio che il TCA è ora chiamato a rendere. Del resto, né gli argomenti che la parte ricorrente ha sollevato in questa sede, né la documentazione medica agli atti sono atti a generare dei dubbi - neppure lievi (cfr. consid. 2.2.5. - circa la fondatezza dell'approfondito parere espresso dallo specialista interpellato dall'istituto assicuratore resistente, con considerazioni puntuali e convincenti. In effetti le asserzioni della parte ricorrente non sono state suffragate da alcuna certificazione medica. Il Dr. med. \_\_\_\_\_, del resto, non si è pronunciato in alcun modo in merito all'eziologia dei disturbi al ginocchio destro (cfr. doc. M; consid. 2.2.4.). Nemmeno quanto asserito dalla parte ricorrente secondo cui la problematica al ginocchio destro non può che essere la conseguenza dell'impossibilità di caricare normalmente il piede sinistro (cfr. doc. XX; consid. 1.15.) consente di giungere a una conclusione differente. La stessa non trova conferma in alcun certificato medico e le attestazioni del Dr. med. \_\_\_\_\_, FMH in neurologia, citati nel doc. XX, ossia "doc. 22 pt. 6 a pag. 5 e pt. 18 a pag. 6, doc. 21, pag. 24" si limitano a indicare che il piede sinistro non può essere caricato normalmente. D'altro canto, neppure il fatto che il Dr. med. \_\_\_\_\_ periti non ha visitato personalmente l'assicurata è suscettibile di sminuire il valore probatorio attribuito alla sua valutazione. Del resto, l'Alta Corte ha precisato che i pareri redatti dai medici fiduciari hanno pieno valore probatorio, anche quando essi si sono espressi unicamente in base agli atti, dunque senza visitare personalmente l'assicurato (cfr. STF 8C\_650/2019 del 7 settembre 2020 consid. 4.3.; STF 8C\_780/2016 del 24 marzo 2017; STF 8C\_380/2016 del 5 agosto 2016; STFA U 143/98 del 10 settembre 1998, STFA U 49/95 del 2 luglio 1996). Questa Corte non ignora che la fisioterapista, \_\_\_\_\_, il 2 agosto 2022, ha indicato che uno dei problemi principali dell'insorgente è "ginocchio dx: dolore al comparto mediale del ginocchio che la porta ad avere deambulazione con evidente zoppia antalgica a causa di vari interventi alla caviglia sinistra" (cfr. doc. 15). Tuttavia tale

rapporto fisioterapico, non suffragato da certificazioni mediche, non consente di dubitare dell'affidabilità del referto del medico fiduciario. In effetti l'amministrazione e il giudice, per valutare l'esistenza di un nesso di causalità naturale tra evento infortunistico e il danno alla salute, si attengono, di regola, ad attestazioni rilasciate da un medico (cfr. doc. 2.2.2.). In esito a tutto quanto precede, questa Corte reputa dimostrato che i disturbi lamentati dall'insorgente al ginocchio destro non sono in nesso di causalità naturale con l'infortunio subito dall'assicurata nel dicembre 1999. Non è, quindi, necessario procedere con ulteriori atti istruttori, in particolare con una perizia pluridisciplinare, contrariamente a quanto postulato dalla parte ricorrente (cfr. doc. I pag. 12; consid. 1.7.). In proposito va 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, senza che ciò costituisca una lesione del diritto di essere sentito sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (cfr. DTF 144 V 361 consid. 6.5; STF 9C\_357/2023 del 17 agosto 2023 consid. 4.2.1.; STF 9C\_689/2020 del 1° marzo 2022 consid. 4.2.; STF 8C\_739/2020 del 17 febbraio 2021 consid. 5.4). Da questo profilo la decisione su opposizione impugnata deve, dunque, essere confermata.

2.3. Diritto a una rendita d'invalidità dal 1° luglio 2017? 2.3.1. Giusta l'art. 18 cpv. 1 LAINF l'assicurato invalido (art. 8 LPGA) almeno al 10 per cento a seguito d'infortunio ha diritto alla rendita di invalidità. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGA è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. Il TF, in una sentenza U 192/03 del 22 giugno 2004, pubblicata in RAMI 2004 U 529 pag. 572 segg., ha rilevato che l'art. 18 LAINF rinvia direttamente all'art. 8 LPGA; l'art. 8 cpv. 1 LPGA, a sua volta, corrisponde al previgente art. 18 cpv. 2 prima frase LAINF, motivo per il quale occorre concludere che non vi sono stati cambiamenti di rilievo in seguito all'introduzione della LPGA. Da parte sua, l'art. 16 LPGA prevede che, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato invalido potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido. L'Alta Corte, nella sentenza U 192/03 del 22 giugno 2004, citata in precedenza, ha rilevato che anche l'art. 16 LPGA non ha modificato la valutazione del grado di invalidità dell'assicurato previsto dai previgenti art. 28 cpv. 2 LAI e art. 18 cpv. 2 seconda frase LAINF. Nella stessa pronuncia la nostra Massima Istanza ha quindi concluso che in ambito LAINF la giurisprudenza relativa ai concetti di inabilità lavorativa, inabilità al guadagno e invalidità continua a mantenere la sua validità anche in seguito all'introduzione della LPGA. Su questi aspetti si veda pure la DTF 130 V 343. Due sono, dunque, di norma gli elementi costitutivi dell'invalidità: 1. il danno alla salute fisica o psichica (fattore medico) 2. la diminuzione della capacità di guadagno (fattore economico). Tra il danno alla salute e l'incapacità di guadagno deve inoltre intercorrere un nesso causale adeguato (fattore causale). Nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni deve esserci inoltre un nesso causale, naturale ed adeguato, tra il danno alla salute e l'infortunio.

