

# TI\_GERICHTE 35.2024.50 vom 17. Februar 2025

TI Tribunale d'appello, 2025-02-17, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_35.2024.50](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2024.50)

FR: TI\_GERICHTE 35.2024.50 du 17 février 2025

IT: TI\_GERICHTE 35.2024.50 del 17 febbraio 2025

## Erwägungen

### E. 5

in fine; STF I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV Nr. 10 p. 35 consid. 4b). 2.2.6. Chiamato ora a pronunciarsi, il TCA non vede validi motivi per discostarsi dalla valutazione del dott. Michelsen, specialista proprio nella materia che qui interessa, secondo il quale i disturbi interessanti la spalla sinistra, oggetto dell'intervento artroscopico dell'11 gennaio 2022 (tendinite calcifica, impingement sottoacromiale e rottura della cuffia rotatoria), non costituiscono una conseguenza naturale dell'evento traumatico occorso nel maggio 2020. In questo senso, occorre sottolineare che agli atti non figurano pareri specialistici divergenti, atti a generare dei dubbi, nemmeno lievi, a proposito della correttezza dell'apprezzamento espresso dal fiduciario dell'amministrazione. Alla certificazione 16 maggio 2022 del dott. \_\_\_\_\_, in base alla quale i reperti evidenziati in occasione della nota artroscopia sarebbero "sicuramente da mettere in relazione con il trauma", non può essere attribuito valore probatorio, in quanto non supportata da un'adeguata motivazione. Inoltre, va rilevato che dalla pregressa documentazione agli atti, in particolare dai rapporti di uscita dell'Ospedale \_\_\_\_\_ (degenza 2 - 25 maggio 2020; doc. M20) e della Clinica \_\_\_\_\_ (degenza 4 giugno - 2 luglio 2020; doc. M21), non emerge che la spalla sinistra sia rimasta in qualche modo coinvolta nell'incidente della circolazione del 2 maggio 2020, né tantomeno che l'insorgente denunciasse disturbi a quella parte del corpo. Ora, è evidente che se l'infortunio avesse effettivamente interessato la spalla sinistra, essa avrebbe dovuto presentare un qualche segno giustificante un trauma tanto violento da aver provocato la rottura della cuffia dei rotatori. Il primo referto in cui si fa accenno alla presenza di problemi alla spalla sinistra (e a quella destra), è il referto 11 ottobre 2021 dello psichiatra dott. \_\_\_\_\_, relativo alla visita peritale del 31 agosto 2021, dal quale risulta, sotto "Dichiarazioni soggettive", che la ricorrente lamentava anche "dolori ad entrambe le spalle e nella parte superiore del braccio sinistro" (doc. M52, p. 7 – il corsivo è del redattore). Da notare che nel rapporto 7 giugno 2021 dello stesso psichiatra fiduciario, relativo a visite tenutesi nel maggio 2021, non figurano invece indicazioni circa la presenza di disturbi a quella parte del corpo (cfr. doc. M44, p. 7 s.). Inoltre, dal rapporto 26 ottobre 2021 del Servizio di ortopedia e traumatologia dell'Ospedale \_\_\_\_\_ si apprende che la consultazione, tenutasi a distanza di poco meno di un anno e mezzo dal sinistro assicurato (maggio 2020 - ottobre 2021), aveva avuto luogo "... in seguito a dolori riferiti alla spalla sinistra, in esiti di trauma automobilistico ad alta velocità, circa un anno e mezzo fa con incremento dei dolori negli ultimi tre mesi. La paziente inoltre riferisce di essersi sottoposta a due infiltrazioni di corticosteroidi in regione subacromiale.". In quell'occasione, la diagnosi formulata era stata di dolori alla spalla sinistra con/su calcificazione in sede inserzionale del sovraspinato (cfr. doc. M53). Al riguardo, va segnalato che, secondo la giurisprudenza federale, più il tempo trascorso fra l'infortunio e la manifestazione dell'affezione è lungo e più le esigenze riguardanti la prova del legame di

causalità naturale devono essere severe (cfr. RAMI 1997 U 275, p. 188 ss.; STF 8C\_24/2013 del 18 giugno 2013 consid. 2.2; 8C\_175/2009 del 26 giugno 2009 consid. 2; U 60/07 del 17 gennaio 2008 consid. 2; STFA U 249/05 del 20 febbraio 2006 consid. 1). In questo senso, ad esempio, in una sentenza U 66/05 del 17 agosto 2005 consid. 4, l'Alta Corte ha negato l'esistenza di un nesso di causalità naturale, trattandosi di un assicurato, vittima di un infortunio nell'ottobre 2001, i cui disturbi al polso, braccio e spalla destra nonché alla regione del collo, erano stati refertati, per la prima volta, nel mese di gennaio 2003. In quella fattispecie, il TFA ha giudicato che il lungo tempo di latenza trascorso sino alla constatazione anamnestica di tali disturbi, costituiva un importante indizio a favore dell'assenza di una causalità con l'infortunio. Inoltre, esso ha rilevato che nessuno dei medici curanti aveva refertato un qualsiasi reperto oggettivo (ad esempio, contusioni, stiramenti oppure abrasioni) atto a giustificare il quadro clinico in questione (il Tribunale federale è giunto a questa stessa conclusione nella STF 8C\_783/2011 del 6 gennaio 2012 consid. 5.2.2.2, riguardante un assicurato i cui disturbi alla spalla sinistra erano stati documentati a distanza di

