

TI_GERICHTE 35.2024.65 vom 13. Januar 2025

TI Tribunale d'appello, 2025-01-13, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2024.65

FR: TI_GERICHTE 35.2024.65 du 13 janvier 2025

IT: TI_GERICHTE 35.2024.65 del 13 gennaio 2025

Erwägungen

E. 26

ottobre 1999. Vedi pure: STF 9C_807/2014 del 9 settembre 2015; STF 9C_585/2014 dell'8 settembre 2015). nel merito 2.2. In concreto, è litigiosa la questione di sapere se l'assicuratore resistente era legittimato a dichiarare estinto dal 29 febbraio 2024 il diritto alle prestazioni di corta durata (cura medica + indennità giornaliera) a dipendenza dell'evento assicurato, oppure no. 2.3. 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. Né la possibilità remota di un risultato positivo dato dalla prosecuzione di un trattamento medico né un beneficio terapeutico minore prevedibile da nuovi provvedimenti – quali una cura termale – danno diritto a una sua attuazione (STF 8C_142/2017 del 7 settembre 2017 consid. 4). Non è parimenti sufficiente che la persona assicurata possa ancora eventualmente beneficiare di un trattamento fisioterapeutico (STF 8C_604/2021 del 25 gennaio 2022 consid. 9.2; 8C_736/2017 del 20 agosto 2018 consid. 4.1). La questione deve essere valutata in prospettiva (cfr. STF 8C_344/2021 del 7 dicembre 2021 consid. 7.2). L'Alta Corte ha inoltre precisato che la questione del “sensibile miglioramento” di cui all'art. 19 cpv. 1 LAINF va valutata segnatamente 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; STF 8C_44/2021 del 5 marzo 2021 consid. 5.2; 8C_301/2021 del 23 giugno 2021 consid. 3.2). 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). 2.4. Secondo il già citato art. 16 LAINF, l'assicurato totalmente o parzialmente incapace di lavorare a seguito d'infortunio o di malattia professionale ha diritto all'indennità giornaliera. Giusta l'art. 6 LPGa, è considerata incapacità al lavoro qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o

psichica, di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo d'attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività. L'entità dell'incapacità lavorativa (e, quindi, il diritto all'indennità giornaliera ex art. 16 LAINF) deve essere valutata considerando le mansioni che l'assicurato è concretamente chiamato a compiere nell'esercizio della sua abituale professione. Nella RAMI 2004 U 529, p. 572 ss., il TFA ha precisato che la definizione d'incapacità al lavoro, così come quelle d'incapacità al guadagno e d'invalidità contenute nella LPGA, corrispondono alle definizioni e ai principi dell'assicurazione contro gli infortuni elaborati finora dalla giurisprudenza. La questione di sapere se l'assicurato sia o meno incapace di lavorare in misura giustificante il riconoscimento del diritto a prestazioni deve essere valutata sulla base dei fatti forniti dal medico. Spetta al medico fornire una precisa descrizione dello stato di salute dell'assicurato e 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. Determinante ai fini della graduazione dell'incapacità lavorativa non è comunque l'apprezzamento medico-teorico, bensì la diminuzione della capacità di lavoro che effettivamente risulta dall'impedimento (RAMI 1987 K 720 p. 106 consid. 2, U 27 p. 394 consid. 2b e giurisprudenza ivi citata; RJAM 1982 n. 482 p. 79 consid. 2). L'assicurato che rinuncia a utilizzare la sua residua capacità oppure che non mette in atto i provvedimenti da lui ragionevolmente esigibili per sfruttare al meglio la propria capacità lavorativa è, ciò nonostante, giudicato per l'attività che egli potrebbe esercitare dimostrando buona volontà. Carenze di volontà risultanti da un'anomalia caratteriale non sono prese in considerazione nell'ambito dell'assicurazione infortuni: possono essere, tutt'al più, considerate nell'ambito dell'assicurazione malattia se la loro causa è da ricercare in un'affezione patologica (DTF 101 V 145 consid. 2b; 111 V 239 consid. 1b e 2a; RAMI 1986 p. 56; 1987 p. 105 consid. 2; 1987 p. 393 consid. 2b; 1989 p. 106 consid. 1d; Ghélew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), Losanna 1992, p. 91). 2.5. Nella concreta evenienza, il TCA constata che la decisione dell'assicuratore di porre fine alle prestazioni a far tempo da fine febbraio 2024 (cfr. doc. A) trova il proprio fondamento nella valutazione 17 gennaio 2024 del PD dr. _____, spec. FMH in neurologia, il quale ha dichiarato l'assicurata pienamente abile nella sua abituale attività a contare dal 1° marzo 2024. Nell'apprezzamento appena menzionato il PD dr. _____ ha in effetti espresso la seguente valutazione: " Beurteilung Auf neurologischem Fachgebiet liegt lediglich eine indirekte Komplikation im plausiblen und engen zeitlichen Zusammenhang nach einer intensivpflichtigen Covid-Erkrankung von 2021 vor, bei der die Versicherte bereits auf der Intensivstation sensible Beschwerden im Territorium des betroffenen Nervus peroneus communis links berichtete (Bericht vom 29.07.2022). Sowohl klinisch-neurologisch als auch elektrophysiologisch ausgewiesen ist eine initial am ehesten lagerungsbedingte hochgradige nervale Funktionsstörung mit Fallfuss und sensiblen Beschwerden im lateralen Unterschenkel und Fusrücken links (Bericht vom 29.07.2022). Im weiteren, nunmehr über zweijährigen Verlauf konnte jedoch eine zuletzt deutliche Besserung insbesondere des motorischen Ausfalls mit nur noch einer minimen und isolierter Kraftminderung in der Grosszehe links ohne Beeinflussung des Gangbildes und ohne Behinderung beim Gehen festgestellt werden (Bericht vom 15.12.2023). So war die Versicherte auch in der Lage, ab Mitte 2023 zunächst mit einem 40%-Pensum ihre Arbeit als Hilfskrankenschwester wieder aufzunehmen mit der Empfehlung einer weiteren

