

# TI\_GERICHTE 35.2024.81 vom 23. Dezember 2024

TI Tribunale d'appello, 2024-12-23, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_35.2024.81](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2024.81)

FR: TI\_GERICHTE 35.2024.81 du 23 décembre 2024

IT: TI\_GERICHTE 35.2024.81 del 23 dicembre 2024

## Regeste

Spalla sx. Sintomatologia neurologica: no causalità naturale. Stabilizzazione stato di salute: sì. Rinvio per perizia ex art. 44 LPGGA per valutare se assicurata ha riacquisito una piena capacità lavorativa (nei limiti della rendita AI in vigore) nell'attività abituale di assistente di cantiere

## Erwägungen

### E. 25

aprile 2018), questa Corte rileva che decide questa vertenza nella sua composizione ordinaria (pubblicata su FUCT N. 102 del 27 maggio 2022). Con scritto del 18 ottobre 2018 l'CO 1 ha infatti comunicato al TCA che, a partire da quella data, gli incarti affidati dall'assicuratore a un legale esterno all'istituto per le fasi della procedura giudiziaria non vengono gestiti, in seno alla Direzione, dalla giurista di lingua italiana figlia del Giudice Ivano Ranzanici (cfr. STF 8C\_668/2021 del 18 febbraio 2022 consid. 2.1). nel merito 2.2. L'oggetto della lite è circoscritto alla questione di sapere se l'CO 1 era legittimato, oppure no, a considerare stabilizzato lo stato di salute dell'assicurata a decorrere dal 24 giugno 2024, interrompendo di conseguenza il diritto alle prestazioni di corta durata (indennità giornaliera e cura medica) e negando, nel contempo, anche il diritto alle prestazioni di lunga durata (rendita d'invalidità e indennità per menomazione dell'integrità [IMI]), in relazione all'infortunio dell'11 giugno 2022. In tale contesto il TCA è chiamato innanzitutto a stabilire se i disturbi neurologici denunciati dall'insorgente (cefalea, vertigini, formicolii, ecc.) costituiscono un postumo dell'infortunio assicurato. 2.3. Disturbi neurologici (cefalea, vertigini, formicolii, ecc.) riferiti dall'assicurata: postumi dell'infortunio dell'11 giugno 2022? 2.3.1. Secondo l'art. 6 cpv. 1 LAINF, per quanto non previsto altrimenti dalla legge, le prestazioni assicurative sono effettuate in caso d'infortuni professionali, d'infortuni non professionali e di malattie professionali. 2.3.2. Il diritto alle prestazioni risultante da un infortunio assicurato presuppone l'esistenza di un nesso di causalità naturale tra l'evento dannoso e il danno alla salute. Questa condizione è adempiuta qualora si possa ammettere che, senza l'evento infortunistico, il danno alla salute non si sarebbe potuto verificare o non si sarebbe verificato nello stesso modo. Non occorre, invece, che l'infortunio sia stato la sola o immediata causa del danno alla salute; è sufficiente che l'evento, se del caso unitamente ad altri fattori, abbia comunque provocato un danno all'integrità corporale o psichica dell'assicurato, vale a dire che l'evento appaia come una conditio sine qua non del danno. È questione di fatto lo stabilire se tra evento infortunistico e danno alla salute esista un nesso di causalità naturale; su detta questione amministrazione e giudice si determinano secondo il principio della probabilità preponderante - insufficiente essendo l'esistenza di pura possibilità - applicabile generalmente nell'ambito dell'apprezzamento delle prove in materia di assicurazioni sociali (DTF 142 V 435 consid. 1; 129 V 177 consid. 3.1, 402

consid. 4.3). Se un infortunio ha semplicemente scatenato un processo che sarebbe comunque insorto anche senza questo evento, il nesso di causalità naturale tra i disturbi accusati dall'assicurato e l'infortunio deve essere negato se lo stato morboso preesistente è ritornato ad essere quello che era prima dell'infortunio ( status quo ante ) oppure se ha raggiunto lo stadio che sarebbe prima o poi subentrato anche senza l'infortunio ( status quo sine ) (RAMI 1992 U 142 p. 75 consid. 4b; A. Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, p. 469; U. Meyer-Blaser, Die Zusammenarbeit von Richter und Arzt in der Sozialversicherung, in Bollettino dei medici svizzeri 71/1990, p. 1093; cfr. STCA 35.2023.40 del 9 ottobre 2023, consid. 2.2.2). 2.3.3. Il diritto a prestazioni assicurative presuppone pure l'esistenza di un nesso di causalità adeguata tra l'evento dannoso e il danno alla salute. Un evento è da ritenere causa adeguata di un determinato effetto quando, secondo il corso ordinario delle cose e l'esperienza della vita, il fatto assicurato è idoneo a provocare un effetto come quello che si è prodotto, sicché il suo verificarsi appaia in linea generale propiziato dall'evento in questione (DTF 129 V 181 consid. 3.2 e 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a, DTF 117 V 361 consid. 5a e 382 consid. 4a e sentenze citate). Comunque, qualora sia carente il nesso di causalità naturale, l'assicuratore può rifiutare di erogare le prestazioni senza dover esaminare il requisito della causalità adeguata (DTF 117 V 361 consid. 5a e 382 consid. 4a; su queste questioni vedi pure: Ghélew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents, Losanna 1992, p. 51-53). La giurisprudenza ha inoltre stabilito che in caso di danno alla salute fisica, dal momento in cui è accertata la causalità naturale il nesso di causalità è generalmente ammesso (DTF 127 V 102 consid. 5 b/bb, 118 V 286 e 117 V 365 in fine; Meyer-Blaser, Kausalitätsfragen aus dem Gebiet des Sozialversicherungs-rechts, in: SZS 2/1994, p. 104s; M. Frésard, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], n. 39; cfr. STCA 35.2023.40 del 9 ottobre 2023, consid. 2.2.3). 2.3.4. 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