## **E. 8**

mesi dall'infortunio, oppure ancora nella STF 8C\_920/2012 del 28 maggio 2013 consid. 4.1, in cui il tempo di latenza era di alcune settimane: “ Aufgrund der fehlenden initialen Beschwerden in diesem Bereich und der asymptomatischen Latenzzeit von mehreren Wochen sowie unter Berücksichtigung der Tatsache, dass nach einer AC-Gelenksdistorsion in der Regel von einer raschen Genesung auszugehen sei, könne die Unfallkausalität nicht bejaht werden. Hätte der Versicherte von Anfang an eine ACG-Symptomatik aufgewiesen, wäre dies durch den erstbehandelnden Arzt Dr. med. S. \_\_\_\_\_ oder im Spital X. \_\_\_\_\_ festgestellt worden” ). Per quanto riguarda l'affermazione, contenuta nel rapporto 31 agosto 2022 del dott. \_\_\_\_\_, secondo la quale la rottura traumatica della cuffia dei rotatori sinistra avrebbe dovuto comportare la pseudoparalisi della spalla omolaterale, è utile segnalare che, in una sentenza 8C\_401/2023 del 19 febbraio 2024 consid. 8.2, riguardante il caso di un'assicurata (nata nel 1971) che il 15 gennaio 2021 era caduta, riportando una contusione alla spalla destra e che era poi stata operata a causa segnatamente di una rottura “traumatica” del tendine sovraspinato, il TF ha ritenuto che la contusione aveva causato solamente un aggravamento temporaneo, e non direzionale, di una situazione degenerativa (asintomatica) già preesistente e che lo status quo sine era stato raggiunto al più tardi al 14 marzo 2021. Per quanto qui d'interesse, la Corte federale ha evidenziato che “(...) als typisches Merkmal für eine traumatische Verursachung einer Rotatorenmanschettenläsion gilt u.a. die sofortige Beeinträchtigung der aktiven Mobilität bzw. Entwicklung einer Pseudoparalyse der Schulter ("drop-arm-sign"; vgl. Urteile 8C\_253/2021 vom 2. Juli 2021 E. 5.2 mit Hinweis und 8C\_606/2016 vom 13. Dezember 2016 E. 4.2). Wie Dr. med. G. \_\_\_\_\_ zu Recht festhielt, ist jedenfalls eine solche umgehende Pseudoparalyse nach dem Unfall in den echtzeitlichen ärztlichen Dokumenten nicht ausgewiesen . (...)”. In concreto, come detto in precedenza, dalla pregressa documentazione medica non si evince che RI 1 abbia presentato una pseudoparalisi della spalla sinistra. Stante tutto quanto precede, il TCA non ritiene dimostrato, perlomeno con il grado della verosimiglianza preponderante abitualmente applicato nel settore delle assicurazioni sociali (cfr. DTF 138 V 218 consid. 6 e riferimenti), che tra i disturbi interessanti la spalla sinistra dell'assicurata e l'infortunio del maggio 2020 esista una relazione di causalità naturale, di modo che l'assicuratore resistente era legittimato a negare la propria responsabilità in proposito. 2.3. Stabilizzazione dello stato di salute infortunistico

al 1° marzo 2022? 2.3.1. Giusta l'art. 10 LAINF, l'assicurato ha diritto alla cura appropriata dei postumi d'infortunio (cfr. DTF 109 V 43 consid. 2a; art. 54 LAINF) e, in applicazione dell'art. 16 LAINF, l'assicurato totalmente o parzialmente incapace di lavorare (cfr. art. 6 LPGa) a seguito d'infortunio, ha diritto all'indennità giornaliera. Il diritto all'indennità giornaliera nasce il terzo giorno successivo a quello dell'infortunio. Esso si estingue con il ripristino della piena capacità lavorativa, con l'assegnazione di una rendita o con la morte dell'assicurato. Il diritto alle cure cessa qualora dalla loro continuazione non sia da attendersi un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato (art. 19 cpv. 1 seconda frase LAINF), un miglioramento insignificante non basta. Non vi è un sensibile miglioramento delle condizioni di salute, se la misura terapeutica in questione è in grado soltanto di alleviare momentaneamente dei dolori causati da uno stato altrimenti stazionario. Se un miglioramento non è più possibile, la cura termina e l'assicurato può pretendere una rendita d'invalidità (sempre che presenti un'incapacità di guadagno del 10% almeno). Una volta terminata la cura medica, delle misure terapeutiche possono essere assunte soltanto alle condizioni di cui all'art. 21 LAINF e soltanto se l'assicurato è stato posto al beneficio di una rendita. Se ciò non è il caso, spetta all'assicurazione contro le malattie prendere a proprio carico il trattamento (cfr. STF 8C\_50/2018 del 20 luglio 2018 e riferimenti ivi menzionati). L'Alta Corte ha inoltre stabilito che la questione del "sensibile miglioramento" di cui all'art. 19 cpv. 1 LAINF va valutata in funzione dell'entità del previsto aumento oppure del ripristino della capacità lavorativa, nella misura in cui quest'ultima è pregiudicata dalle sequele infortunistiche (DTF 134 V 109 consid. 4.3 e riferimenti; STF 8C\_359/2023 del 12 luglio 2023 consid. 4.1; 8C\_301/2021 del 23 giugno 2021 consid. 3.2; 8C\_95/2021 del 27 maggio 2021 consid. 3.2). In una sentenza 8C\_614/2019 del 29 gennaio 2020 consid. 5.3, l'Alta Corte ha precisato la giurisprudenza di cui alla DTF 134 V 109, nel senso che quest'ultima non implica una valutazione fondata esclusivamente in funzione della capacità lavorativa, segnatamente laddove la persona assicurata ha ripreso a svolgere la sua abituale attività professionale. In quest'ultimo caso, occorre esaminare se un trattamento medico è indicato e se ci si possa ancora attendere un notevole miglioramento delle condizioni di salute. Allorquando la capacità lavorativa è sempre rimasta completa (caso definito "bagatella") ma un trattamento medico è comunque necessario, il sensibile miglioramento dello stato di salute richiesto per il diritto alla cura medica ai sensi dell'art. 10 LAINF non può essere determinato in funzione dell'atteso aumento della capacità lavorativa. In questo senso, un'abilità lavorativa non limitata non comporta di per sé la perdita del diritto alle prestazioni sanitarie. A titolo d'esempio, è utile segnalare la sentenza 8C\_354/2014 del 10 luglio 2014, riguardante un avvocato che a causa delle conseguenze di un infortunio soffriva di un deficit di forza e d'impedimenti nella mobilità del piede e della gamba destra, senza effetti sulla sua capacità lavorativa ma con limitazioni nella vita quotidiana. Siccome dalla continuazione della cura medica ci si poteva ancora attendere un sensibile miglioramento dello stato di salute infortunistico, il TF ha ammesso un ulteriore diritto alle prestazioni sanitarie (su quest'aspetto, si veda pure KOSS – Hürzeler/Kieser, Berna 2018, art. 19 LAINF n. 8). Per contro, se la persona assicurata presenta un'abilità lavorativa limitata nella sua abituale professione ma dispone di una piena capacità lavorativa in attività sostitutive confacenti, il caso deve di regola essere considerato stabilizzato, anche qualora la continuazione della cura medica sia suscettibile di prevenire un eventuale peggioramento (cfr. D. Ionta, *Stabilisation de l'état de santé en LAA*, in: HAVE/REAS 2023, p. 315 e i riferimenti giurisprudenziali ivi citati). 2.3.2. Nel caso di specie, dalla decisione formale del 5 ottobre 2023, confermata con quella su