Pensumsteigerung (Bericht vom 17.07.2023). Eine Beeinträchtigung während der Arbeit wurde nicht dokumentiert, ebenso war die Versicherte in der Lage zu einstündigen Spaziergängen zum weiteren Training (Bericht vom 17.07.2023). Warum es bis zum aktuellen Zeitpunkt entgegen den einschlägigen neurologischen Empfehlungen nicht zu einer weiteren Steigerung des Pensums aktuell noch mit nur 50% gekommen ist, entzieht sich meiner Kenntnis und ist neurologisch nicht plausibel nachvollziehbar (Bericht vom 17.07.2023 und vom 15.12.2023). In der neurologischen Untersuchung ist keine Allodynie (das heisst kein schweres Missempfinden bei Berührung) ausgewiesen bei Angaben von Kribbelparästhesien teilweise mit Brennen nach der Arbeit ohne Dokumentation von Schlafstörungen. Dies entspricht nicht einer invalidisierenden Neuropathie bei nur leichter residueller, ganz vorwiegend sensibler Neuropathie des Nervus peroneus communis mit partieller berufsfremder Überlagerung durch eine diabetogene Polyneuropathie mit Verminderung des Vibrationssinns beidseits und einer leichten Standataxie. Nachvollziehbar ist jedoch die Gefahr einer Fussverletzung am Fussrücken durch Anschlagen bei fehlender visueller Kontrolle, zum Beispiel in Dunkelheit. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ist dabei jedoch weder ausgewiesen noch plausibel. Abschliessend ist in der gesamtzusammenschau nur ein leichter sensibler nervaler Dauerschaden im Bereich des Fussrückens und des lateralen Unterschenkels links durch eine residuelle Nervus peroneus communis-Schädigung links ausgewiesen ohne überwiegende Wahrscheinlichkeit einer weiteren signifikanten Besserung bei auch elektrophysiologisch ausschliesslich chronifizierten neurogenen Veränderungen ohne akute Denervierungszeichen nach einem nunmehr über zweijährigen Heilverlauf. Beantwortung der Fragen 1. Un trattamento determinato dall'infortunio è ancora necessario? Nein, eine überwiegend wahrscheinliche weitere signifikante funktionelle Verbesserung ist bei kompletter motorischer Funktionsgewinnung nicht mehr überwiegend wahrscheinlich. Eine chronifizierte leichte sensible Neuropathie im Territorium des Nervus peroneus communis links ist als Dauerschaden vorhanden. Dieser ist jedoch nicht als invalidisierend einzuschätzen. 2. Ha osservazioni in merito alle misure terapeutiche formulate o ha proposte in merito all'ulteriore procedura medica? - Se sì, quali? Fehlend ist hinsichtlich der Aktenlage noch eine allfällige weitere sensible Symptombesserung durch die durch die _____ empfohlene Duloxetin-Eindosierung, da auch Lyrica gemäss Angaben der Versicherten zuvor eine Besserung gebracht hatte. 3. Tenuto conto delle conseguenze dell'infortunio, come valuta la capacità lavorativa quale assistente di cura in termini di durata e di rendimento? Volle Leistung angestammt. 4. Da quando è ipotizzabile un aumento? Capacità lavorativa in percentuale: ... Dal: ... Ab sofort. Bereits im Bericht vom 17.07.2023 ist eine schrittweise Steigerung der Arbeitstätigkeit empfohlen worden. Warum diese nicht umgesetzt wurde, entzieht sich meiner Kenntnis, ist jedoch nicht medizinisch begründbar. 5. Tenuto conto delle conseguenze dell'infortunio, quali attività e quali atti sono ancora ragionevolmente esigibili da parte della persona assicurata? Keine Einschränkung der angestammten Arbeitstätigkeit. 6. Qual è la limitazione in termini di durata e di rendimento (lieve/media/grave)? È richiesta una valutazione dettagliata dell'esigibilità. Keine Einschränkung der bisherigen und angestammten Arbeitstätigkeit auf rein neurologischem Fachgebiet." (Doc. 175) Con referto del 4 marzo 2024, il dr. _____, spec. FMH in medicina interna, ha contestato che l'assicurata possa essere considerata pienamente abile al lavoro, come ritenuto dall'CO 1 con lo scritto del 27 febbraio 2024 (cfr. doc. 183), fornendo la seguente motivazione: " In riferimento alla paziente sopra menzionata ed alla vostra lettera del 27.02.2024 vi riferisco di non essere