## **E. 28**

ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve, a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni

all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. In proposito cfr. pure STF 8C\_67/2024 del 15 luglio 2024 consid. 4.2.; STF 8C\_562/2023 del 29 maggio 2024 consid. 2.3.; STF 8C\_447/2023 del 18 aprile 2024 consid. 3.3.; STF 8C\_47/2024 del 20 marzo 2024 consid. 2.1.; STF 8C\_668/2023 del 18 marzo 2024 consid. 6.1.; STF 8C\_370/2022 del 1° marzo 2023 consid. 5.1.; STF 8C\_622/2021 del 21 dicembre 2021 consid. 4.1.; STF 8C\_434/2020 del 26 ottobre 2020 consid. 3.3.; STF 8C\_616/2018 del 3 giugno 2019 consid. 4.1.; DTF 145 V 97 consid. 8.5 (cfr. la STCA 35.2024.18 del 7 ottobre 2024, consid. 2.2.5). Trattandosi invece di perizie affidate dagli assicuratori sociali, durante la procedura amministrativa, a medici esterni all'amministrazione o a servizi specializzati indipendenti, esse godono di piena forza probatoria, a condizione che non esistano indizi concreti che ne mettano in dubbio l'affidabilità (cfr. STF 8C\_458/2023 del 18 dicembre 2023 consid. 3.2.; STF 8C\_862/2014 del 2 aprile 2015 consid. 3.2 e riferimenti ivi citati). Per quel che concerne il valore probante di un rapporto medico, determinante è che esso sia completo sui temi sollevati, che sia fondato su esami approfonditi, che tenga conto delle censure sollevate dalla persona esaminata, che sia stato redatto in piena conoscenza dell'anamnesi, che sia chiaro nella presentazione del contesto medico e che le conclusioni dell'esperto siano motivate (cfr. SVR 2002 IV Nr. 21 p. 63; DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191ss.; DTF 122 V 160 ss., consid. 1c e riferimenti). L'elemento rilevante per decidere circa il valore probante, non è né l'origine del mezzo di prova né la sua designazione quale rapporto oppure quale perizia, ma semplicemente il suo contenuto (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti). È infine utile osservare che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va, tuttavia, precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (cfr. STF I 811/03 del 31 gennaio 2005, consid. 5 in fine; STF I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV Nr. 10 p. 35 consid. 4b).

2.3.5. Dalle tavole processuali emerge che RI 1 è beneficiaria di una mezza rendita d'invalidità, assegnatale dall'UAI con decisione del 14 luglio 2017 e che, in quel contesto, era stata sottoposta a una perizia neurologica da parte del dr. med. \_\_\_\_\_, allora attivo presso la Clinica \_\_\_\_\_ (doc. 140, 206 e 228 incarto LAINF). Dal relativo referto 24 aprile 2017 (doc. 140 incarto LAINF) si evince, in particolare, quanto segue: "(...) Discussione Diagnosi Sindrome cervicale cronica in presenza di segni degenerativi a diversi livelli cervicali più accentuati a sinistra (in particolare ai livelli C4-05 e C5-C6), anamnesticamente con probabili irritazioni radicolari intermittenti a diversi livelli senza deficit neurologici con: - algie cervicali con irradiazione occipitale e estensione olocranica, e verso la spalla sinistra, in modo intermittente anche nel braccio, - con limitazioni di movimento della colonna cervicale prevalentemente verso sinistra, - muscoli laterali del collo (in particolare m. sternocleidomastoideo) e parti superiori del trapezio a sinistra con tono muscolare leggermente aumentato, con discrete contratture degli stessi. Lo stato neurologico non ha mai evidenziato deficit senso-motori sicuri. I disturbi della sensibilità riferiti dalla paziente, non hanno avuto una topografia riferibile a precisi dermatomi. Oggi lo stato neurologico è senza deficit senso-motori alle estremità superiori, in modo particolare a sinistra. Sono stati descritti in passato disturbi della sensibilità superficiale alla mano sinistra (...). Questi disturbi non sono oggi oggettivabili. Il disturbo della sensibilità oggi riferita dalla paziente