opposizione impugnata, si evince che l'amministrazione ha posto termine alle prestazioni di corta durata ritenendo che da ulteriori provvedimenti terapeutici non vi fosse più da attendere sensibili miglioramenti dello stato di salute infortunistico (cfr. doc. A77, p. 2). La decisione dell'CO 1 si fonda sul parere espresso dal dott. Michelsen in occasione della visita fiduciaria del 23 settembre 2021. In quell'occasione, il medico consulente dell'assicuratore ha in effetti dichiarato che "per la caviglia sinistra si è verificato lo stato finale stabile dopo rimozione del materiale (di osteosintesi, n.d.r.) ad aprile 2021. Ulteriori terapie potrebbero eventualmente conservare l'attuale stato, senza tuttavia portare a un miglioramento significativo del risultato operatorio. La terapia suggerita dal Prof. Dr. med. \_\_\_\_\_ per l'asma bronchiale, tratta uno stato precedente ed è a carico dell'assicurazione malattie" (doc. M57, p. 14). Questo Tribunale constata che quanto sostenuto dal fiduciario dell'amministrazione trova sostanziale conferma nella restante documentazione medica agli atti. In questo contesto, deve essere innanzitutto precisato che lo stato di salute della persona assicurata deve essere esaminato in prospettiva, ponendosi nel momento in cui le prestazioni sono state interrotte, e non in base a constatazioni retrospettive. Tale questione deve essere valutata fondandosi sulle indicazioni mediche riguardanti le possibilità terapeutiche e l'evoluzione della patologia, le quali figurano di regola sotto la nozione di prognosi (cfr. STF 8C\_640/2022 del 9 agosto 2023 consid. 4.1 e i riferimenti ivi citati), Per quanto concerne la caviglia sinistra, dal rapporto 18 gennaio 2022 del Servizio di ortopedia e traumatologia dell'Ospedale \_\_\_\_\_, relativo alla consultazione del 15 dicembre 2021, risulta che a quel momento l'assicurata assumeva unicamente una "terapia antalgica in maniera non regolare" (doc. M56). A margine della visita del 6 aprile 2022, i sanitari non hanno formulato proposte terapeutiche ma hanno disposto l'esecuzione di un ENMG per escludere una sindrome del tunnel tarsale (esame poi effettuato il 19 aprile 2022 con esito negativo) (doc. M59). Anche volendo porsi in un'ottica retrospettiva, la situazione non muta. Infatti, le consultazioni del 12 giugno e del 25 ottobre 2023 presso il suddetto Servizio di ortopedia e traumatologia hanno in realtà riguardato la caviglia destra che è stata interessata da un trauma distorsivo nel luglio 2022, evento non oggetto della decisione impugnata, le cui conseguenze non vanno pertanto prese in considerazione nel quadro della presente procedura (cfr. doc. M69 e M70). Dal referto 22 aprile 2024 del dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia ortopedica, si evince che nel frattempo all'assicurata era stata ventilata la possibilità di un nuovo intervento alla caviglia sinistra, al quale ella non ha però voluto sottoporsi a fronte di un esito piuttosto incerto (su questo specifico aspetto, si veda la STF 8C\_106/2023 del 20 ottobre 2023). Lo stesso specialista ha del resto precisato che l'operazione proposta si presentava "senza ragionevoli prospettive di miglioramento dell'addormentamento del piede sinistro." (doc. M71). Con i referti prodotti in corso di causa, il dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in ortopedia e traumatologia, non ha preteso che lo stato dell'estremità inferiore sinistra potesse in qualche modo migliorare grazie a ulteriori provvedimenti terapeutici (cfr. doc. IX1, doc. IX2, doc. XVIII e doc. B1). A proposito infine dei rapporti del dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in medicina fisica e riabilitazione, essi sono in ogni caso irrilevanti ai fini del giudizio, già per il motivo che le consultazioni si sono rese necessarie a seguito di un trauma distorsivo della caviglia sinistra avvenuto il 20 agosto 2024, che ne ha peggiorato lo stato (cfr. doc. B2 e B3). Per quel che riguarda gli aspetti internistici, i referti agli atti del Servizio di pneumologia dell'Ospedale \_\_\_\_\_ non consentono di giungere alla conclusione che nel marzo 2022 le condizioni di salute della ricorrente non fossero stabilizzate ai sensi dell'art. 19 cpv. 1 LAINF. Dal rapporto 29 luglio 2021 del Prof. dott. \_\_\_\_\_, Primario

del Servizio, risulta che la terapia medicamentosa (Nucale ) prescritta all'assicurata era primariamente volta a migliorare la dispnea legata all'asma bronchiale intrinseca eosinofila e soltanto subordinatamente a tentare di migliorare i dolori toracici da lui considerati post-traumatici (cfr. doc. M46). A margine della consultazione del 20 settembre 2021, il dott. \_\_\_\_\_ ha continuato con la somministrazione di Nucale e ha disposto l'esecuzione di un chiarimento ematologico a fronte di una sospetta sindrome mieloproliferativa (doc. M55), successivamente confermata. Con referto del 30 settembre 2022, il pneumologo curante ha sostenuto che la dispnea è di origine multifattoriale, legata anche al pneumotorace destro con fratture costali in serie riportato in occasione dell'incidente del 2 maggio 2020 (responsabile, da parte sua, di un lieve disturbo ventilatorio di tipo restrittivo) e che i dolori toracici sono pure da ricondurre a quel sinistro. Egli non ha tuttavia formulato particolari proposte terapeutiche (cfr. doc. M65). Il TCA, tenuto conto di tutto quanto precede, in applicazione della giurisprudenza federale citata in precedenza, ritiene che l'assicuratore resistente era legittimato a considerare stabilizzate al 29 febbraio 2022 le condizioni di salute dell'insorgente e, dunque, a dichiarare estinto da quella data il diritto alle prestazioni di corta durata (cura medica + indennità giornaliera) in virtù dell'art. 19 cpv. 1 LAINF. Appurato che lo stato di salute infortunistico si è stabilizzato, questa Corte deve ancora esaminare qui di seguito il diritto alle prestazioni di lunga durata dipendenti dall'evento infortunistico del 2 maggio 2020 (diritto a una rendita d'invalidità combinata e entità della menomazione dell'integrità).