d'accordo con le vostre conclusioni e rimango piuttosto basito. Infatti la paziente da mesi lamenta dolori da innervazione che non solo non migliorano, ma soprattutto dopo gli sforzi peggiorano notevolmente. Nonostante questo la paziente ha stretto i denti e ha provato la ripresa lavorativa che attualmente è al 50% con grande fatica. 50% inteso come metà giornata permettendo alla paziente di recuperare parzialmente per il giorno dopo il quadro clinico. Si tratta di lesioni oggettivabili ed il quadro elettromiografico parla chiaro. Ritengo quindi la paziente ancora abile come fino ad ora al 50% in attesa del miglioramento già in atto. Rammento che la paziente ha una professione nella quale è costantemente in piedi e necessita quindi di tutto l'aiuto della gamba e che quest'ultima viene costantemente sollecitata. Le sedute di fisioterapia sono indispensabili per permettere di mantenere il tono muscolare e lo stato osteoarticolare in attesa appunto dell'innervazione. Senza la prosecuzione delle terapie come fino ad ora si otterrà un'atrofia ed un'accentuazione del dolore che sicuramente comprometterà anche la ripresa lavorativa." (Doc. 187) Chiamato ad esprimersi in merito a quanto indicato dal curante, il PD dr. _____, con apprezzamento medico del 12 marzo 2024, ha riconfermato la propria precedente valutazione, così rispondendo alle domande sottopostegli: " 1. Tali osservazioni vanno a modificare il vostro apprezzamento del 17.01.2024? Nein, an der versicherungsmedizinisch-neurologischen Schlussfolgerung der ausführlichen versicherungsmedizinisch-neurologischen Beurteilung vom 17.01.2024 kann daher vollumfänglich festgehalten werden. 2. Il dr. _____ richiede la continuazione del trattamento terapeutico sotto forma di fisioterapia. Si possono richiedere ancora dei cicli di fisioterapia? Nein, ohne eine überwiegende Wahrscheinlichkeit einer weiteren relevanten funktionellen Besserung nunmehr dreieinhalb Jahre nach neurogener Schädigung des Nervus peroneus communis mit überwiegender Heilung, kann daher nicht eine weitere Verschreibung der Physiotherapie gerechtfertigt werden. 3. Il dr. _____ propone di riaprire il caso e continuare con le prestazioni di corta durata (indennità giornaliera e spese di cura) Auch hier bleibt es bei der Feststellung in der versicherungsmedizinisch-neurologischen Beurteilung vom 17.01.2024: Bei erreichter Arbeitsfähigkeit von 50% in der angestammten Tätigkeit als Hilfsschwester, ohne relevante motorische Einschränkung, ist es nicht plausibel, warum eine weitere Steigerung ihr nicht zumutbar sei, angesichts auch fehlender Einnahme jeglicher Schmerzmittel. Vielmehr ist auch der demnächst 60-jährigen Hilfskrankenschwester wieder eine vollumfängliche berufliche Tätigkeit angesichts einer nur geringgradigen Peroneusschädigung ohne relevante funktionelle Einschränkung zumutbar. Die fortgesetzte 50%ige Arbeitsunfähigkeit ist daher in der Gesamtzusammenschau rein auf das Schadenereignis vom 2.11.2021 bezogen weiterhin nicht plausibel nachvollziehbar auf neurologischem Fachgebiet." (Doc. 192) L'assicurata ha contestato la decisione del 21 marzo 2024 con la quale l'CO 1 l'ha ritenuta pienamente abile al lavoro a partire dal 1° marzo 2024 (doc. 201), producendo, a comprova della propria persistente parziale inabilità lavorativa, un referto del 29 aprile 2024 del dr. _____, spec. FMH in neurologia, nel quale lo specialista ha in particolare osservato: " (...) Il decorso iniziale è stato caratterizzato da un iniziale buon miglioramento della funzionalità motoria. Dall'estate 2023 vi è stato purtroppo un lento e progressivo peggioramento del quadro clinico, con sviluppo di una sintomatologia neuropatica, con dolori in crescendo che si sono ora associati ad una allodinia, in corrispondenza di parte del territorio del nervo peroneo destro, con parallelo sviluppo e peggioramento dei potenziali del nervo surale, già asimmetrici alla prima valutazione elettroencefalografica del 02.2022. Il peggioramento si è sviluppato dopo l'aumento del carico