2.3.2. L'invalidità, concetto essenzialmente economico, si misura in base alla riduzione della capacità di guadagno e non secondo il grado di menomazione dello stato di salute. D'altro canto, poiché l'incapacità di guadagno importa unicamente nella misura in cui dipende da un danno alla salute, la determinazione dell'invalidità presuppone preliminarmente adeguati accertamenti

medici che rilevino il danno in questione. Spetta al medico fornire una precisa descrizione dello stato di salute dell'assicurato e di tracciare un esatto quadro degli impedimenti che egli incontra nell'esplicare determinate funzioni. Il medico indicherà per prima cosa se l'assicurato può ancora svolgere la sua professione, precisando quali sono le controindicazioni in quell'attività e in altre analoghe. Egli valuterà finalmente il grado dell'incapacità lavorativa che gli impedimenti provocano sia nella professione attuale sia nelle altre relativamente confacenti (cfr., su questi aspetti, STF 8C\_1070/2009 dell'11 giugno 2010 consid. 2.2.; STFA I 871/02 del 20 aprile 2004 e STFA I 162/01 del 18 marzo 2002). L'invalidità, proprio perché concetto essenzialmente economico, si misura raffrontando il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora o potrebbe realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili, in un mercato del lavoro equilibrato, dopo l'adozione di eventuali provvedimenti integrativi (cfr. art. 16 LPG). I due redditi da porre a raffronto sono necessariamente ipotetici. L'ipotesi deve però poggiare su solide basi, avere un fondamento oggettivo. La giurisprudenza federale ha, più volte, confermato il principio che, nella determinazione dell'invalidità, non c'è la possibilità di fondarsi su una valutazione medico-teorica del danno alla salute dovuto all'infortunio e che occorre, sempre, basarsi sulle conseguenze economiche di tale danno. Il TF ha avuto modo di confermare che alla perdita di guadagno effettiva in un rapporto di lavoro stabile si può far capo solo eccezionalmente, se l'assicurato può esaurire pienamente presso la ditta in cui da lungo tempo lavora tutta la sua residua capacità lavorativa (cfr. STF U 25/94 del 30 giugno 1994). La perdita di guadagno effettiva può corrispondere alla perdita di guadagno computabile soltanto se - le condizioni sono cumulative - ogni riferimento al mercato del lavoro in generale, tenuto conto dei rapporti di lavoro particolarmente stabili, si avvera praticamente inutile, se l'assicurato esercita un'attività ragionevolmente esigibile nella quale si deve considerare che sfrutti al massimo la sua capacità di lavoro residua e se il reddito corrisponde ad una prestazione di lavoro e non a un salario sociale (cfr. RAMI 1991 U 130 pag. 270 segg. consid. 4a; conferma di giurisprudenza). Le ragioni, inerenti l'azienda, che rendono impossibile l'utilizzazione ottimale della rimanente capacità di produzione, devono essere considerate soltanto se, sul mercato del lavoro generale, non esiste una possibilità d'impiego, esigibile dall'assicurato, che gli permetterebbe di valorizzare meglio la propria residua capacità di lavoro (cfr. RAMI 1991 succitata, consid. 4d). I. Termine: reddito da invalido La misura dell'attività che si può ragionevolmente esigere dall'invalido va valutata in funzione del danno alla salute, avuto riguardo alle circostanze personali come l'età, le attitudini psico-fisiche, l'istruzione, la formazione professionale. Secondo la giurisprudenza, per la fissazione dei redditi ipotetici, non vanno considerate circostanze che non riguardano l'invalidità vera e propria. Particolarità quali formazione professionale o conoscenza linguistiche carenti hanno, in quest'ambito, rilevanza se sono causa di un reddito inferiore alla media. In tal caso, esse vanno o considerate nella determinazione dei due redditi da porre a confronto o non considerati affatto (cfr. RAMI 1993 U 168 pag. 97 segg., consid. 5a, b). Nel valutare la possibilità di sfruttare la residua capacità lavorativa e tradurla in capacità di guadagno non si terrà conto di difficoltà contingenti del mercato del lavoro, ma ci si collocherà nell'ipotesi di un mercato equilibrato, nella situazione, cioè, in cui offerta e domanda sostanzialmente si controbilancino (cfr. STF 8C\_772/2020 del 9 luglio 2021 consid. 3.3., RAMI 1994 U 187 pag. 90, consid. 2b; DTF 115 V 133; STF del 30 giugno 1994 succitata). Specifica dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni è la norma di cui all'art. 28 cpv. 4

OAINF: " Se a causa della sua età l'assicurato non riprende più un'attività lucrativa dopo l'infortunio o se la diminuzione della capacità di guadagno è essenzialmente dovuta alla sua età avanzata, sono determinanti per valutare il grado d'invalidità i redditi che potrebbe eseguire un assicurato di mezza età vittima di un danno alla salute della stessa gravità." II. Termine: reddito conseguibile senza invalidità Nel determinare il reddito conseguibile senza invalidità ci si baserà per quanto possibile sulla situazione antecedente l'infortunio. Se ne ipotizzerà l'evoluzione futura partendo dall'assunto che senza di esso la situazione si sarebbe mantenuta sostanzialmente stabile (cfr. STF del 15 dicembre 1992 nella causa G.I.M.). Ci si discosterà da questa proiezione solo se le premesse per modifiche di qualche rilievo sono già date al momento dell'infortunio o se particolari circostanze ne rendono il verificarsi altamente probabile (cfr. RAMI 1993 U 168 pag. 97segg., consid. 5b; 4a, b). Il grado di invalidità corrisponde alla differenza, espressa in percentuale, tra il reddito ipotetico conseguibile senza invalidità e quello, non meno ipotetico, conseguibile da invalido.

2.3.3. L'Ufficio AI ha posto l'assicurata al beneficio di una mezza rendita di invalidità dal 1° maggio 2014, poi aumentata a tre quarti di rendita dal 1° luglio 2015, nonché di una rendita intera di invalidità dal 1° ottobre 2017 con grado di invalidità del 100% e di una rendita di invalidità sempre intera a partire dal 1° aprile 2019 con grado di invalidità del 78% (cfr. consid. 1.2.; doc. XXII1). Al riguardo è utile osservare che in una sentenza 8C\_558/2008 del 17 marzo 2009 il Tribunale federale, a proposito del coordinamento fra l'assicurazione invalidità e l'assicurazione contro gli infortuni, ha rilevato che: "(...) Il est à noter d'emblée que l'ancien Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale en ce sens que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents ( ATF 131 V 362 consid. 2.3 p. 368). Récemment, le Tribunal fédéral a admis la réciprocité de cette règle à l'égard de l'assurance-invalidité en jugeant que celle-ci n'était pas liée par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-accidents au sens de l'arrêt ATF 126 V 288 , avec comme conséquence que l'office AI n'avait pas qualité pour faire opposition à la décision ni pour recourir contre la décision sur opposition de l'assureur-accidents concernant le droit à la rente en tant que tel ou le taux d'invalidité ( ATF 133 V 549 )." Cfr. pure STF 8C\_772/2020 del 9 luglio 2021 consid. 3.1.; STF 8C\_175/2017 del 30 ottobre 2017 consid. 4.1.; STF 8C\_445/2015 del 9 maggio 2016 consid. 3. Pertanto, in concreto, a giusta ragione l'assicuratore LAINF resistente ha proceduto a determinare il grado di invalidità della ricorrente a decorrere dal 1° luglio 2017 indipendentemente dalla decisione dell'UAI.