nella parte laterale del collo a sinistra (indicativamente nei dermatomi C3 e C4) è probabilmente da mettere in relazione con sensazioni atipiche in presenza di un aumentato tono muscolare cronico, e meno probabilmente ad irritazioni radicolari In questi dermatomi. Il Quadro radiologico (RM cervicale del 09.10.2015) è caratterizzato a sinistra da una stenosi pre-ed intra-foraminale ai livelli C4-05 e C5-C6, con probabile effetto compressivo su queste radici, maggiormente a sinistra. La Dr.ssa \_\_\_\_\_ (09.03.2016) descrive questa risonanza magnetica evidenziando la presenza "di stenosi foraminali C4/C5 e C5/C6 bilaterali più a sinistra -che a destra, con un contatto delle radici C5 e C6 bilaterale", non ritendo presente una compressione rilevante delle radici. Per sintomi vertiginosi allora riferiti dalla paziente, il 09.10.2015 è stata eseguita una RM cerebrale e angio-RM arteriosa intracranica che ha mostrato referti nella norma (ad eccezione di alcuni esiti gliotici subcorticali). Considerando i disturbi riferiti dalla paziente è stata discussa una componente irritativa radicolare . (...). Ritengo ben possibile che vi siano state fasi con intermittenti irritazioni radicolari a diversi livelli a sinistra. Oggi la paziente non riferisce una sintomatologia che possa evocare un disturbo radicolare e lo stato neurologico non evidenzia deficit senso-motori agli arti superiori. L' oggettività clinica è stata dominata dalla sintomatologia locale a livello cervicale e della spalla sinistra. (...). Oggi la situazione clinica è paragonabile (rotazione del capo verso destra solo minimamente ridotta, rotazione a sinistra ridotta di circa 1/3), anche se mostra un discreto miglioramento. (...). Oggi la situazione clinica è paragonabile con I muscoli laterali del collo (in particolare il m. sternocleidomastoideo) e le parti superiori del trapezio a sinistra con tono muscolare leggermente aumentato, con discrete contratture degli stessi. Il coinvolgimento secondario della spalla sinistra con limitazioni dolorose del movimento è stato riferito dalla paziente in passato come attualmente. La paziente ha regolarmente riferito algie cervicali con irradiazione occipitale e estensione olocranica . Le cefalee riferite dalla paziente sono da ritenere secondarie alla irradiazione del dolore dalla regione occipitale. Sono ad essa correlate e dominate dal dolore irradiato a livello occipitale. Non ci sono elementi clinici e anamnestici per poter postulare la presenza di una cefalea di altra origine o di una emicrania. L' eziologia dei disturbi della paziente è da riferire principalmente a disfunzioni vertebrali segmentarie dolorose e al coinvolgimento della muscolatura cervicale e della spalla sinistra. Diversi livelli della colonna cervicale sono coinvolti. Clinicamente non ci sono indizi per instabilità dei segmenti cervicali, si può ritenere che per questo motivo non sono state eseguite valutazioni della HWS di tipo funzionale. Concordo dunque con le diverse valutazioni in merito già espresse dai Colleghi coinvolti. In occasione del soggiorno riabilitativo a \_\_\_\_\_ (fine settembre 2016) sono state descritte disfunzioni vertebrali segmentarie dolorose di natura meccanica e riflessa (secondo Maigne) "a livello del rachide cervicale alto C1-C2 bilaterale e a livello C4-05 a sinistra". Una "origine prevalentemente muscolare" della "sintomatologia algica cervicale e di conseguenza l'irradiazione al capo" è stata postulata dal Dr. \_\_\_\_\_ 11.02.2016), la Dr.ssa \_\_\_\_\_ (09.03.2016) ha constatato una "forte tensione muscolare paraspinale cervicale in contesto di stenosi foraminale C4/C5 e C5/C6 più a sinistra che a destra". Prognosi Le terapie messe in atto sono state molteplici (terapie farmacologiche, terapie fisiche di diverso tipo in regime ambulatoriale e in regime stazionario, trattamento infiltrativo spinale). Hanno contribuito a brevi fasi di miglioramento della sintomatologia, ma non hanno portato alla risoluzione dei problemi. Una tendenza a resistenza alle terapie di sindromi come quella della paziente è conosciuta. Dal punto di vista neurologico non ritengo che in questo caso fattori psico-somatici giocano un ruolo di rilievo. La prognosi è incerta, tendenzialmente negativa .