lavorativo, e passaggio dal 40% al 50%. In considerazione dello sviluppo di un severo dolore neuropatico, con allodinia sul territorio del nervo peroneo, ritengo certamente giustificata un'inabilità lavorativa ad almeno il 50%, comunque da rivedere entro 30 giorni, in particolare nel caso in cui la prescrizione di un trattamento antiepilettico con della Gabapentin non dovesse portare alcun effetto sperato. La paziente prosegue, nell'intervallo, con il trattamento antalgico, già anteriormente impostato con Dafalgan 2 a 3 g/d, e patch di Olfen locale. È necessaria la ripresa di una fisioterapia antalgica, correzione della postura, al fine di limitare ulteriori danni locali ed accompagnamento della paziente. Invio copia al signor _____ Case Manager della CO 1 di _____, indicando un'incapacità lavorativa di almeno il 50% da oggi per 30 giorni, ritenendo che vista la progressione della sintomatologia clinica, un'incapacità lavorativa era già giustificata 30 giorni orsono. Richiedo benessere alla CO 1 per costi di cura: - Per fisioterapia due sedute settimanali - Per Gabapentin a dosaggio crescente, secondo tolleranza - RM polpaccio per valutazione dello stato neuro-muscolare e controllo dello stato di vascolarizzazione al fine di escludere esiti ischemici post Covid e quantificare il danno muscolare ed escludere compressione dei tronchi nervosi. (...)." (Doc. 208) Con presa di posizione del 12 giugno 2024 il PD dr. _____ ha confermato che l'assicurata è in grado di svolgere la propria attività al 100% (cfr. doc. 212). 2.6. Con il ricorso l'insorgente ha nuovamente contestato l'apprezzamento del PD dr. _____ posto alla base della decisione su opposizione, producendo, a comprova della propria perdurante parziale inabilità lavorativa, il referto del 10 settembre 2024 stilato dal Prof. dr. _____. Quest'ultimo, interpellato dall'assicurata per una seconda opinione, poste le diagnosi principali di "1. Dolore neuropatico gamba sinistra in processo di reinnervazione patologico su neuropatia assonale del nervo peroneo con sviluppo di allodinia secondari a polmonite interstiziale bilaterale Sars-Cov-2, scompenso cardiaco, con ricovero in cure intense; 2. Diabete mellito tipo II", ha in particolare rilevato quanto segue: " Questa paziente con un'infezione Covid severa nel 2021 e diverse complicazioni, in particolare cardiache, ha sviluppato una lesione sensomotoria acuta della gamba sinistra. Come già menzionato dal dr. _____, si tratta di una lesione sensomotoria su tutto il territorio del nervo peroneo comune, ma anche del nervo surale e in data odierna ho anche appurato una lieve debolezza del tibiale posteriore (dunque un muscolo innervato del N. tibialis). È dunque possibile che ci sia anche una lesione più prossimale che ha toccato non soltanto il nervo peroneo, ma la parte peroneale del nervo ischiatico e/o anche una parte del nervo tibiale. Potrebbe anche essere un danno muscoloscheletrico con una pseudo-paresi del muscolo tibialis post, e concordo con il dr. _____ sulla necessità di una RM muscolare. Inoltre, consiglieri ancora un EMG del M. tibialis posterior per completare le indagini elettrofisiologiche. Il decorso è favorevole per la forza e la motricità, anche se all'esame clinico odierno c'era una contrattura probabile nel tricipite surale, che probabilmente gioca anche un ruolo nell'affaticamento della paziente. Il problema principale sono tuttavia dolori neuropatici con allodinia importante, con degli attacchi di dolore molto forte. Vi è dunque un importante disturbo funzionale, dovuto da un lato dal disturbo sensoriale con dolori neuropatici e allodinia, dall'altro canto un affaticamento motorio dovuto al ricovero soltanto parziale delle funzioni motorie, con anche possibili componenti meccaniche. La situazione adesso è stabile e non mi aspetto notevoli miglioramenti in futuro. Con questo disturbo sensomotorio severo con impatto funzionale notevole, che chiede la necessità di pause ripetute, la capacità lavorativa nella sua professione non supera il 50%, con necessità di pause frequenti. Dal punto di vista terapeutico, la paziente con i problemi cardiaci del passato, non ha sopportato dei