2.3.4. Per quanto concerne l'aspetto medico, va osservato che per definire la capacità lavorativa residua della ricorrente a partire dal luglio 2017, quando è stato posto termine al diritto alle prestazioni di corta durata, deve essere valutata sia la componente somatica (caviglia sinistra) che quella psichica (in merito al nesso causale con l'infortunio del dicembre 1999 cfr. consid. 1.4.) delle sue affezioni. In effetti questa Corte, nella STCA 35.2022.9 del 23 maggio 2022 consid. 2.5., con la quale ha statuito che le turbe psichiche di cui soffre l'assicurata si trovano in una relazione di causalità adeguata (oltre che naturale) con l'evento infortunistico occorso nel mese di dicembre 1999 (cfr. consid. 1.4.), ha retrocesso gli atti alla CO 1 "affinché definisca nuovamente il grado d'invalidità complessivo della ricorrente, tenuto conto dell'integralità del danno alla salute comprendente sia i disturbi somatici, che quelli psichici. Sulla base delle relative risultanze, spetterà poi all'amministrazione esprimersi nuovamente in merito al diritto ad una rendita di invalidità". Per quanto riguarda l'aspetto somatico, la CO 1, nella decisione del 7 giugno

2023, riguardante il periodo a far tempo dal 1° luglio 2017, ha indicato: " (...)  
Conformemente al parere del perito relativamente alle conseguenze dell'infortunio (piede),  
la sua mandante è impedita nell'esecuzione di lavori che richiedano un importante carico  
degli arti inferiori. L'assicurata può però svolgere un'attività principalmente sedentaria, che  
non carichi il piede sinistro e in generale gli arti inferiori. In concreto, la signora RI 1  
potrebbe svolgere il lavoro di aiuto-medico come al momento dell'infortunio. Se si tiene  
conto delle limitazioni sopra illustrate l'assicurata potrebbe svolgere questo lavoro in misura  
completa (...)" (Doc. G; consid. 1.5.) Il perito a cui ha fatto riferimento l'assicuratore  
LAINF nel provvedimento del 7 giugno 2023 è il Dr. med. \_\_\_\_\_, specialista in  
neurologia, che ha allestito la sua valutazione del 7 giugno 2016 contestualmente alla  
perizia pluridisciplinare SAM, il cui rapporto risale all'8 agosto 2016 (cfr. doc. XVIII; 21;  
22). Lo specialista ha, in effetti, rilevato: " (...) Sulla base dei dati a disposizione possiamo  
concludere che i sintomi al piede sinistro sono spiegati da un lato da un dolore neuropatico  
in seguito ad un danno di fibre sensitive dei nervi peroneo e tibiale, danno che possiamo far  
risalire principalmente al gennaio 2014, dopo l'ultimo intervento di reimpianto di protesi  
della caviglia. Ai dolori neuropatici si aggiunge un dolore di tipo piuttosto nocicettivo  
riferibile alla situazione postoperatoria locale alla caviglia. Si tratta di una sintomatologia  
ben credibile e che determina sintomi algici piuttosto importanti soprattutto al carico e ai  
movimenti del piede. (...). L'A potrebbe svolgere un'attività principalmente sedentaria, che  
non carichi il piede sinistro e in generale gli arti inferiori. Un'attività che tenga conto di  
questi aspetti, visto che da seduta i disturbi al piede sinistro almeno per quel che riguarda gli  
aspetti neuropatici sono minimi, potrebbe essere svolta in misura praticamente del 100%.  
(...)" (Doc. 22 pag. 3 e 4) Al riguardo cfr. anche doc. 21 pag. 24. Il TCA non ha motivo per  
scostarsi dalle chiare e motivate conclusioni del perito \_\_\_\_\_, Dr. med. \_\_\_\_\_,  
che ha visitato personalmente l'assicurata durante il consulto del 6 giugno 2016, in  
occasione del quale la ricorrente ha d'altronde potuto spiegare i propri disturbi (cfr. doc.  
22). La valutazione del Dr. med. \_\_\_\_\_, del resto, non è messa in dubbio da pareri  
specialistici di senso contrario. Ne discende che, per quanto concerne la componente  
somatica, l'assicurata è incapace al lavoro al 100% nella sua attività di insegnante  
specialista della sezione sanitaria di truppa, ma abile al 100% in attività adeguate,  
principalmente sedentarie che non carichino il piede sinistro e in generale gli arti inferiori.  
Va, peraltro, segnalato che dalla perizia SAM dell'8 agosto 2016 emerge che anche il Dr.  
med. \_\_\_\_\_, spec. FMH in reumatologia, che ha visitato l'insorgente il 24 maggio  
2016, per quanto di sua competenza, tenendo conto delle problematiche alla colonna  
vertebrale con dolori cervicali, alle spalle, alle estremità superiori ("dal 2014 si sono  
sviluppati disturbi fibromialgici che in parte spiegano il quadro algico generalizzato"), la  
cui assenza di causalità con il sinistro del dicembre 1999 non è contestata, ha valutato  
"l'attuale grado di capacità lavorativa, dal punto di vista reumatologico, nella misura dello  
0% nell'attività da ultimo esercitata, nella misura del 100% in un'attività adatta allo stato di  
salute e nella misura del 90% come casalinga" (cfr. doc. 21 pag. 22-23). 2.3.5. Per quanto  
attiene all'aspetto psichiatrico, l'assicuratore LAINF resistente, relativamente all'esigibilità  
lavorativa, ha tenuto conto di una riduzione del rendimento del 20% (cfr. doc. G; B). In  
effetti nella valutazione eseguita per conto del SAM il Dr. med. \_\_\_\_\_, spec. FMH  
psichiatria e psicoterapia, nel rapporto 16 giugno 2016, allestito dopo i consulti del 1° e del  
15 giugno 2016, ha diagnosticato una reazione depressiva su disturbo dell'adattamento  
(ICD 10 F 43.20), ritenuta in remissione, e determinato "l'attuale grado di capacità  
lavorativa, dal punto di vista psichiatrico, nella misura dell'80% in qualunque attività