2.4. Revisione della rendita d'invalidità in vigore? 2.4.1. Secondo l'art. 17 cpv. 1 LPGA, nella versione in vigore dal 1° gennaio 2022, qui applicabile in virtù della disposizione transitoria di cui all'art. 82 a LPGA, per il futuro la rendita d'invalidità è aumentata, ridotta o soppressa, d'ufficio o su richiesta, se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una modificazione di almeno cinque punti percentuali (lett. a) o aumenta al 100 per cento (lett. b). Sul tema, si veda la STF 8C\_294/2024 del 20 dicembre 2024 consid. 7.2.4, in cui l'Alta Corte ha ritenuto applicabile l'art. 17 cpv. 1 lett. a LPGA. 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 (Ghélew, 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 TFA considera che i principi dedotti dall'art. 41 LAI si applicano per analogia pure nell'ambito della revisione delle rendite di invalidità assegnate dagli assicuratori contro gli infortuni, 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. 2.4.3. 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. Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 114).

2.4.4. 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. 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).

2.4.5. Nella presente fattispecie, l'amministrazione si è rifiutata di aumentare la rendita d'invalidità assegnata a seguito dei sinistri del maggio 2004, giugno 2005 e giugno 2008 (48% a contare dal 1° gennaio 2011), in quanto l'infortunio accaduto il 2 maggio 2020 non è stato ritenuto atto a incidere ulteriormente sulla capacità di guadagno residua dell'assicurata (cfr. doc. A77, p. 3 s.: "Il grado d'invalidità per le sole conseguenze infortunistiche rimane pertanto invariato rispetto a quello che la signora RI 1 ha già diritto da parte nostra"). Il grado d'invalidità del 48% è stato determinato da questa Corte con sentenza 35.2019.24 del 26 settembre 2019, cresciuta incontestata in giudicato, in applicazione del metodo ordinario del raffronto dei redditi, data una piena capacità lavorativa in attività sostitutive adeguate. Queste in particolare le considerazioni contenute in quella pronuncia: " (...) A tale proposito, l'assicuratore infortuni ha ritenuto di potere fissare il grado di invalidità dell'assicurata, in applicazione del cosiddetto raffronto percentuale, nella misura del 40% corrispondente alla percentuale di inabilità lavorativa dell'assicurata nella professione abitualmente svolta di infermiera. Tale risultato, alla luce di quanto sopra esposto a proposito della capacità lavorativa residua dell'interessata, dal profilo medico, nella professione di infermiera (del 50%, cfr. consid. 2.6.), non appare corretto e non può quindi essere avallato dal TCA. Inoltre, questo Tribunale rileva che, nella STF 9C\_318/2014 del 10 settembre 2014, il Tribunale federale, confermando la STCA 32.2013.72 del 13 marzo 2014, ha ritenuto corretto, nella determinazione del reddito da invalido, fondarsi sul reddito teorico risultante dalla TA1 dei RSS conseguibile dall'interessata nello svolgimento di un'attività al 100% leggera, adeguata e rispettosa delle sue limitazioni funzionali, anziché sul salario concretamente percepito come infermiera diplomata attiva al 50%. L'Alta Corte, ricordato l'obbligo di ridurre il danno che incombe agli assicurati, ha evidenziato che nel caso di specie l'assicurata, svolgendo la propria

attività di infermiera al 50%, non sfrutta appieno la sua capacità lavorativa residua, che è del 100% in attività adeguate alle sue limitazioni funzionali. Per tali ragioni, il TF ha confermato che il reddito da invalido va calcolato secondo i salari statistici a tempo pieno e non considerando lo stipendio effettivo di infermiera al 50%, sottolineando che “se è vero che nella determinazione del reddito da invalido fa stato in primo luogo la situazione concreta, è però anche vero che il suo reddito effettivo troverebbe applicazione soltanto se l’attività fosse svolta sfruttando appieno la propria capacità lavorativa residua (DTF 135 V 297 consid. 5.2 pag. 301 con riferimenti; 126 V 75 consid. 3 b/aa pag. 76), ciò che appunto in concreto non è il caso” (STF 9C\_318/2014 del 10 settembre 2014 consid. 5.1.).

Conformemente a quanto già calcolato da questo Tribunale nella STCA 32.2013.72 del 13 marzo 2014 cresciuta in giudicato con STF 9C\_318/2014 del 10 settembre 2014, il grado di invalidità della ricorrente, raffrontando il reddito da valida con quello da invalida nello svolgimento di attività adeguate al 100% e ammettendo una riduzione del 10% (che tiene conto sia del fatto che ella possa svolgere solo attività leggere, sia della sua età), risulta essere del 47.6%, arrotondato al 48% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2. = SVR 2004 UV Nr. 11 pag. 141). Pertanto, la decisione su opposizione impugnata, con la quale l’assicuratore LAINF ha attribuito all’interessata una rendita di invalidità del 40% dal 1° gennaio 2011, va annullata. Alla stessa va, per contro, assegnata una rendita di invalidità del 48%, così come richiesto dall’avv. RA 1 in sede ricorsuale.”

2.4.6. Nel maggio 2020, l’insorgente è rimasta vittima del noto incidente stradale che ha comportato lesioni a livello, segnatamente, dell’estremità inferiore sinistra e del torace. Dalle carte processuali emerge che per determinare la capacità lavorativa residua dell’assicurata, l’istituto assicuratore resistente ha fatto capo alla valutazione espressa in proposito dai dottori \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_. Con rapporto dell’11 ottobre 2021 (doc. M52), dopo aver diagnosticato una lieve sintomatologia ansioso-depressiva reattiva alla sintomatologia algica e a una situazione somatica non ancora risolta (ICD-10: F33.0) (patologia che, in occasione della precedente consultazione, era stata ritenuta, con verosimiglianza preponderante, ancora in nesso di causalità naturale con l’infortunio assicurato – cfr. doc. M44, p. 17), il dott. \_\_\_\_\_, sotto “ valutazione consensuale della capacità lavorativa globale del 11.10.2021, insieme al dr. med. \_\_\_\_\_, spec. in ortopedia e traumatologia ”, ha concluso per una “... una capacità lavorativa globale in misura del 50% comprendente sia la componente somatica che psichica, che si influenzano vicendevolmente. Dal profilo medico-psichiatrico è stata considerata la lieve entità del disturbo psichico, l’assenza di sequele indicanti la persistenza di un PTSD o di una modificazione duratura della personalità, la causalità parziale della componente psichica con l’evento infortunistico in questione e l’assenza, rispettivamente la non-necessità di cure psichiatriche o psicofarmacologiche incisive. La ripresa dell’attività lavorativa in misura del 50% è inoltre indicata anche dal profilo terapeutico, in prospettiva di un rafforzamento della propria “identità come persona”, come menzionato dall’interessata. Le presenti conclusioni sono pure state discusse e concordate con la psichiatra curante dr.ssa \_\_\_\_\_ (...).”.