trattamenti medicamentosi, come Pregabalin o Gabapentin. Ho proposto un trattamento con altre sostanze, per es. Cymbalta, ciò che la paziente al momento non desidera. In queste situazioni consiglio dunque e soprattutto un trattamento locale, sia con applicazione di capsaicina (Qutenza) o anche iniezione sottocutanea di tossina botulinica. Il trattamento di fisioterapia deve assolutamente continuare, evtl. con TENS.” (Doc. F) Chiamato ad esprimersi riguardo a questo referto del Prof. dr. _____, il PD dr. _____, con valutazione del 18 settembre 2024, ha confermato la propria posizione, ribadendo la correttezza delle dettagliate considerazioni già esposte in precedenza (cfr. doc. VII/1). Con presa di posizione del 18 ottobre 2024 il Prof. dr. _____ ha ribadito che, a suo parere, sono ancora necessarie ulteriori indagini (MRI), che un dolore neuropatico può iniziare molto tempo dopo la lesione specifica, che dolori e affaticamento per una lesione periferica hanno ovviamente un impatto sulla capacità lavorativa a dipendenza del tipo di lavoro fatto e infine che tutte le possibilità terapeutiche per diminuire questo dolore neuropatico non sono ancora state esaurite (cfr. doc. XI/1). Con apprezzamento neurologico del 23 ottobre 2024, il PD dr. _____ ha ancora una volta confermato le proprie precedenti prese di posizione, ribadendo la piena capacità lavorativa dell'assicurata (cfr. doc. XIII/1).

2.7. Per costante giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale mentre invece nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (cfr. RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STF U 259/02 dell'8 luglio 2003 consid. 2.1.1; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in BJM 1989, p. 30ss.). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10 p. 33 ss. e RAMI 1999 U 356 p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. In una sentenza 8C_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve, a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. Trattandosi invece di perizie affidate dagli assicuratori sociali, durante la procedura amministrativa, a medici esterni all'amministrazione o a servizi specializzati indipendenti, esse godono di piena forza probatoria, a condizione che non esistano indizi concreti che ne mettano in dubbio l'affidabilità (cfr. STF 8C_862/2014 del 2 aprile 2015 consid. 3.2 e riferimenti ivi citati). Per quel che concerne il valore probante di un rapporto medico, determinante è che esso sia completo sui temi sollevati, che sia fondato su esami approfonditi, che tenga conto delle censure sollevate dalla persona esaminata, che sia stato redatto in piena conoscenza dell'anamnesi, che sia chiaro nella presentazione del contesto medico e che le conclusioni

dell'esperto siano motivate (cfr. SVR 2002 IV Nr. 21 p. 63; DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191ss.; DTF 122 V 160 ss., consid. 1c e riferimenti). L'elemento rilevante per decidere circa il valore probante, non è né l'origine del mezzo di prova né la sua designazione quale rapporto oppure quale perizia, ma semplicemente il suo contenuto (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti). È infine utile osservare che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va, tuttavia, precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (cfr. STF I 811/03 del 31 gennaio 2005, consid. 5 in fine; STF I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV Nr. 10 p. 35 consid. 4b).