lucrativa e nella misura del 100% come casalinga” (cfr. doc. 21 pag. 25; STCA 32.2017.167 del 14 giugno 2018; consid. 1.2.). Inoltre il Dr. med. \_\_\_\_\_, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, menzionato esplicitamente nei propri provvedimenti dalla CO 1 (cfr. doc. G; B), che ha visitato la ricorrente, il 26 maggio e il 2 giugno 2021, nell’ambito di una nuova perizia psichiatrica ordinata dalla CO 1 (cfr. consid. 1.4.), nel rapporto del 2 luglio 2021 ha attestato: " (...) 3. Al momento attuale, a livello clinico, non sono presenti segni clinici indicanti un disturbo affettivo di entità media o grave, in particolare non si notano segni di tristezza vitale, rallentamento psicomotorio, appiattimento affettivo/emotivo, pensieri autolesivi, inibizione del pensiero con idee circolari, sentimenti di colpa. 4. È tuttavia presente un disagio ed una sofferenza che è certamente autentica, verosimilmente legata alle preoccupazioni per il futuro dopo la perdita del posto di lavoro nel 2015 e l'astensione dal lavoro da molti anni. Tale condizione può essere inquadrata diagnosticamente in una sindrome depressiva ricorrente e include "episodi ricorrenti di reazione depressiva reattiva" al vissuto di abbandono e di delusione per essere stata scaricata da un'istituzione nella quale aveva massicciamente investito tutto il suo impegno e le sue speranze e che la rafforzava nella sua identità di persona "forte e intraprendente" (come da lei stessa descritto). (...).

## **E. 6**

Dal profilo medico-psichiatrico, in base alle risultanze degli esami clinici effettuati e dall'esame della documentazione che mi è stata messa a disposizione, in conclusione appare ragionevolmente proponibile un impegno in un'attività confacente e adattata alle sue limitazioni ortopediche, in misura dell'80%, con riduzione del 20% dal profilo del rendimento.” (Doc. O pag. 26-27) Tuttavia dalla perizia psichiatrica del 17 gennaio 2019 allestita dal \_\_\_\_\_, incaricato dall’Ufficio AI a seguito della sentenza 32.2017.167 del 14 giugno 2018 con cui questo Tribunale aveva annullato la decisione del 6 settembre 2017 dell’Ufficio AI che attribuiva all’assicurata una mezza rendita dal 1° maggio 2014 e tre quarti di rendita dal 1° luglio 2015, ritenendo indispensabile disporre di un approfondimento peritale psichiatrico volto a chiarire se fosse subentrato oppure no un peggioramento dello stato di salute (cfr. consid. 1.2.), emerge: " (...) L’analisi della documentazione, gli atti presenti, la valutazione peritale orientano verso la presenza di un episodio depressivo di grado medio-severo evoluto da una sindrome da disadattamento in relazione alla persistenza di una sintomatologia fisica con limitazione a livello funzionale oltre che la presenza di un dolore cronico. Già nel 2016 i curanti avevano indicato la presenza di una sindrome da disadattamento legata alla mancata remissione della sintomatologia somatica dopo gli interventi chirurgici che avevano necessitato di una presa a carico farmacologica oltre che psicologica, quest’ultima interrotta. La sintomatologia depressiva si è sempre più amplificata evolvendo in un episodio depressivo endoreattivo che ha necessitato di una presa a carico psicologica/psichiatrica questa volta accettata dal 2017. La diagnosi di un episodio depressivo si fonda sulla presenza di un umore depresso, con un'anedonia, aumentata affaticabilità, riduzione della stima di sé, presenza di ideazione autolesiva come unica via di uscita, soggettive lamentele di concentrazione, anche obiettivate sebbene non gravi, presenza di un lieve rallentamento, presenza di disturbi del sonno con modificazioni circadiane della sintomatologia. Non sono emersi elementi a suffragio di un disturbo di personalità, tuttavia vi sono elementi di una personalità che ha basato sempre il valore di sé sulla propria autonomia, sulla capacità di poter reagire da sola che ostacolano l'accettazione dei limiti presenti. (...) l'assicurata grazie all'inizio di un trattamento psichiatrico e di sostegno psicologico adeguato ha potuto presentare un contenimento dei sintomi, senza comunque una sua completa remissione. Il trattamento

attuale appare adeguato, potrebbe essere indicato nel caso in cui di una mancata ulteriore risposta alla terapia antidepressiva, visto il dosaggio massimo raggiunto, di tentare l'utilizzo di antidepressivi con valenza non solo serotoninergica pura, come già il Dr. \_\_\_\_\_ aveva ipotizzato nella sua valutazione (ad esempio Venlafaxina Duloxetina)." (Doc. K=7 pag. 11-12) Le Dr. med. \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, nonché direttrice, rispettivamente capo clinica del \_\_\_\_\_, le quali hanno avuto due colloqui con l'assicurata il 10 e il 17 gennaio 2019, hanno attestato un' "IL dell'80% intesa come riduzione del rendimento per la sua attività di istruttrice sanitaria dal momento della perizia" e che "in un'attività adeguata si valuta che vi è stato un peggioramento del quadro clinico rispetto a quello descritto in perizia \_\_\_\_\_.

Pertanto IL del 20% dal 01.04.2015 come definita dal Dr. \_\_\_\_\_, il successivo peggioramento ha portato a una IL del 100% da luglio 2017, successivamente il contenimento della sintomatologia porta dalla data della perizia odierna a una IL del 50% inteso sempre come rendimento ridotto. Le attività adeguate devono essere semplici, non comportare l'assunzione di responsabilità, non essere troppo variate, essere ben chiare e pianificate. (...)" (cfr. doc. K=7). Riguardo al peggioramento da luglio 2017 menzionato dalle Dr. med. \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_, nell'"estratto degli atti considerati ai fini della valutazione psichiatrica" di cui al rapporto delle psichiatre è stato riportato quanto segue: "