Con referto del 15 gennaio 2022, il chirurgo ortopedico dott. \_\_\_\_\_ ha confermato di aver avuto un colloquio (telefonico) con il dott. \_\_\_\_\_ in data 11 ottobre 2021. Egli ha quindi definito nei seguenti termini la restante capacità lavorativa della ricorrente, rispondendo alla domanda “se a causa delle conseguenze post-infortunistiche la signora RI 1 non fosse più in grado di riprendere l’attività in qualità d’infermiera, quale sarebbe la sua capacità lavorativa in un’attività confacente tenendo conto di tutte le sue problematiche infortunistiche (quindi anche quelle legate alla spalla destra)”: “ (...) Alla luce dei disturbi

dimostrati nella visita odierna, l'attività originaria dell'assicurata non è più ragionevolmente esigibile. (...). Sussiste la piena capacità lavorativa per attività adattate sul mercato del lavoro generale. Per l'assicurata non sono più esigibili tragitti a piedi o periodi di permanenza in piedi di oltre 30 minuti, di sollevamento di pesi sopra i 15 kg, le attività sopra l'altezza della testa, il lavoro in posizione inginocchiata o accovacciata nonché camminare su fondi instabili e salire scale e impalcature. Sono inoltre da escludere le attività ripetitive per il piede sinistro, come il controllo di un pedale. Non sussistono restrizioni per attività da seduta, attività a carico variabile, attività svolte con le estremità superiori fino all'altezza del petto, attività ripetitive per entrambe le estremità superiori, turni di notte e lavoro a turni in generale nonché la conduzione di macchinari con entrambe le mani. Non sussistono inoltre restrizioni per il sollevamento di pesi con il braccio sinistro, anche sul livello orizzontale." (doc. M57, p. 14 s.) Da notare che, secondo il chirurgo ortopedico fiduciario, i disturbi presentati al piede sinistro e la limitata e dolorosa mobilità del torso, la cui causalità naturale con l'infortunio del maggio 2020 è stata ammessa ("Per i disturbi che si presentano oggi al piede sinistro, la causalità è probabile secondo la verosimiglianza preponderante. L'inclinazione del torso limitata e dolorosa in seguito a una frattura costale in serie in presenza di un'asma bronchiale preesistente, è anch'essa con probabilità preponderante causata dall'infortunio."), non potevano essere pienamente spiegati dai reperti oggettivabili ("Considerati i referti differenti nel corso della stessa visita, l'entità dimostrata dei disturbi sia al piede sinistro sia alla parete toracica destra tuttavia non è credibile."). Trattandosi infine della denunciata astenia, il dott. \_\_\_\_\_ ha dichiarato che essa costituisce una conseguenza soltanto possibile del sinistro assicurato, mentre è probabile un legame con le preesistenti patologie vascolari e metaboliche (cfr. doc. M57). Prendendo posizione sulle obiezioni sollevate nel frattempo dal patrocinatore, con complemento del 31 agosto 2022, il dott. \_\_\_\_\_ ha precisato che il profilo dell'esigibilità considera i danni residuali riscontrati in occasione della consultazione del 23 settembre 2021. In questo senso, non ne sono stati documentati all'esame intraddominale. Dal punto di vista urologico, dalla documentazione a disposizione non risultano limitazioni della capacità lavorativa o del profilo di carico. Sempre a suo avviso, gli impedimenti derivano dalla lesione della caviglia sinistra, come pure dall'astenia denunciata dall'insorgente, la cui causalità con l'infortunio non può essere totalmente esclusa. Le attività sopra il livello della testa sono limitate dagli esiti delle fratture costali in serie e dalle cicatrici residue dalla posa dei drenaggi. Si tratta qui di un reperto soggettivo che non può essere oggettivato ma neppure seriamente negato. Non si tratta invece di una presa in considerazione delle lesioni extra-infortunistiche alla spalla destra e sinistra (doc. M62, p. 5). 2.4.7. In corso di causa, le parti hanno prodotto alcuni rapporti del dott. \_\_\_\_\_, rispettivamente del dott. \_\_\_\_\_, inerenti la natura e l'entità dei disturbi interessanti l'estremità inferiore sinistra. In sintesi, con i propri referti, il dott. Lagrotteria ha sostenuto che i numerosi interventi chirurgici subiti dall'assicurata alla caviglia sinistra hanno comportato lo sviluppo di tessuto cicatriziale, poi evoluto in fibrosi, processo documentato dagli esami di RMN eseguiti nel settembre 2021 e nel gennaio 2023. A suo avviso, tale quadro degenerativo non incide sul movimento e la stabilità dell'articolazione in questione, ma ha provocato un aggravamento dei dolori, fenomeno da inquadrare nella diagnosi di CPSP ( Chronic Pain Post Surgery ). Non è neppure possibile escludere che a ciò si associ una degenerazione articolare ossea. Sempre secondo lo specialista privatamente consultato dall'insorgente, la sintomatologia algica non permette all'assicurata un sicuro svolgimento e compimento del passo, ciò che comporta limitazioni in ambito lavorativo e domestico (cfr.