2.8. Attentamente vagliato l'insieme della documentazione a sua disposizione, questo Tribunale non ritiene di poter confermare la decisione impugnata, nella misura in cui l'CO 1 ha posto fine alle proprie prestazioni a partire dal 1° marzo 2024, considerando l'assicurata totalmente abile al lavoro nella sua attività lavorativa abituale. Preliminarmente, va rilevato che, non essendo la decisione impugnata fondata su una perizia esterna (per un caso in cui l'Alta Corte ha riconosciuto pieno valore probatorio a una perizia bidisciplinare esterna ordinata dall'amministrazione, si veda la STF 8C_774/2023 del 16 dicembre 2024 consid. 3.2.6 e 3.3.5), può trovare applicazione la giurisprudenza di cui alla DTF 135 V 465, secondo la quale dei lievi dubbi circa l'affidabilità di un rapporto medico bastano per potersene discostare (cfr. supra, consid. 2.7.). Ora, ai referti del PD dr. _____, sui quali si fonda appunto la decisione su opposizione in esame, non può essere riconosciuto un valore probatorio sufficiente per concludere, con la necessaria tranquillità, che l'assicurata abbia recuperato una piena capacità lavorativa nella propria attività abituale a partire dal primo marzo 2024. Come visto, infatti, la valutazione con la quale il PD dr. _____ concluso per una ritrovata piena capacità lavorativa da parte dell'assicurata, a fronte di un lieve danno permanente al nervo peroneo comune sinistro, non invalidante, è stata a più riprese contestata dagli specialisti privatamente consultati dall'interessata, i quali hanno, invece, attestato l'esistenza di una ancora attuale parziale incapacità lavorativa nella sua abituale professione, la quale richiede di stare permanentemente in piedi. Come è già stato messo in evidenza al considerando 2.5., su questo aspetto di natura squisitamente medica agli atti figurano dunque rapporti medici, specificatamente quelli elaborati dal dr. _____ e dal Prof. dr. _____ consultati dall'insorgente, il cui contenuto è atto a generare dei dubbi, perlomeno lievi, circa la correttezza della valutazione su cui l'amministrazione ha finalmente fondato la propria posizione. Gli specialisti in questione, infatti, contestando la valutazione del PD dr. _____, hanno ritenuto del tutto giustificata un'inabilità lavorativa del 50%. Nel proprio referto del 29 aprile 2024, il dr. _____ ha rilevato che "in considerazione dello sviluppo di un severo dolore neuropatico, con allodinia sul territorio del nervo peroneo, ritengo certamente giustificata un'inabilità lavorativa ad almeno il 50%" (cfr. doc. 208). Opinione condivisa anche dal Prof. dr. _____, il quale ha evidenziato che "con questo disturbo sensomotorio severo con impatto funzionale notevole, che chiede la necessità di pause ripetute, la capacità lavorativa nella sua professione non supera il 50%, con necessità di pause frequenti" (cfr. doc. F), sottolineando come "dolori e affaticamento per una lesione periferica hanno ovviamente un impatto sulla capacità lavorativa a dipendenza del tipo di lavoro fatto e la paziente ha un lavoro che richiede movimenti e un'attività fisica importante" (doc. XI). Da notare, inoltre, che anche

la questione di un'intervenuta stabilizzazione o meno dello stato di salute infortunistico risulta controversa, ritenuto che, a differenza di quanto valutato dal PD dr. _____, gli specialisti privatamente consultati dall'interessata hanno considerato sussistere ancora delle possibilità terapeutiche volte a ridurre il dolore neuropatico che ella denuncia (cfr. referto del dr. _____, doc. 208 e referti del dr. _____, doc. F e doc. XI/1). In simili casi, la giurisprudenza federale prevede che la vertenza non possa essere decisa basandosi sull'uno o sull'altro dei pareri a disposizione ma che occorra ordinare una perizia ad opera di un medico indipendente secondo la procedura di cui all'art. 44 LPGGA oppure una perizia giudiziaria (cfr. DTF 135 V 465 e le STF 8C_445/2021 succitata consid. 3.3 e 8C_247/2018 del 1° aprile 2019 consid. 6.2.2). 2.9. In una sentenza di principio 9C_243/2010 del 28 giugno 2011, pubblicata in DTF 137 V 210, il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche rivolte alla giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; art. 72bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione. In quella pronunzia, l'Alta Corte ha pure precisato in quali casi il Tribunale cantonale deve allestire direttamente una perizia giudiziaria e in quali altri può rinviare gli atti all'assicuratore per un complemento istruttorio. Il TF ha, al riguardo, sviluppato le seguenti considerazioni: " (...). 4.4.1.1 Ist das Gutachten einer versicherungsinternen oder -externen Stelle nicht schlüssig und kann die offene Tatfrage nicht anhand anderer Beweismittel geklärt werden, so stellt sich das Problem, inwieweit die mit der Streitsache befasste Beschwerdeinstanz noch die Wahl haben soll zwischen einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung, damit diese eine neue oder ergänzende Expertise veranlasse, und der Einholung eines Gerichtsgutachtens. Das Bundesgericht hat dazu jüngst festgehalten, die den kantonalen Gerichten zufallende Kompetenz zur vollen Tatsachenprüfung (Art. 61 lit. c ATSG) sei nötigenfalls durch Einholung gerichtlicher Expertisen auszuschöpfen (BGE 136 V 376 E. 4.2.3 S. 381). Dies schliesst ein, dass die erstinstanzlichen Gerichte diese Befugnis nicht ohne Not durch Rückweisung an die Verwaltung delegieren dürfen. 4.4.1.2 Die Vorteile von Gerichtsgutachten (anstelle einer Rückweisung an die IV-Stelle) liegen in der Straffung des Gesamtverfahrens und in einer beschleunigten Rechtsgewährung. Die direkte Durchführung der Beweismassnahme durch die Beschwerdeinstanz mindert das Risiko von - für die öffentliche Hand und die versicherte Person - unzumutbaren multiplen Begutachtungen. Zwar gilt die Sozialversicherungsverwaltung mit Blick auf die differenzierten Aufgaben und die dementsprechend unterschiedliche funktionelle und instrumentelle Ausstattung der Behörden in der Instanzenabfolge im Vergleich mit der Justiz als regelmässig besser geeignet, Entscheidungsgrundlagen zu vervollständigen (BGE 131 V 407 E. 2.1.1 S. 411). In der hier massgebenden Verfahrenssituation schlägt diese Rechtfertigung für eine Rückweisung indessen nicht durch. 4.4.1.3 Die Einschränkung der Befugnis der Sozialversicherungsgerichte, eine Streitsache zur neuen Begutachtung an die Verwaltung zurückzuweisen, verhält sich komplementär zu den (gemäss geänderter Rechtsprechung) bestehenden partizipativen Rechten der versicherten Person im Zusammenhang mit der Anordnung eines Administrativgutachtens (Art. 44 ATSG; vgl. oben E. 3.4). Letztere tragen zur prospektiven Chancengleichheit bei, derweil das Gebot, im Falle einer Beanstandung des Administrativgutachtens eine Gerichtsexpertise einzuholen, die Waffengleichheit im Prozess gewährleistet, wo dies nach der konkreten Beweislage angezeigt ist. Insoweit ist die ständige Rechtsprechung, wonach das (kantonale) Gericht prinzipiell die freie Wahl hat, bei festgestellter Abklärungsbedürftigkeit die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen oder aber selber zur Herstellung der Spruchreife zu