(...) 14.07.2017 Scritto allo studio legale Avv. RA 1 dello psicologo sig. \_\_\_\_\_ Soffre di un episodio depressivo (ICD 10 F 32) accompagnato da disturbo persistente dell'umore affettivo (ICD 10 F 34) dovuto ad una reazione di grande stress (ICD 10 F 43) in seguito al suo incidente con il cavallo conseguentemente alla perdita del suo lavoro. Ha messo in atto due volte in pericolo la sua vita con prove di TS, rischio di recidiva, è seguita regolarmente in psicoterapia accompagnata da un sostegno farmacologico data la sua problematica in collaborazione con il Dr. \_\_\_\_\_. (...) 14.12.2017 Scritto all'Avv. RA 1 del Dr. \_\_\_\_\_, FMH Psichiatria e Psicoterapia Il quadro clinico è notevolmente aggravato rispetto alla perizia del Dr. \_\_\_\_\_ del maggio 2016 e la sindrome da disadattamento è evoluta verso un franco episodio depressivo grave (ICD 10 F 32.2). Ha incontrato la paziente il 28.11.2017 e il 14.12.2017 e ha oggettivato una sintomatologia caratterizzata da ansia pervasiva generalizzata, marcata deflessione dell'umore con persistenti ideazioni suicidali (a volte con progettualità), disturbi del sonno, della memoria e della concentrazione, alimentazione sregolata con notevole incremento ponderale, diminuzione della libido, mancanza di progettualità, sentimenti di autosvalutazione, vergogna, inutilità e di peso per la società, grave tendenza all'isolamento sociale, sensazioni di non riconoscersi più, netta riduzione dello slancio vitale, mancanza di motivazione, apatia, abulia e anedonia, grave astenia. Il trattamento consiste in Fluoxetina 60 mg/die; Gabapentin 900 mg/die da aumentare ulteriormente e Deanxit 2 cpr, giustifica una IL del 100% almeno dal 28.11.2017. (...) 20.11.2018 Rapporto medico per l'AI del Dr. \_\_\_\_\_, FMH Psichiatria e Psicoterapia In sua cura dal 28.11.2017. Frequenza delle visite mediamente una volta al mese. Paziente in condizioni psichiche tali da uscire di casa. Il decorso clinico non è stato favorevole rispetto al suo precedente rapporto del 14.12.2017. Persiste un grave stato depressivo in presenza di elevato rischio suicidale. In terapia con Gabapentin 1800 mg/die; Fluctine 60 mg; Deanxit 2 cpr e Tranxilium 20 mg. Prognosi sfavorevole. Nessuna attività lavorativa esigibile." (Doc. K=7 pag. 4-5) Nella sentenza 32.2017.167 del 14 giugno 2018 consid. 2.7.1., in cui è stato citato anche lo scritto del 14 luglio 2017 dello psicologo \_\_\_\_\_, risulta il rapporto completo del 14 dicembre 2017 del Dr. med. \_\_\_\_\_, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, nel quale, oltre a quanto

riportato nel rapporto \_\_\_\_\_, ha indicato: " (...) La signora medesima esprime bene la sua profonda sofferenza affermando di sentirsi morta dentro. (...) Il grave peggioramento del quadro psicopatologico, come sopra descritto, giustifica un'inabilità lavorativa nella misura del 100%, per qualsiasi attività, almeno a partire dal 28/11/17. La prognosi quo ad valetudinem risulta incerta." Dalle valutazioni psichiatriche appena esposte si evince, dunque, che l'insorgente, dopo che era stata periziata dal Dr. \_\_\_\_\_, il quale nel giugno 2016 l'aveva ritenuta inabile al lavoro al 20% in qualunque attività lucrativa e prima che il Dr. med. \_\_\_\_\_, nel luglio 2021, attestasse un'abilità lavorativa "in misura dell'80%, con riduzione del 20% dal profilo del rendimento" (cfr. doc. O pag. 27), ha subito un peggioramento che avrebbe condotto, a decorrere dal 1° luglio 2017, a un'incapacità al lavoro del 100% e dal gennaio 2019 del 50%. 2.3.6. In simili condizioni, risulta che al momento dell'emanazione della decisione del 7 giugno 2023, con la quale, la CO 1 ha stabilito che il diritto a prestazioni per cure mediche e indennità giornaliera era finito il 30 giugno 2017, le conclusioni del Dr. med. \_\_\_\_\_ del giugno 2016 non erano più attuali, essendo subentrato un successivo peggioramento delle condizioni psichiche che affliggono l'assicurata. In effetti, come esposto sopra, dal rapporto \_\_\_\_\_ del gennaio 2019 emerge che la problematica psichica della ricorrente - rispetto a quanto valutato dal Dr. med. \_\_\_\_\_ contestualmente alla perizia \_\_\_\_\_ dell'agosto 2016 - si è in seguito notevolmente aggravata. Parimenti l'apprezzamento del Dr. med. \_\_\_\_\_ del luglio 2021 riguarda esclusivamente lo stato di salute \_\_\_\_\_ a quel momento e non affronta un'analisi retroattiva dello stesso, perlomeno per il periodo che intercorre tra la valutazione del \_\_\_\_\_ del gennaio 2019 e il suo referto, nonostante abbia avuto a disposizione il rapporto del \_\_\_\_\_ già al momento dell'allestimento della sua perizia nel luglio 2021 e nell'agosto 2021 gli sia stato chiesto specificatamente dalla CO 1 di esaminare la perizia del \_\_\_\_\_ (cfr. doc. O pag. 23; 25; P). Anche allorché è stata emessa la decisione del 13 agosto 2021, con la quale l'assicuratore LAINF aveva posto termine alle prestazioni di corta durata a far tempo dal 30 giugno 2017, negando poi l'attribuzione di una rendita di invalidità (cfr. consid. 1.4.), il referto del \_\_\_\_\_ era già stato allestito, ma non considerato. Ad ogni modo a quel momento l'Istituto assicuratore resistente si era concentrato sui disturbi somatici, visto che in quel contesto aveva negato l'esistenza di un nesso causale adeguato tra i disturbi psichici e l'infortunio del dicembre 1999 (cfr. consid. 1.4.). Giova, poi, evidenziare che il peggioramento dello stato di salute dell'assicurata e la gravità delle sue condizioni psichiche sono, del resto, stati rilevati pure nella sentenza in ambito AI 32.2017.167 del 14 giugno 2018 consid. 2.7.1., e meglio: " (...) va fatto presente che il rapporto del dr. med. \_\_\_\_\_ risale a tredici mesi prima della certificazione dello psicologo. Va poi detto che i due episodi di tentamen suicidali con rischio di recidiva, nonché la necessità di una regolare psicoterapia evidenziate dallo psicologo nel citato scritto del 14 luglio 2017, illustrano una diversa situazione delle condizioni psichiche dell'assicurata rispetto a quando nel giugno 2016 il perito aveva riscontrato un'affezione psichiatrica in remissione. Il peggioramento è stato accertato dal dr. med. \_\_\_\_\_, specialista in psichiatria e psicoterapia, nel rapporto 14 dicembre 2017 (...) Nel caso concreto è vero che la modifica dello stato valetudinario è stata fatta risalire dallo psichiatra curante al momento della prima visita del 28 novembre 2017, quindi successiva alla decisione contestata (6 settembre 2017). Tuttavia è poco verosimile che il sopra attestato rilevante peggioramento non fosse già intervenuto qualche mese prima della decisione impugnata e verosimilmente ancora prima del luglio 2017 allorquando con il succitato scritto lo psicologo già aveva descritto la modificata situazione psichiatrica