doc. IX1, doc. IX2, doc. XVIII e doc. B1). Da parte sua, il dott. \_\_\_\_\_ si è pronunciato segnatamente in questi termini a proposito della tesi sviluppata dal dott. \_\_\_\_\_: " (...) Vom Unterzeichner wurde kritisiert, dass im Bericht des Kollegen \_\_\_\_\_ vom 29.04.2024 weder ein Zusammenhang zum Vorliegen radiologischen Befunden hergestellt wurde noch eine Diagnose genannt wurde (angesehen von der erwartenden Arthrose in Zukunft) und sowohl die – bei relativ unverändertem klinischen Befund und Bewegungsausmassen zwischen 2021 und 2023 – behauptete Verschlechterung als auch die 30% IE aus der Luft gegriffen ist. Die nun nachfolgende Behauptung, dass eigentlich eine Fibrosierung von Anfang an vermutet wurde, wirkt unter diesen Gesichtspunkten im Nachhinein konstruiert und wenig überzeugend. Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass sie nun in die Diskussion gebrachte Fibrosierung, mit dem Hinweis auf postchirurgische Schmerzsyndrome bei Arthrofibrose und den Literaturhinweisen, nichts mit den Befunden der MRT von 2021 und 2023 (\_\_\_\_\_) haben. Wie in der ursprünglichen Stellungnahme zusammengefasst, zeigt weder die MRT von 02.09.2021 (Dr. \_\_\_\_\_) noch die MRT vom 31.01.2023 (\_\_\_\_\_) einen Hinweis auf eine Arthrose oder auf eine ausgedehnte Fibrosierung. Wie bereits vom Unterzeichner auf Seite 6 ff Stellungnahme vom 31.08.2024 festgehalten, präsentieren beide Befunde narbig verheilte Aussenbänder, am 31.01.2023 kam neben der narbigen Veränderungen des Ligamentum fibulocalcanare noch der V.a. eine Läsion des Ligamentum tibionaviculare und eine narbige Veränderung der Syndesmose zur Darstellung. Dies sind weder Hinweise auf eine Arthrose noch auf eine ausgedehnte Fibrose oder gar Arthrofibrose. Die von Dr. \_\_\_\_\_ angesprochenen fibrotisch bedingten postchirurgischen Schmerzsyndrome betreffen komplette Arthrofibrosen mit daraus folgender massiver Einsteifung, Bewegungseinschränkung, Einklemmung von Nerven und rezidivierenden Entzündungsreaktion. Dies würde chirurgische Arthrolysen notwendig machen. Zeichen solcher Prozesse sind Rötungen, Überwärmungen und massive Bewegungseinschränkungen, Befunde die Dr. \_\_\_\_\_ in seiner Beurteilung ausgeschlossen hat. Der Satz, dass die Fibrose, (die den Zustand verschlimmert haben soll) glücklicherweise zu keiner Bewegungseinschränkung geführt habe (2. Seite unterster Absatz), wird somit von Unterzeichner nicht verstanden. Die MRT vom 31.01.2023 beschreibt dagegen eine Vernarbung der ehemals rupturierten Bänder, dies entspricht dem Endzustand der Heilung derselben – wie bereits 2021 präsent war. Darüber hinaus würde dies auch nicht die ursprünglich gewählte IE von 30% bei einer zu erwartenden Arthrose (Tab 5) erklären." (doc. 5; si veda pure il doc. XIII1) 2.4.8. Chiamato ora a pronunciarsi, attentamente vagliato l'insieme della documentazione a sua disposizione, questo Tribunale non ritiene accertato, con la necessaria chiarezza, che al momento in cui l'assicuratore resistente ha posto termine alle proprie prestazioni (marzo 2022), le conseguenze residuali degli infortuni assicurati (ovvero quelli accaduti negli anni 2004, 2005, 2008 e 2020) avrebbero ancora consentito alla ricorrente di svolgere, a tempo pieno e con un rendimento completo, delle attività sostitutive adeguate, così come era stato il caso al momento dell'attribuzione della rendita d'invalidità in vigore (cfr. supra, consid. 2.4.5.). Occorre innanzitutto precisare che - diversamente da quanto preteso dall'avv. RA 2 (cfr. doc. V, p. 3 s.) -, la decisione su opposizione impugnata non risulta fondata su una perizia esterna, cosicché 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. 2.2.5.). Al riguardo, il TCA osserva che nel disporre gli accertamenti medici, l'amministrazione non ha ossequiato la procedura prevista dall'art. 44

LPGA. Al patrocinatore dell'insorgente non è infatti stato concesso di pronunciarsi né sulla necessità in quanto tale dell'accertamento, né sui periti proposti, né ancora sul catalogo dei quesiti da sottoporre loro (cfr. doc. A37). Ora, ai referti agli atti del dott. \_\_\_\_\_, su cui si fonda essenzialmente il provvedimento impugnato, non può essere riconosciuto un valore probatorio sufficiente per ritenere che, nel marzo 2022, RI 1 presentasse una piena capacità lavorativa in attività sostitutive adeguate. In primo luogo, occorre constatare che, già sull'aspetto diagnostico, agli atti figurano pareri medici specialistici divergenti. In effetti, se da una parte il medico fiduciario dell'CO 1 ha sostenuto che esisterebbe una discrepanza tra lo stato infortunistico oggettivabile e i disturbi soggettivamente denunciati dalla ricorrente, in particolare quelli localizzati al suo piede sinistro, nel senso di un'amplificazione dei sintomi, dall'altra parte il dott. \_\_\_\_\_, anch'egli specialista nella materia che qui interessa, ne ha negato l'esistenza, ritenendo che la sintomatologia interessante l'estremità inferiore sinistra sarebbe invece giustificata dalla presenza di una fibrosi a cui s'accompagnano i dolori. Le posizioni dei medici intervenuti divergono a tal punto che non è possibile decidere tra l'una e l'altra senza disporre di conoscenze mediche specialistiche. Inoltre, a prescindere da quanto precede, questo Tribunale ritiene che nemmeno la capacità lavorativa residua in quanto tale sia stata valutata in modo sufficientemente affidabile dall'istituto assicuratore resistente. In questo senso, va innanzitutto rilevato che, con rapporto del 15 gennaio 2022, il dott. \_\_\_\_\_ ha dichiarato l'assicurata totalmente abile in attività adeguate sul mercato generale del lavoro (cfr. doc. M57, p. 15), parere fatto proprio dall'amministrazione. Da parte sua, lo psichiatra dott. \_\_\_\_\_, anch'egli incaricato dall'assicuratore, ha affermato che dalla discussione consensuale avuta con il dott. \_\_\_\_\_ è emerso che l'insorgente sarebbe in grado di svolgere un'attività lavorativa confacente in misura non superiore al 50%, dato che l'assicurata è al beneficio di una rendita d'invalidità del 50%, tenuto conto della componente somatica e di quella psichica che si influenzano vicendevolmente (cfr. doc. M52, p. 10). A quest'ultimo proposito, posto che in concreto si tratta di stabilire se i postumi residuali del sinistro del maggio 2020 giustificano un aumento della rendita in vigore e che, a suo tempo, il grado d'invalidità era stato stabilito secondo il metodo ordinario del raffronto dei redditi, considerando una piena abilità in attività sostitutive adeguate nonostante le sequele dei tre pregressi infortuni, non è corretto l'aver limitato la capacità lavorativa residua al 50% per tenere conto che la ricorrente già beneficia di una rendita di quel grado. Ciò detto, da quanto indicato dal dott. \_\_\_\_\_ non è tuttavia possibile concludere che, prendendo in considerazione anche le conseguenze fisiche e psichiche dell'infortunio del 2 maggio 2020, la ricorrente avrebbe senz'altro conservato una piena capacità lavorativa in attività alternative confacenti, così come lo pretende il dott. \_\_\_\_\_ (e l'amministrazione). D'altro canto, dai referti del dott. \_\_\_\_\_, in particolare da quelli datati 15 gennaio 2022 e 31 agosto 2022, non risulta con sufficiente chiarezza quali disturbi siano da considerare nella valutazione della capacità lavorativa residua della ricorrente, rispettivamente quali sono stati da lui effettivamente considerati. Ad esempio, per quanto riguarda i disturbi localizzati alla spalla destra, è incontestato che si tratta di una conseguenza naturale dei pregressi infortuni che, come tale, dovrebbe essere presa in considerazione nell'esame dei presupposti per sottoporre a revisione la rendita d'invalidità in vigore. Ora, posto che il fiduciario ha dichiarato (erroneamente trattandosi della spalla destra) che il danno alle spalle ha un'eziologia extra-infortunistica ("... unfallfremden Schulterläsionen rechts und links" – il corsivo è del redattore), è lecito supporre che egli non ne abbia tenuto conto. Anche in merito alla diagnosticata astenia,