schreiten (vgl. statt vieler ARV 1997 Nr. 18 S. 85 E. 5d mit Hinweisen, C 85/95; Urteil vom 11. April 2000 E. 3b, H 355/99), zu ändern. 4.4.1.4 Freilich ist es weder unter praktischen noch rechtlichen Gesichtspunkten - und nicht einmal aus Sicht des Anliegens, die Einwirkungsmöglichkeiten auf die Erhebung des medizinischen Sachverhalts fair zu verteilen - angebracht, in jedem Beschwerdefall auf der Grundlage eines Gerichtsgutachtens zu urteilen. Insbesondere ist der Umstand, dass die MEDAS von der Invalidenversicherung finanziert werden, kein genügendes Motiv dafür. Doch drängt sich auf, dass die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten einholt, wenn sie einen (im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen) medizinischen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist (vgl. die Kritik an der bisherigen Rückweisungspraxis bei Niederberger, a.a.O., S. 144 ff.). Die betreffende Beweiserhebung erfolgt alsdann vor der - anschliessend reformatorisch entscheidenden - Beschwerdeinstanz selber statt über eine Rückweisung an die Verwaltung. Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (siehe beispielsweise das Urteil 9C_646/2010 vom 23. Februar 2011 E. 4; vgl. auch SVR 2010 IV Nr. 49 S. 151 E. 3.5, 9C_85/2009)." (DTF 137 V 263-265) In una sentenza 8C_59/2011 del 10 agosto 2011 consid. 5.2 – dunque successiva a quella pubblicata in DTF 137 V 210 -, emanata in materia di assicurazione contro gli infortuni, il Tribunale federale ha ribadito i principi sviluppati nella DTF 135 V 465, in particolare che, in presenza di dubbi circa l'affidabilità di rapporti allestiti da medici di fiducia, il giudice (cantonale) è libero di scegliere se ordinare direttamente una perizia giudiziaria oppure rinviare gli atti all'amministrazione affinché disponga essa stessa una perizia seguendo la procedura di cui all'art. 44 LPG: " Um solche Zweifel auszuräumen, wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 135 V 465 E. 4.6 S. 471)." In una sentenza 8C_412/2019 del 9 luglio 2020 consid. 5.4, la Corte federale ha rinviato la causa all'assicuratore LAINF (e non al tribunale cantonale che aveva respinto il ricorso della persona assicurata) affinché disponesse l'esecuzione di una perizia ai sensi dell'art. 44 LPG, precisando che laddove esistano dubbi circa l'attendibilità e la pertinenza della valutazione del medico fiduciario, spetta in primo luogo all'assicuratore contro gli infortuni procedere a ulteriori atti istruttori per determinare d'ufficio i fatti determinanti e, se del caso, assumere le prove necessarie prima di emanare la decisione (art. 43 LPG): " Lorsqu'il existe des doutes sur la fiabilité et la pertinence de l'appréciation du médecin-conseil, il appartient en premier lieu à l'assureur-accidents de procéder à des instructions complémentaires pour établir d'office l'ensemble des faits déterminants et, le cas échéant, d'administrer les preuves nécessaires avant de rendre sa décision (art. 43 al. 1 LPG; ATF 132 V 368 consid. 5 p. 374; arrêt 8C_401/209 du 9 juin 2020 consid. 5.3.3. et ses références)." (si veda pure la STF 8C_697/2019, 8C_698/2019 del 9 novembre 2020 consid. 4.1). Infine, con la pronunzia 8C_445/2021 del 14 gennaio 2022 consid. 4.4, pubblicata in SVR 10/2022 UV n. 34 p. 137 ss., l'Alta Corte ha stabilito che, laddove un tribunale cantonale determini il diritto alle prestazioni facendo capo a un rapporto del medico curante prodotto nel quadro della procedura di opposizione, sebbene ci si trovi in presenza di un caso di applicazione