dell'assicurata. Tale evoluzione negativa dello status extra-somatico doveva essere già tenuta in considerazione ed approfondita in sede amministrativa." A seguito di tale giudizio, l'Ufficio AI ha poi predisposto la perizia psichiatrica di decorso al \_\_\_\_\_ (cfr. consid. 1.2.). Pertanto, alla luce di quanto sopra esposto e tutto ben considerato, il TCA ritiene che la valutazione, per quanto concerne l'esigibilità lavorativa dal profilo psichiatrico, scaturita dal rapporto peritale del \_\_\_\_\_ e dall'apprezzamento del Dr. med. \_\_\_\_\_, non possa validamente costituire da base al giudizio che è ora chiamato a rendere, ma risulti indispensabile rinviare gli atti all'assicuratore infortuni affinché predisponga una perizia ex art. 44 LPGa atta a stabilire con esattezza le patologie psichiche che affliggono l'assicurata, la loro evoluzione e l'influenza che queste ultime hanno sulla sua capacità lavorativa residua a fare tempo dal luglio 2017 (cfr. STCA 35.2013.31 del 9 gennaio 2014).

2.4. In una sentenza di principio 9C\_243/2010 del 28 giugno 2011, pubblicata in DTF 137 V 210, il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche rivolte alla giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; art. 72bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione. In quella pronuncia, l'Alta Corte ha pure precisato in quali casi il Tribunale cantonale deve allestire direttamente una perizia giudiziaria e in quali altri può rinviare gli atti all'assicuratore per un complemento istruttorio. Il TF ha, al riguardo, sviluppato le seguenti considerazioni: " (...)

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

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

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

Versicherungsträger zurückzuweisen oder aber selber zur Herstellung der Spruchreife zu schreiten (vgl. statt vieler ARV 1997 Nr. 18 S. 85 E. 5d mit Hinweisen, C 85/95; Urteil vom 11. April 2000 E. 3b, H 355/99), zu ändern. 4.4.1.4 Freilich ist es weder unter praktischen noch rechtlichen Gesichtspunkten - und nicht einmal aus Sicht des Anliegens, die Einwirkungsmöglichkeiten auf die Erhebung des medizinischen Sachverhalts fair zu verteilen - angebracht, in jedem Beschwerdefall auf der Grundlage eines Gerichtsgutachtens zu urteilen. Insbesondere ist der Umstand, dass die MEDAS von der Invalidenversicherung finanziert werden, kein genügendes Motiv dafür. Doch drängt sich auf, dass die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten einholt, wenn sie einen (im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen) medizinischen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist (vgl. die Kritik an der bisherigen Rückweisungspraxis bei Niederberger, a.a.O., S. 144 ff.). Die betreffende Beweiserhebung erfolgt alsdann vor der - anschliessend reformatorisch entscheidenden - Beschwerdeinstanz selber statt über eine Rückweisung an die Verwaltung. Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (siehe beispielsweise das Urteil 9C\_646/2010 vom 23. Februar 2011 E. 4; vgl. auch SVR 2010 IV Nr. 49 S. 151 E. 3.5, 9C\_85/2009).” (DTF 137 V 263-265) In una sentenza 8C\_59/2011 del 10 agosto 2011 - 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).” (STF 8C\_59/2011, consid. 5.2) 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).” (STF 8C\_412/2019, consid. 5.4.) (si veda pure la STF 8C\_697/2019, 8C\_698/2019 del 9 novembre 2020 consid. 4.1; STCA 35.2020.88 dell’8 febbraio 2021 consid. 2.10; STCA 35.2020.70 del 1° marzo 2021 consid. 2.10; STCA 35.2020.100 del 22 marzo 2021 consid. 2.10; STCA 35.2021.12 del 16 giugno 2021 consid. 2.10). Con la

pronunzia 8C\_445/2021 del 14 gennaio 2022 consid. 4.4, pubblicata in SVR 10/2022 UV n. 34 pag. 137 segg., 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. Infine, con un giudizio 9C\_176/2022 del 17 novembre 2022 consid. 3, il TF ha confermato l'agire dei giudici cantonali che avevano rinviato la causa all'amministrazione affinché procedesse ad accertamenti complementari a fronte di una fattispecie non sufficientemente chiarita, anziché disporre una perizia giudiziaria (" Rien par ailleurs n'empêchait les premiers juges de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire dans leur arrêt du 5 juillet 2019 plutôt que d'ordonner une expertise judiciaire. Ce renvoi était en effet motivé par la nécessité de clarifier une situation médicale ayant fait l'objet d'investigations insuffisantes. La jurisprudence autorise expressément un tel renvoi dans ce genre de situation ."). La presente fattispecie non richiede semplicemente una precisazione o un chiarimento. Va, in ogni caso, osservato che l'Istituto assicuratore resistente ha fatto riferimento a valutazioni peritali incomplete per quanto concerne la componente psichica dei disturbi dell'assicurata, nel senso che la perizia \_\_\_\_\_ in ambito AI è stata superata dal rapporto del \_\_\_\_\_, mentre il referto del Dr. med. \_\_\_\_\_ non si esprime in merito alla capacità lavorativa dell'insorgente nel periodo precedente il suo esame (cfr. consid. 2.3.6.). Inoltre la parte ricorrente, già in sede di opposizione, aveva evidenziato che "per quanto attiene la valutazione inerente la (iii) capacità lavorativa, ovvero ritenuta completa salvo una diminuzione del 20% di rendimento per il profilo psichiatrico, si rimarca che la stessa non è rappresentativa della condizione di salute della signora RI 1; è stata infatti accertata una rilevante modifica delle sue condizioni di salute" e che "(...) la signora RI 1 è molto sofferente anche sotto l'aspetto psicologico" (cfr. doc. 2 pag. 5-6), senza, però, che l'assicuratore LAINF abbia provveduto a chiarire, sulla base del rapporto del \_\_\_\_\_ del gennaio 2019, l'evoluzione dei disturbi psichici dell'assicurata e il relativo influsso sulla sua residua capacità lavorativa a decorrere dal luglio 2017 - quando è stato posto termine alle prestazioni di corta durata. Per il TCA sono, perciò, realizzati i presupposti per un rinvio degli atti alla parte resistente (cfr. STF 8C\_445/2021 del 14 gennaio 2022 consid. 4.4.; STF 8C\_59/2011 del 10 agosto 2011 e DTF 135 V 465; si veda pure la STCA 35.2011.10 del 12 ottobre 2011, cresciuta in giudicato). 2.5. Per le ragioni già diffusamente esposte al considerando 2.3.6., si giustifica l'annullamento della decisione su opposizione impugnata. La CO 1, a cui gli atti vengono dunque retrocessi, dovrà disporre un approfondimento medico psichiatrico ex art. 44 LPGA e, alla luce dei relativi esiti, stabilire di nuovo il diritto a un'eventuale rendita d'invalidità LAINF. 2.6. A proposito della definizione dell'eventuale grado di invalidità dell'insorgente, abbondanzialmente, va rilevato, in primo luogo, che riguardo alla questione di sapere se nella determinazione del reddito da valida si debba prendere in considerazione un ipotetico cambiamento professionale (in concreto la CO 1 ha tenuto conto del reddito quale aiuto medico, attività che l'assicurata svolgeva al momento dell'infortunio del dicembre 1999, a esclusione del reddito quale insegnante specialista della sezione sanitaria per il dipartimento federale della difesa, occupazione iniziata nel 2001, difettando indizi concreti nel dicembre 1999 circa