Per questa valutazione parlano gli episodi di cervicalgie in passato già su un lungo tempo con necessità di interventi da parte di un chiropratico, la resistenza alle terapie e l'età già attorno ai 50 anni. Predisponente per una cronicizzazione è il tipo di lavoro al computer con relativa postura. Limiti funzionali Le limitazioni funzionali sono dovute al dolore cervicale a riposo e accentuato sotto carico e alle limitazioni di movimento dell'unità anatomico-funzionale della colonna cervicale e della spalla a sinistra, Dominano le limitazioni di movimento della colonna cervicale in rotazione sinistra e le elevazioni del braccio sinistro in tutte le direzioni al di sopra dell'orizzontale. È presente una limitazione di carico dell'arto superiore di sinistra (carico massimo circa 5 kg). Capacità lavorativa Capacità lavorativa come impiegata d'ufficio La capacità lavorativa nell'ultima attività svolta di impiegata di ufficio è stata valutata essere del 50% dai medici coinvolti a partire dall'14.12.2015 (con IL al 100% dal 07.03.2016 al 10.04.2016). Nella fase iniziale dopo l'apparizione dei disturbi a livello cervicale la paziente è stata giudicata inabile al lavoro al 100%: dal 14.10.2015 al 14.12.2015, inoltre in una fase di peggioramento dei disturbi dal 07.03.2016 al 19.04.2016. Dal 07.09.2016 al 27.09.2016 la paziente era degente in riabilitazione (Clinica \_\_\_\_\_). Queste valutazioni della IL sono da ritenere corrette. Causa della inabilità lavorativa sono i limiti funzionali sopra descritti. Essi si manifestano nella tenuta della postura necessaria ad esplicare il lavoro e nell'uso dell'arto superiore sinistro in posizione seduta di fronte al computer, e in altre attività tipiche di segretariato. Capacità lavorativa in una attività adeguata In una attività adeguata ai limiti funzionali presenti, l'assicurata è abile al lavoro all' 80%. Una attività adeguata ai limiti funzionali può essere descritta nel modo seguente: attività con spesso possibilità di cambiamento di posizione, non solo da svolgere in posizione seduta, che non richieda un carico eccessivo delle estremità superiori (non maggiore 5 kg) in posizione statica o dinamica e non in maniera prolungata ripetitiva, attività non richiedente posizioni della testa rispettivamente del collo da mantenere fissa per un tempo prolungato (maggiore di 5 - 10 minuti), attività non richiedere posizioni estreme della testa e il mantenimento di tali posizioni. Pensabile è una attività di venditrice con compiti misti, attività di ufficio con diversi compiti che rispettano il profilo di carico descritto qui sopra, altre attività analoghe. (...)” (doc. 140, pag. 2-14 e pag. 23 incarto LAINF; n.d.r.: il grassetto, il corsivo e le sottolineature non sono della redattrice). 2.3.6. Risulta inoltre che, in data 11 giugno 2022, RI 1 è caduta dalle scale e - proteggendosi il viso e la testa con il braccio sinistro - ha riportato la frattura in due parti della testa omerale sinistra oltre a delle escoriazioni al ginocchio sinistro. In tale occasione, non ha invece subito alcun trauma cranico (doc. 1, 4, 5, 24 e 144 incarto LAINF). In seguito, RI 1 ha denunciato diversi disturbi a carattere neurologico (cefalea, vertigini, formicolii, ecc.), i quali sono stati indagati dal profilo medico specialistico. In particolare, nel luglio 2022 ella ha informato i medici che accusava un “dolore alla spalla di sinistra accompagnato da una contrattura che percepisce in tutto il cingolo scapolo-omerale sinistro nonché anche al collo che le peggiora note emicranie di cui soffre da anni” (doc. 22 incarto LAINF) Una RM della colonna cervicale del 13 dicembre 2022 (doc. 48 incarto LAINF) ha messo in evidenza quanto segue: " Stenosi dei canali neuroforaminali C4-C5 e C5-C6 bilateralmente, a sinistra più marcata che a destra, con probabile conflitto radicolare. Il canale spinale appare leggermente ridotto di ampiezza all'altezza C4-C5, senza segni di mielopatia." Una RMN nativa del plesso brachiale bilaterale del 30 dicembre 2022 (doc. 54 incarto LAINF) ha evidenziato quanto segue: " Non lesioni del plesso brachiale. Marcato versamento e presa di contrasto della capsula dell'articolazione gleno-omerale di sinistra. Questo reperto non è stato studiato in dettaglio e non può essere precisato ulteriormente con

l'esame a nostra disposizione. È indicato esame RM della spalla sinistra." In data 13 gennaio 2023 (doc. 54 incarto LAINF), la dr.ssa \_\_\_\_\_, specialista FMH in neurologia, ha attestato quanto segue: " (...) A livello elettrofisiologico non riscontro un'anomalia, a livello della condizione motoria del nervo mediano, ulnare, radiale e ascellare di sinistra, così come la componente sensitiva del nervo mediano, ulnare, radiale e cutaneo antebrachi mediale di sinistra risultano preservate. Quindi non vi sono elementi ENGrafici a favore di un coinvolgimento anche del plesso brachiale sinistro. Al completamento con studio EMGrafico qualitativo ad ago riscontro unicamente una lieve sofferenza neurogena cronica in corrispondenza della radice C7 sinistra, senza segni significativi di sofferenza neurogena-acuta o cronica a livello radicolare C5 e C6 di sinistra. Abbiamo completato con un esame RM cervicale effettuato il 13.12.2022 che ha mostrato una stenosi dei canali neuroforaminali C4-C5 e C5-C6 bilateralmente, a sinistre più marcata che a destra, con probabile conflitto radicolare; il canale spinale appare leggermente ridotto di ampiezza all'altezza C4-C5, senza segni di mielopatia. Quanto riscontrato a livello cervicale non risulta a mio parere all'origine dei disturbi presentati dalla paziente attualmente in quanto non vi è una compressione radicolare significativa a sinistra. Abbiamo in seguito completato con un esame RM del plesso brachiale effettuato in data 28.12.2020, esame che ha permesso di escludere delle lesioni del plesso brachiale (...)." In data 10 agosto 2023 (doc. 97 incarto LAINF), la stessa dr.ssa \_\_\_\_\_ ha rilevato quanto segue: " (...) Abbiamo (...) convenuto di effettuare una RM cerebrale presso la Collegiata vista la cefalea e la sintomatologia sopraccitata caratterizzata da instabilità e disturbo dell'equilibrio. Per quanto riguarda la cefalea, questa risulta a mio parere essere mista, in parte secondaria a componente cervicogeno-tensiva ed in parte correlata ad un'emicrania senza aura. (...)" (doc. 97, pag. 3 incarto LAINF; n.d.r.: il grassetto non è della redattrice). La RMN cerebrale del 16 agosto 2023 (doc. 133 incarto LAINF) ha messo in evidenza quanto segue: " Grosso deposito di emosiderina adiacente al corno anteriore del ventricolo laterale di sinistra, DD cavernoma. Progredienti foci gliotici della sostanza bianca periventricolare in prima ipotesi di origine microvascolare Fazekas 2." La RMN nativa del midollo spinale dell'11 novembre 2023 (doc. 154 incarto LAINF) ha mostrato quanto segue: " (...) non sono evidenti sicure alterazioni di segnale di sospetta natura infiammatoria-demielinizzante in sede midollare. (...)" In data 14 novembre 2023 (doc. 159 incarto LAINF) la dr.ssa med. \_\_\_\_\_, vice-primario del Centro \_\_\_\_\_, ha refertato quanto segue: " (...). Diagnosi principali 1. Sospetta malattia infiammatoria demielinizzante del sistema nervosa centrale in corso d'indagine, con: -RM cerebrale (07.10.23): due lesioni periventricolari (stabili crf 2015), alcune lesioni aspecifiche 2. Cavernoma tipo Zabramski II della capsula interna sinistra Comorbidità e altre diagnosi - Cefalea cronica a caratteristiche miste, tensive ed emicraniche con: (...). - Ateromatosi carotidea moderata bilaterale - Duplex dei TSA O: placca fibrocalcifica di 2.5 mm, non stenosante in corrispondenza di carotide interna sinistra (LICA) - Esiti di frattura dell'omero prossimale sinistro con capsulite adesiva in esiti di caduta 06.22 - ENMG (12.22): lieve sofferenza neurogena cronica in corrispondenza della radice CI sinistra - Sindrome vestibolare persistente - Ipertensione arteriosa - Dislipidemia non trattata. Anamnesi Valutiamo la paziente a margine in prima consultazione, 58enne, che viene inviata al nostro Servizio dalla Dr.ssa med. \_\_\_\_\_ nel sospetto di malattia demielinizzante del sistema nervoso centrale. (...). Valutazione (...). Abbiamo rivisto in sede di discussione interdisciplinare le immagini di risonanza magnetica cerebrale: oltre a plurime lesioni della sostanza bianca aspecifiche, si sono confermate (già presenti a RM del