definita come una debolezza alle mani e di postura, la valutazione del dott. \_\_\_\_\_ non è coerente. In effetti, da una parte, egli ha sostenuto trattarsi di una conseguenza soltanto possibile dell'infortunio del maggio 2020 ("La debolezza dimostrata di entrambe le mani nonché la generale debolezza di postura sono solo possibilmente causate dall'infortunio") mentre, dall'altra, dopo aver dichiarato che una causalità con l'infortunio non può essere totalmente esclusa, sembra aver finalmente incluso quella problematica nella valutazione della capacità lavorativa residua ("Hier ist das Belastungsprofil beschrieben, die Einschränkungen resultieren sowohl aus der Sprunggelenksverletzung als auch aus der von der Versicherten beschriebenen Erschöpfung, für die nach den Kriterien der mindestens überwiegenden Wahrscheinlichkeit eine Kausalität nicht komplett abgelehnt werden kann." – il corsivo è del redattore). Sulla scorta di tutto quanto precede, secondo questo Tribunale, la questione di sapere se le sequele dei noti infortuni consentirebbero ancora all'assicurata di svolgere delle attività sostitutive adeguate in misura completa, non può essere giudicata, con la necessaria tranquillità, sulla base della documentazione medica a disposizione. Non si può perciò prescindere dall'esperire un approfondimento peritale.

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

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

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

4.4.1.3 Die Einschränkung der Befugnis der Sozialversicherungsgerichte, eine Streitsache zur neuen Begutachtung an die Verwaltung zurückzuweisen, verhält sich komplementär zu den (gemäss geänderter Rechtsprechung) bestehenden partizipativen Rechten der versicherten Person im Zusammenhang mit der Anordnung eines Administrativgutachtens (Art. 44 ATSG; vgl. oben E. 3.4). Letztere tragen zur prospektiven Chancengleichheit bei, derweil das Gebot, im

Falle einer Beanstandung des Administrativgutachtens eine Gerichtsexpertise einzuholen, die Waffengleichheit im Prozess gewährleistet, wo dies nach der konkreten Beweislage angezeigt ist. Insoweit ist die ständige Rechtsprechung, wonach das (kantonale) Gericht prinzipiell die freie Wahl hat, bei festgestellter Abklärungsbedürftigkeit die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen oder aber selber zur Herstellung der Spruchreife zu schreiten (vgl. statt vieler ARV 1997 Nr. 18 S. 85 E. 5d mit Hinweisen, C 85/95; Urteil vom 11. April 2000 E. 3b, H 355/99), zu ändern. 4.4.1.4 Freilich ist es weder unter praktischen noch rechtlichen Gesichtspunkten - und nicht einmal aus Sicht des Anliegens, die Einwirkungsmöglichkeiten auf die Erhebung des medizinischen Sachverhalts fair zu verteilen - angebracht, in jedem Beschwerdefall auf der Grundlage eines Gerichtsgutachtens zu urteilen. Insbesondere ist der Umstand, dass die MEDAS von der Invalidenversicherung finanziert werden, kein genügendes Motiv dafür. Doch drängt sich auf, dass die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten einholt, wenn sie einen (im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen) medizinischen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist (vgl. die Kritik an der bisherigen Rückweisungspraxis bei Niederberger, a.a.O., S. 144 ff.). Die betreffende Beweiserhebung erfolgt alsdann vor der - anschliessend reformatorisch entscheidenden - Beschwerdeinstanz selber statt über eine Rückweisung an die Verwaltung. Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (siehe beispielsweise das Urteil 9C\_646/2010 vom 23. Februar 2011 E. 4; vgl. auch SVR 2010 IV Nr. 49 S. 151 E. 3.5, 9C\_85/2009)." (DTF 137 V 263-265) In una sentenza 8C\_59/2011 del 10 agosto 2011 consid. 5.2 – dunque successiva a quella pubblicata in DTF 137 V 210 -, emanata in materia di assicurazione contro gli infortuni, il Tribunale federale ha ribadito i principi sviluppati nella DTF 135 V 465, in particolare che, in presenza di dubbi circa l'affidabilità di rapporti allestiti da medici di fiducia, il giudice (cantonale) è libero di scegliere se ordinare direttamente una perizia giudiziaria oppure rinviare gli atti all'amministrazione affinché disponga essa stessa una perizia seguendo la procedura di cui all'art. 44 LPGGA: " Um solche Zweifel auszuräumen, wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 135 V 465 E. 4.6 S. 471)." In una sentenza 8C\_412/2019 del 9 luglio 2020 consid. 5.4, la Corte federale ha rinviato la causa all'assicuratore LAINF (e non al tribunale cantonale che aveva respinto il ricorso della persona assicurata) affinché disponesse l'esecuzione di una perizia ai sensi dell'art. 44 LPGGA, precisando che laddove esistano dubbi circa l'attendibilità e la pertinenza della valutazione del medico fiduciario, spetta in primo luogo all'assicuratore contro gli infortuni procedere a ulteriori atti istruttori per determinare d'ufficio i fatti determinanti e, se del caso, assumere le prove necessarie prima di emanare la decisione (art. 43 LPGGA): " Lorsqu'il existe des doutes sur la fiabilité et la pertinence de l'appréciation du médecin-conseil, il appartient en premier lieu à l'assureur-accidents de procéder à des instructions complémentaires pour établir d'office l'ensemble des faits déterminants et, le cas échéant, d'administrer les preuves nécessaires avant de rendre sa décision (art. 43 al. 1 LPGGA; ATF 132 V 368 consid. 5 p. 374; arrêt 8C\_401/209 du 9 juin 2020 consid. 5.3.3. et ses références)." (si veda pure la