uno sviluppo professionale e un aumento del reddito; cfr. doc. B; G) la giurisprudenza ha precisato che delle possibilità teoriche di sviluppo professionale o di promozione non vanno considerate, a meno che degli indizi concreti rendano molto verosimile che esse si sarebbero realizzate. Al riguardo si deve esigere la prova di indizi concreti che l'assicurato avrebbe ottenuto un avanzamento o un corrispondente aumento del proprio reddito, se non fosse divenuto invalido. Ciò potrebbe essere il caso, ad esempio, se il datore di lavoro ha lasciato intendere una simile prospettiva d'avanzamento o ha fornito delle assicurazioni in questo senso. Per contro, delle semplici dichiarazioni d'intento da parte dell'assicurato non sono sufficienti. L'intenzione di progredire sul piano professionale deve essersi infatti manifestata mediante dei passi concreti, quali la frequentazione di un corso, l'inizio di studi oppure lo svolgimento di esami (cfr. STF 8C\_214/2023 del 20 febbraio 2024 consid. 4.; DTF 145 V 141 consid. 5.2.1.; STF 8C\_575/2018 del 30 gennaio 2019 consid. 5, pubblicata in SVR 2019 IV Nr. 61; STF 9C\_221/2014 del 28 agosto 2014 consid. 3.2, 8C\_290/2013 dell'11 marzo 2014 consid. 6.1, 8C\_145/2012 del 9 novembre 2012 consid. 3.1 e 3.2, 8C\_839/2010 del 22 dicembre 2010 consid. 2.2.2.2, 8C\_938/2009 del 23 settembre 2010 consid. 6.2, 8C\_530+533/2009 del 1° dicembre 2009 consid. 7.2). L'intenzione di avanzare professionalmente deve essere riconoscibile già al momento dell'insorgenza del danno alla salute, al fine di evitare speculazioni (in questo senso, si veda la sentenza 9C\_221/2014 appena menzionata, riguardante un assicurato che, al momento dell'infortunio, stava temporaneamente lavorando quale operatore in automazione e che, dopo di esso, aveva intrapreso una formazione di programmatore/regolatore in automazione ottenendo il relativo diploma. In quella fattispecie, il Tribunale federale ha ritenuto che, al momento dell'insorgenza del danno alla salute, non esisteva alcun indizio concreto a favore dell'intenzione dell'assicurato di terminare prossimamente la sua attività di operatore in automazione per iniziare una formazione di programmatore/regolatore in automazione). Cfr. anche STF 8C\_760/2023 del 24 giugno 2024 consid. 5; STF 9C\_472/2020 del 17 novembre 2020; STF 8C\_144/2012 del 9 novembre 2012 consid. 3.3.4 e il riferimento ivi citato; STCA 35.2021.82 del 21 febbraio 2021 consid. 2.6. segg.; STFA U 340/04 del 9 marzo 2005 consid. 2; STCA 35.2020.99 del 18 maggio 2021 consid. 2.10 segg.; STCA 35.2014.12 del 3 novembre 2014. Inoltre, con sentenza 8C\_657/2023 del 14 giugno 2024 consid. 5.4., la cui pubblicazione è prevista nella Raccolta ufficiale, la nostra Massima Istanza, confermando il giudizio del Tribunale cantonale del Jura secondo cui l'assicurato, guardia di confine che aveva iniziato un corso di base "MEK Helvetia" poi interrotto a causa delle conseguenze fisiche del sinistro subito, aveva comprovato con il grado della verosimiglianza preponderante che senza l'infortunio avrebbe concretizzato il suo sviluppo professionale in un'unità speciale delle dogane, ha statuito: " (...) Il résultat néanmoins du courrier du 28 janvier 2021 de l'AFD que l'intimé avait bien débuté son cours de base MEK Helvetia et que s'il avait dû l'interrompre en raison des atteintes à sa santé, sans avoir acquis un droit d'occuper un poste spécifique au sein de cette unité, il avait néanmoins été encouragé à repostuler. Sur la base de ces éléments il est possible de constater, à l'instar de la cour cantonale, que l'intimé avait effectivement manifesté son intention de progresser par la fréquentation - concrète - du cours de base, se trouvant d'ailleurs dans une période d'essai, lui permettant de participer à la sélection pour le poste dans l'unité d'élite des douanes. Cet aspect est d'ailleurs admis par la recourante elle-même, bien qu'elle souligne principalement le fait qu'il n'y aurait eu aucune assurance que l'intimé termine ladite formation ou rejoigne l'unité spéciale. Or, contrairement à l'exigence de fréquentation d'un cours, la jurisprudence ne prévoit pas qu'il y ait une certitude d'engagement. Qui plus est, la circonstance selon

laquelle l'intimé n'avait pas pu être retenu dans le cadre d'une procédure de nomination en raison de son accident, mise en avant dans le recours en citant une attestation de l'AFD datée du 27 novembre 2017, permet de confirmer la conclusion des premiers juges plutôt que de l'infirmar. Par ailleurs, dans ce document figure encore qu'"une nouvelle approche pourra être envisagée lorsque [l'intimé] sera totalement rétabli". Dans un tel contexte, et vu également les compétences de l'intimé mises en évidence par la recourante elle-même à propos de la détermination du revenu d'invalidé (cf. consid. 6.3 ci-après), on peut raisonnablement admettre, comme les premiers juges, que l'intention de progresser de l'intimé ne s'était pas uniquement limitée à de simples déclarations, et que le développement professionnel en question est établi au degré de la vraisemblance prépondérante. (...)” 2.7.