2015) due lesioni cerebrali periventricolari compatibili per sede e morfologia con malattia infiammatoria-demielinizzante. (...)." (n.d.r.: il grassetto non è della redattrice mentre il corsivo è della redattrice). Interpellato in merito alla causalità naturale dall'amministrazione, il dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in neurologia, con apprezzamento del 14 dicembre 2023 (doc. 152 incarto LAINF), ha osservato quanto segue: " (...) Neurologische Erstvorlage einer Unfallereignisses vom 11.06.2022 mit Schulterverletzung links vor nunmehr 1.5 Jahren. Es soll eine neurologische Mitbeurteilung auf Veranlassung der Administration erfolgen wegen der Unfallkausalität zusätzlich angegebener Kopfschmerzen und Schwindel und der diesbezüglichen Abklärung, ohne dass jedoch ein Kopfanprall dokumentiert sei. Nach Angaben der Administration besteht ein Vorzustand, die Versicherte sei wegen einer zervikalen Problematik zu 50 % berentet. Gemäss Schadenmeldung vom 13.06.2022 stürzte die Versicherte auf einer Treppe und verletzte sich gemäss eigenen Angaben den linken Arm. Hinsichtlich des Vorzustandes liegt ein umfangreiches Gutachten aus der Clinica \_\_\_\_\_ von 24.04.2017 vor mit der Diagnose eines rein degenerativen HWS-Syndroms («Sindrome cervicale cronica in presenza di segni degenerativi a diversi livelli cervicali più accentuati») ohne objektivierbare neurologische Defizite mit chronischen Nackenschmerzen, Übelkeitsgefühl, präsynkopalen Ge-fühlen und weiteren unspezifischen multiplen Befindlichkeitsklagen, wie auf Seite 93 und 94 dieses Gutachtens ausführlich dokumentiert wurde. Im unfallnahen Erstversorgungsbericht vom 11.06.2022 wird die Diagnose einer Humeruskopffraktur links gestellt nach Sturz auf die linke Schulter. Neurologische Defizite hätten nicht vorgelegen im Befund . Äusserlich Schürfverletzung am linken Knie. Weder ist ein Kopfanprall noch eine Prellmarke am Kopf dokumentiert. Auch sind keine diesbezüglichen Beschwerdeangaben der Versicherten dokumentiert, auch nicht in der Verlaufskontrolle mit Bericht vom 17.06.2022. Erstmals im Bericht vom 08.07.2022 und somit fast zwei Monate nach dem Unfallereignis gibt die Versicherte erstmals an, die «jahrelang bekannten» Kopf- und Nackenschmerzen hätten sich verschlechtert («... percepisce in tutto il cingolo scapolo-omeroale sinistro nonché anche al collo che le peggiora note emicranie di cui soffre da anni»). In der zervikalen Kernspintomografie vom 13.12.2022 werden die bekannten degenerativen Wirbelsäulenveränderungen mit multiplen Bandscheibenprotrusionen, einer fortgeschrittenen Facettengelenksveränderung und foraminalen Einengungen auf multiplen Höhen C4-C6 beschrieben ohne Zeichen einer Myelopathie und ohne strukturelle Verletzungshinweise. Eine spätere neurologische Abklärung vom 23.11.2022 mit Bericht vom 11.01.2023 dokumentiert erneut die Schulterschmerzen nach Humeruskopffraktur links als im Vordergrund stehend mit Angabe von Parästhesien im Unterarm und der Hand je nach Position. In der neurologischen Untersuchung finden sich weder Paresen noch Reflexdifferenzen, auch nicht im Hinblick auf die linke obere Extremität . Es werden lediglich Gefühlsstörungen im ersten und fünften Finger links («...con riferita ipoestesia I e V dito...») angegeben, was keinem eindeutigen neurologisch-radikulären Schema somit entspricht. Auch elektrophysiologisch gab es keine Hinweise auf eine mögliche traumatische Betroffenheit des Plexus («...non vi sono elementi ENGrafici a favore di un coinvolgimento anche del plesso brachiale sinistro...») oder einzelner Nerven . Eine allenfalls leichte, chronisch neurogene Schädigung der C7-Wurzel links muss auf die langjährig vorbestehenden degenerativen HWS-Veränderungen mit foraminalen Einengungen zurückgeführt werden, ein überwiegend wahrscheinlich unfallkausaler Zusammenhang kann hier nicht konstruiert werden, da weder zeitlich ein Zusammenhang besteht bei fehlenden akut neurologischen Beschwerden noch vom Unfallmechanismus