STF 8C\_697/2019, 8C\_698/2019 del 9 novembre 2020 consid. 4.1). Infine, con la pronuncia 8C\_445/2021 del 14 gennaio 2022 consid. 4.4, pubblicata in SVR 10/2022 UV n. 34 p. 137 ss., l'Alta Corte ha stabilito che, laddove un tribunale cantonale determini il diritto alle prestazioni facendo capo a un rapporto del medico curante prodotto nel quadro della procedura di opposizione, sebbene ci si trovi in presenza di un caso di applicazione della DTF 135 V 465 che richiede l'intervento di un perito esterno, la causa deve essere rinviata all'amministrazione, e non ai giudici di prime cure, affinché proceda a un complemento istruttorio. È in effetti in primo luogo compito dell'amministrazione disporre degli atti istruttori complementari volti ad accertare d'ufficio tutti i fatti pertinenti e, se del caso, raccogliere le prove necessarie prima di rendere la propria decisione (questo principio è stato confermato ancora con le STF 8C\_274/2021 del 31 marzo 2023 consid. 9.3.3; STF 8C\_523/2022 del 23 febbraio 2023 consid. 5.4 e riferimenti; STF 8C\_731/2021 succitata consid. 4.6). Nella presente fattispecie, il TCA ritiene che siano adempiuti i presupposti per un rinvio degli atti all'istituto convenuto (cfr. STF 8C\_59/2011 del 10 agosto 2011 e DTF 135 V 465), già per il fatto che la decisione impugnata non si fonda su una perizia esterna ex art. 44 LPGA. Per le ragioni già diffusamente esposte al considerando 2.4.8., si giustifica pertanto l'annullamento della decisione su opposizione impugnata nella misura in cui l'CO 1 ha negato l'assegnazione di una rendita d'invalidità combinata e il rinvio degli atti all'assicuratore resistente affinché disponga un approfondimento peritale esterno (art. 44 LPGA) volto a stabilire la capacità lavorativa residua dell'assicurata al momento in cui è stato posto termine alle prestazioni di corta durata, tenuto conto delle conseguenze residuali degli infortuni occorsi negli anni 2004, 2005, 2008 e 2020. In tale contesto, è utile ricordare che nel caso di disturbi psichici e di disturbi la cui esistenza non è stata oggettivata mediante accertamenti strumentali e radiologici scientificamente riconosciuti, la giurisprudenza federale impone un esame particolare della causalità adeguata. Considerato che, per le ragioni indicate in precedenza, la fattispecie non appare accertata in maniera sufficientemente affidabile nemmeno dal profilo diagnostico/eziologico, la decisione su opposizione impugnata deve essere annullata anche nella misura in cui all'assicurata è stata assegnata un'IMI del 12%. L'accertamento peritale che dovrà essere ordinato dall'amministrazione verterà quindi anche sull'entità della menomazione dell'integrità. 2.6. Considerato l'esito del ricorso (il rinvio con esito aperto equivale a piena vittoria, cfr., da ultimo, STF 8C\_859/2018 del 26 novembre 2018 consid. 5 con rinvio a DTF 137 V 210 consid. 7.1 p. 271 e riferimento), l'assicuratore verserà all'insorgente, rappresentata da un avvocato, l'importo fr. 2'800 (IVA inclusa) a titolo d'indennità per ripetibili (cfr. art. 61 cpv. 1 lett. g LPGA; art. 30 Lptca; DTF 122 V 278; DTF 118 V 139; STF U 8/07 del 20 febbraio 2008; STF 8C\_517/2012 del 1° novembre 2012). 2.7. L'art. 61 lett. a LPGA, in vigore fino al 31 dicembre 2020, prevedeva che la procedura deve essere semplice, rapida, di regola pubblica e gratuita per le parti; la tassa di giudizio e le spese di procedura possono tuttavia essere imposte alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. In data 1° gennaio 2021 è entrata in vigore una modifica della LPGA. L'art. 61 lett. a LPGA prevede ora unicamente che la procedura deve essere semplice, rapida e, di regola pubblica. Dalla medesima data è entrato in vigore l'art. 61 lett. f bis LPGA secondo cui in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. Trattandosi di una controversia relativa a prestazioni LAINF, il legislatore non ha previsto di prelevare le spese. Sul tema, cfr. anche STF 9C\_369/2022 del 19 settembre 2022; STF 9C\_368/2021 del

2 giugno 2022; SVR 2022 KV Nr. 18 (STF 9C\_13/2022 del 16 febbraio 2022); STF 9C\_394/2021 del 3 gennaio 2022; STF 8C\_265/2021 del 21 luglio 2021 (al riguardo cfr. Ares Bernasconi, *Actualités du TF*, 8C\_265/2021 du 21 juillet 2021 - frais judiciaires pour les tribunaux cantonaux des assurances selon la révision de la LPGA du 21 juin 2019, in *SZS/RSAS 2/2022* p. 107; Messaggio Nr. 8480 del Consiglio di Stato del 21 agosto 2024 “Rapporto sull’iniziativa parlamentare presentata il 4 maggio 2021 nella forma elaborata da Lara Filippini e Sabrina Aldi per la modifica dell’art. 29 della Legge di procedura per le cause davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni (Lptca) del 23 giugno 2008 (Implementazione della revisione LPGA alle spese giudiziarie dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni) e controprogetto”).

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