In secondo luogo, in relazione al reddito da invalida che la CO 1 ha calcolato facendo riferimento ai dati statistici della tabella TA1 RSS 2018 categoria 86-88 sanità e sociale, con l'argomentazione che la ricorrente potrebbe svolgere il lavoro di aiuto medico come al momento dell'infortunio (cfr. doc. G; B), è utile sottolineare, da un lato, che per il raffronto dei redditi fa stato il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita (cfr. DTF 129 V 222; STF 8C\_641/2008 del 14 aprile 2009 consid. 7.1.; STFA I 600/01 del 26 giugno 2003 consid. 3.1; STFA I 670/01 del 3 febbraio 2003, pubblicata in SVR 2002 IV Nr. 24, STFA I 761/01 del 18 ottobre 2002 consid. 3.1, pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e STFA I 26/02 del 9 agosto 2002 consid. 3.1; cfr. inoltre STFA I 475/01 del 13 giugno 2003 consid. 4.2.), che in casu è da far risalire all'anno 2017, dato che lo stato di salute dell'assicurato è stato considerato stabilizzato a partire dal 1° luglio 2017 (cfr. consid. 1.5.). Dall'altro, che il Dr. med. \_\_\_\_\_, nella valutazione dell'esigibilità lavorativa dal profilo somatico, ha comunque precisato che l'assicurata va ritenuta abile al lavoro al 100% in attività adeguate alle sue condizioni di salute infortunistiche, nel senso che può svolgere un'attività sedentaria senza il carico degli arti inferiori, il cui sforzo provoca dolori neuropatici importanti (cfr. consid. 2.3.4.). L'assistente di aiuto medico, tuttavia, oltre a compiti più sedentari, come quelli d'ufficio (ad esempio occuparsi delle comunicazioni telefoniche, gestire l'agenda, fissare gli appuntamenti, prendere nota delle comunicazioni alle quali il medico non può dar seguito immediato; tenere lo schedario dei pazienti mantenendo sempre aggiornate le cartelle personali; occuparsi della corrispondenza e della contabilità corrente; redigere il conteggio delle prestazioni da far pervenire alle casse malati, ai pazienti e ad altre assicurazioni; occuparsi della stesura dei rapporti elaborati dal medico), svolge mansioni, quali accogliere i pazienti e aiutarli a prepararsi alla visita medica, sterilizzare e preparare gli strumenti e, se il caso, assistere il medico durante la visita e i piccoli interventi, eseguire su ordinazione medica semplici medicazioni, bendaggi, iniezioni, prelievi di sangue, effettuare indagini diagnostiche quali: elettrocardiogrammi, misurazione pressione arteriosa, peak flow, ecc., effettuare gli esami ricorrenti del sangue e delle urine e, se in possesso del certificato di radioprotezione, possono eseguire le radiografie degli arti e del torace ([www. https://www.orientamento.ch/dyn/show/1900?id=22](https://www.orientamento.ch/dyn/show/1900?id=22) ), che richiedono spesso la posizione eretta. 2.8. Infine giova osservare, in relazione al nuovo intervento alla caviglia sinistra di revisione della protesi a cui si è sottoposta l'assicurata il 28 maggio 2024 (cfr. doc. U), che lo stesso non è oggetto della presente lite. La costante giurisprudenza federale ha, infatti, stabilito che è la decisione impugnata che costituisce il presupposto e il contenuto della contestazione sottoposta all'esame giudiziale (cfr. STF 9C\_247/2023 del 19 luglio 2023 consid. 1.1.; STF 9C\_775/2019 del 26 maggio 2020 consid. 1.1.; STF 8C\_722/2018 del 14 gennaio 2019 consid. 2.1.; STF 8C\_784/2016 del 9 marzo 2017 consid. 3.1.; STF 8C\_448/2016 del 6 dicembre 2016 consid. 2; STF 8C\_360/2010 del 30

novembre 2010 consid. 1 e 2; DTF 131 V164; DTF 130 V 388; DTF 122 V 36 consid. 2a, DTF 110 V 51 consid. 3b e giurisprudenza ivi citata; SVR 1997 UV 81, p. 294). In concreto la decisione su opposizione del 1° febbraio 2024 non concerne tale problematica (cfr. doc. B). Ad ogni modo l'assicuratore LAINF, il 20 giugno 2024, ha comunicato: " (...) La CO 1 si indirizzerà nondimeno all'assicurata e al suo patrocinatore, al fine di stabilire il suo eventuale obbligo prestativo per le spese operatorie, ecc. connesse all'intervento di cui al doc. U." (Doc. XV) 2.9. 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. Il 1° gennaio 2021 è entrata in vigore una modifica della LPGA. L'art. 61 lett. a LPGA enuncia ora unicamente che la procedura deve essere semplice, rapida e, di regola pubblica. Dalla medesima data è in vigore l'art. 61 lett. f bis LPGA secondo cui in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. Nella presente fattispecie, trattandosi di una controversia concernente prestazioni LAINF, in relazione alle quali il legislatore non ha previsto di prelevare le spese, non si riscuotono spese giudiziarie (cfr. STCA 35.2023.76 del 21 febbraio 2024 consid. 2.9.; STCA 35.2023.93 del 22 gennaio 2024 consid. 2.15.; STCA 35.2023.36 del 14 agosto 2023 consid. 2.9.; 35.2022.50 del 19 settembre 2022 consid. 2.5.; 35.2022.95 del 10 maggio 2023 consid. 2.14.). 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).

2.10. La ricorrente, parzialmente vincente in causa e rappresentata da un avvocato, ha diritto all'importo di fr. 1'500.-- a titolo di ripetibili (cfr. art. 30, 31 Lptca; art. 61 lett. g LPGA).

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