eines Schulteranpralltraumas ohne HWS-Verletzung. Die Beschwerdeangaben der Versicherten wurden auch daher von neurologischer Behandlerseite eher im Zusammenhang mit der Schultergelenksschädigung links gesehen, ohne Notwendigkeit einer weiteren neurologischen Kontrolle. Versicherungsmedizinisch neurologisch liegt bei primärem Schulteranpralltrauma links somit in der Gesamtzusammenschau kein Hinweis auf einen überwiegend wahrscheinlich unfallkausalen Schaden vor, insbesondere weder klinisch noch elektrophysiologisch ein möglicher traumatischer Plexusschaden. Auch ist in der unfallnahen Dokumentation weder ein Kopfanpralltrauma noch eine akute neurologische Symptomatik auffindbar, wie oben ausgeführt. Als unfallfremder Vorzustand sind jedoch jahrelange chronische Nackenschmerzen bei einer deutlich degenerativ veränderten Halswirbelsäule bekannt, hier jedoch ohne Hinweis auf ein überwiegend wahrscheinliche, weder vorübergehende noch richtungsgebende Verschlimmerung durch das Unfallereignis eines primären Schulteranpralltraumas mit Humerusfraktur links.

Beantwortung der Fragen Ritiene che i disturbi alla testa e gli accertamenti eseguiti e ancora in corso, possono essere messi in relazione causale perlomeno probabile con l'infortunio del 11.06.2023? Nein, auf neurologischem Fachgebiet sind keine überwiegend wahrscheinlich unfallkausalen, neuen neurologischen Beschwerden vorliegend. Insbesondere ist ein neuer struktureller neurogener Schaden in überwiegend wahrscheinlich unfallkausalem Zusammenhang nicht ausgewiesen bei bekannten rein degenerativer Halswirbelsäulenveränderungen mit jahrelang vorbestehender entsprechend chronifizierter Nackenschmerzproblematik ." (doc. 152 incarto LAINF; n.d.r.: il corsivo è della redattrice).

In data 18 dicembre 2023 (doc. 162 incarto LAINF) la dr.ssa med. \_\_\_\_\_ ha rilevato quanto segue: " (...). Diagnosi principali 1. Due singole lesioni periventricolari di possibile eziologia infiammatoria demielinizzante, (...) 2. Cefalea cronica con caratteristiche miste, tensive ed emicraniche (...). 3. Cavernoma tipo Zabramski II delta capsula interna sinistra Comorbidità e altre diagnosi - Ateromatosi carotideia moderata bilaterale (...). - Esiti di frattura dell'omero prossimale sinistro con capsulite adesiva in esiti di caduta 06.22 - ENMG (12.22): lieve sofferenza neurogena cronica in corrispondenza della radice C/ sinistra - Sindrome vestibolare persistente (...). Valutazione (...). All'obiettività clinica non ritroviamo deficit neurologici focali, nel noto contesto di limitazioni funzionali a carico dell'arto superiore sinistro a seguito di frattura dell'omero. Agli approfonditi accertamenti eseguiti, una MRI spinale ha escluso ulteriori lesioni suggestive per malattia demielinizzante; allo stesso modo i potenziali evocati visivi, motori e somatosensoriali sono risultati sostanzialmente nella norma. Anche agli accertamenti laboratoristici ed a rachicentesi diagnostica non abbiamo ritrovato elementi per uno stato infettivo, infiammatorio né disimmune. Alla luce degli accertamenti abbiamo spiegato alla paziente che al momento non abbiamo criteri clinici o radiologici per ascrivere le due lesioni periventricolari in un contesto patologico definito, in particolare non è possibile al momento diagnosticare una sclerosi multipla e non sono neppure soddisfatti i criteri per una sindrome radiologica isolata. Abbiamo concordato una rivalutazione dell'imaging cerebrale ad un anno, quando effettueremo anche controllo di noto cavernoma. Sul piano terapeutico non vi è al momento alcuna indicazione specifica. Per quanto attiene alla cefalea cronica persistente associata ad instabilità, abbiamo spiegato che non sono state ritrovate lesioni cerebrali che spieghino tale sintomatologia. Vi è una importante tensione e contrattura della muscolatura paracervicale e della spalla di sinistra che probabilmente agisce da fattore causale al disturbo. Abbiamo suggerito terapia con miorilassanti che ti lasciamo rivalutare. (...)." (n.d.r.: il grassetto non è della redattrice). In data 18 giugno 2024 (cfr. doc. 249