della DTF 135 V 465 che richiede l'intervento di un perito esterno, la causa deve essere rinviata all'amministrazione, e non ai giudici di prime cure, affinché proceda a un complemento istruttorio. È in effetti in primo luogo compito dell'amministrazione disporre degli atti istruttori complementari volti ad accertare d'ufficio tutti i fatti pertinenti e, se del caso, raccogliere le prove necessarie prima di rendere la propria decisione (questo principio è stato confermato ancora con le sentenze 8C_523/2022 del 23 febbraio 2023 consid. 5.4 e 8C_731/2021 succitata consid. 4.6). Nella presente fattispecie, il TCA ritiene che siano soddisfatti i presupposti per un rinvio degli atti all'istituto convenuto (cfr. STF 8C_59/2011 del 10 agosto 2011 e DTF 135 V 465), già per il fatto che esso ha fondato la decisione impugnata sul solo parere del proprio medico interno. Per le ragioni già esposte al considerando 2.8., si giustifica pertanto l'annullamento della decisione su opposizione impugnata e il rinvio degli atti all'assicuratore resistente affinché disponga un approfondimento peritale esterno (art. 44 LPGGA) volto a stabilire se, al momento in cui l'istituto assicuratore ha posto termine alle prestazioni (marzo 2024), lo stato di salute infortunistico dell'assicurata era stabilizzato ai sensi dell'art. 19 cpv. 1 LAINF e se, sempre a quel momento, ella poteva essere dichiarata totalmente abile al lavoro, oppure no. In seguito, facendo capo alle risultanze dell'accertamento esperito, l'amministrazione si pronuncerà di nuovo in merito al diritto alle prestazioni dal profilo materiale e temporale (per un caso recente in cui la Corte federale non ha giudicato sufficientemente affidabile il parere del medico SMR [il quale si era limitato a riprendere le indicazioni, troppo lacunose, dell'oncologa curante], rinviando gli atti all'amministrazione per complemento istruttorio, si veda la STF 8C_55/2024 del 16 dicembre 2024 consid. 7, riguardante un'assicurata, affetta da malattia tumorale, alla quale era stato soppresso il diritto alla rendita in ragione di un preteso miglioramento dello stato di salute). 2.10. Visto l'esito del ricorso (il rinvio con esito aperto equivale a piena vittoria, cfr., da ultimo, STF 8C_859/2018 del 26 novembre 2018 consid. 5 con rinvio a DTF 137 V 210 consid. 7.1 p. 271 e riferimento), l'assicuratore verserà all'insorgente, rappresentata da un avvocato, l'importo fr. 2'500 (IVA inclusa) a titolo d'indennità per ripetibili, ciò che rende priva di oggetto la domanda di assistenza giudiziaria (cfr. DTF 124 V 309 consid. 6 e, tra le tante, STF 9C_274/2014 del 30 settembre 2014 consid. 5; STF 9C_335/2011 del 14 marzo 2012 consid. 5, STF 9C_206/2011 del 16 agosto 2011 consid. 5, STF 9C_352/2010 del 30 agosto 2010 consid. 3). 2.11. L'art. 61 lett. a LPGGA, 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 LPGGA. L'art. 61 lett. a LPGGA 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 LPGGA 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 35.2024.38 del 12 agosto 2024 consid. 2.12.; 35.2023.76 del 21 febbraio 2024 consid. 2.9.; 35.2023.93 del 22 gennaio 2024 consid. 2.15.; 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. A. 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 n. 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.