incarto LAINF), il dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in chirurgia, curante dell'assicurata, ha attestato quanto segue: "(...) si certifica che la summenzionata paziente, presenta una sintomatologia algica a livello di spalla sinistra con impotenza funzionale relativa purtroppo ad andamento ingravescente, associata a sindrome vertiginosa ed a parestesie di mano sinistra; post evento infortunistico a giugno 2022 con frattura in due parti di omero prossimale (presenza di importante limitazione dell'articolari  di spalla con deficit in elevazione, rotazione interna, rotazione esterna ed abduzione, quest'ultima non possibile oltre i 60°, con irradiazione di tutto l'arto interessato). La Signora RI 1   periodicamente valutata dal punto di vista neurologico dalla Dr.ssa med. \_\_\_\_\_ per ci  che concerne la sua attuale cefalea oltre che per la suddescritta sintomatologia vertiginosa ed instabilit  alla marcia presente dopo l'infortunio. Inoltre viene regolarmente valutata dal Dr. med. \_\_\_\_\_ per tutto ci  che concerne il dolore e l'impotenza funzionale di arto superiore sinistro. (...)" In data 4 luglio 2024 (doc. 254 incarto LAINF), la dr.ssa med. \_\_\_\_\_ ha osservato quanto segue: "(...). Diagnosi principale: - Due singole lesioni periventricolari di possibile eziologia infiammatoria demielizzante (...) - Cefalea verosimilmente mista: cervicogeno-tensiva ed emicranica con: - Clinica : cefalea a partenza muscolatura latero-cervicale sinistra seguita da dolore - olocranico costrittivo e pulsatile, associato a foto- e fonofobia Paziente nota per una cefalea gi  presente in passato, esacerbata dal 06.2022 - Sintomatologia vertiginosa verosimilmente multifattoriale: componente post-traumatica su caduta avvenuta in data 11.06.2022, componente correlata alla cervicobrachialgia sinistra - Esiti di frattura in due parti dell'omero prossimale sinistro con capsulite adesiva, in seguito ad una caduta avvenuta in data 11.06.2022. (...). Anamnesi e valutazione: la paziente ci contatta in quanto riferisce una esacerbazione dei vari disturbi gi  noti in precedenza, di cui in primo piano dolore alla spalla sinistra con estensione anche alla muscolatura latero-cervicale e cervico-occipitale con dolore anche all'emicranio sinistro. Riferisce inoltre da circa 2 settimane una esacerbazione anche della cefalea con 8 giorni consecutivi di cefalea presente giorno e notte, molto limitante, associata ad importante nausea e aggravamento ulteriore della gi  nota sindrome vertiginosa nel corso delle ultime 2-3 settimane con attuale sensazione di instabilit  costante. (...). Da parte mia scrivo una lettera all'AI per richiesta di rivalutazione del grado di rendita, visto l'aggravamento del quadro clinico. (...)" (n.d.r.: il grassetto e la sottolineatura non sono della redattrice). In data 4 luglio 2024 (doc. 253 incarto LAINF) la dr.ssa med. \_\_\_\_\_ ha chiesto all'UAI una rivalutazione del caso di RI 1, per un " aggravamento dello stato di salute " sulla base delle seguenti considerazioni: "(...) seguo la paziente sopraccitata per la problematica neurologica insorta in seguito alla caduta avvenuta in data 11.06.2022, per cui la paziente si   procurata una, frattura in due parti dell'omero prossimale sinistro con una capsulite adesiva ed un quadro cronico di sintomatologia algica associata ad un deficit dei movimenti della spalla sinistra con una mia prima valutazione avvenuta il 23.11.2022. Oltre al deficit motorio ed alla sintomatologia algica sopraccitata, che limita la paziente in qualsiasi attivit  quotidiana, la signora presenta anche un dolore latero-cervicale, cervico-occipitale ed una cefalea mista con importante componente cervicogeno-tensiva secondaria al trauma sopraccitato. Presenta inoltre una sintomatologia vertiginosa correlata al quadro sopraccitato per cui   limitata quotidianamente. (...)" Nuovamente interpellato dall'amministrazione, con apprezzamento del 16 ottobre 2024 (doc. III-4), il dr. med. \_\_\_\_\_ ha osservato quanto segue: "(...). Beurteilung In der versicherungsmedizinischen neurologischen Erstvorlage mit Stellungnahme vom 14.12.2023 zur Mitbeurteilung angegebener Kopfschmerzen und Schwindel war festgestellt

worden, dass kein Kopfanprall unfallnah dokumentiert worden war hinsichtlich des Unfallereignisses mit einem Treppensturz mit primärer Schulteranprallverletzung links vom 11.06.2022, dagegen ein jahrelanger Vorzustand mit einer degenerativen HWS-Schmerzproblematik mit Kopf- und Nackenschmerzen (Bericht vom 24.04.2017). Auch eine diesbezügliche Verschlimmerung war zum unfallnahen Zeitpunkt nicht dokumentiert, sondern erst zwei Monate später (Bericht vom 08.07.2022 : «...percepisce in tutto il singolo scapolo-omerale sinistro nonché anche al collo che le peggiora note emicranie di cui soffre da anni»). Hinsichtlich der später aufgetretenen Parästhesien in Unterarm und Hand linksseitig je nach Position fanden sich keine eindeutigen neurologischen oder elektrophysio-logisch objektivierbaren Befunde in Hinsicht auf einen allfälligen Armplexusschaden (Bericht vom 11.01.2023 : «...non vi sono elementi ENGrafici a favore di un coinvolgimento anche del plesso brachiale sinistro...» ). Neurologischerseits werden nur zwei neue neurologisch relevante Berichte vorgelegt, die jedoch nichts an der vorherigen versicherungsmedizinischen neurologischen Einschätzung ändern bei fehlenden objektivierbaren neurologischen Befunden, weder für einen Armplexusschaden noch eine periphere oder zentrale Schwindelgenese bei fehlendem Nystagmus (Bericht Frau Dr. \_\_\_\_\_ vom 04.07.2024). Zusätzlich wird wegen demyelinisierender Hirnherde die Diagnose einer entzündlich-demyelinisierenden Erkrankung in nicht unfallkausalem Zusammenhang zuletzt gestellt (letzter Bericht Frau Prof \_\_\_\_\_ vom 18.12.2023). In funktioneller Hinsicht ist der Versicherte jedoch neurologisch ohne Einschränkung bei lediglich orthopädisch zu begründender Einschränkung der Armhebung links und einem zervikalen paraver-tebralen Hartspann beim Vorzustand einer degenerativen Halswirbelsäule mit chronischen Nacken- und Kopfschmerzen (Bericht vom 04.07.2024) . An der vorherigen versicherungsmedizinischen neurologischen Beurteilung vom 14.12.2023, dass in überwiegend wahrscheinlich unfallkausalem Zusammenhang mit einem Schulteranpralltrauma vom 11.06.2022 ohne dokumentierte Symptome oder äussere Verletzungszeichen oder eigene Angaben eines Kopfanpralltraumas weiterhin keine neurologische Diagnose bei fehlenden objekti-vierbaren neurologischen Defiziten oder nervalen strukturellen Unfallfolgen zu stellen sei, kann daher vollumfänglich festgehalten werden. Schlussfolgerung Auf neurologischem Fachgebiet sind weiterhin keine überwiegend wahrscheinlich unfallkausalen neuen neurologischen Beschwerden nach einem Schulteranpralltrauma linksseitig vorliegend . Ins-besondere ist ein neuer struktureller neurogener Schaden am Armplexus links in überwiegend wahrscheinlich unfallkausalem Zusammenhang nicht ausgewiesen bei bekannten rein degenerati-ven Halswirbelsäulenveränderungen mit jahrelang vorbestehender entsprechend chronifizierter Nackenschmerzproblematik . (...)” (n.d.r.: il grassetto non è della redattrice mentre il corsivo è della redattrice). 2.3.7. Chiamato ora a pronunciarsi, questo Tribunale ritiene che i referti agli atti del dr. med. \_\_\_\_\_ (cfr. doc. 152 incarto LAINF e doc. III-4 ), specialista proprio nella materia che qui interessa che vanta una vasta esperienza in materia di medicina infortunistica e assicurativa, in base ai quali i disturbi di natura neurologica denunciati dalla ricorrente successivamente all’8 luglio 2022, non si trovano, con verosimiglianza preponderante, in un nesso di causalità naturale con l’infortunio dell’ 11 giugno 2022, possano validamente costituire da base al giudizio che è ora chiamato a rendere. In effetti, il dr. med. \_\_\_\_\_ ha spiegato nel dettaglio e in modo convincente, sulla scorta dell’insieme della documentazione medica a sua disposizione, i motivi medico-scientifici per i quali egli ritiene assente un nesso di causalità naturale per lo meno probabile tra i disturbi in questione

e l'infortunio assicurato. In particolare, egli ha sottolineato che, in assenza di un danno al plesso brachiale, come pure di un trauma cranico e di una sintomatologia neurologica acuta a seguito dell'infortunio dell'11 giugno 2022, rispettivamente in presenza di una rilevante, cronica degenerazione della colonna cervicale nota da anni, considerato pure che una eventuale malattia demielinizzante del sistema nervoso centrale non costituirebbe comunque una conseguenza infortunistica, in concreto l'infortunio, consistito in un trauma contusivo primario della spalla con frattura dell'omero sinistro, non ha provocato, con verosimiglianza preponderante, alcun peggioramento (né direzionale né passeggero) del preesistente stato di salute dell'insorgente (cfr. doc. 152, pag. 2 e doc. III-4, pag. 3). Questa Corte non ignora le certificazioni agli atti dei medici curanti, di cui si è ampiamente detto al considerando 2.3.6. Tuttavia, esse non appaiono atte a generare dei dubbi, nemmeno lievi (cfr. STF 8C\_454/2023 del 19 dicembre 2023 consid. 4.1.2), a proposito della fondatezza del parere enunciato dal neurologo di fiducia dell'CO 1, al quale erano peraltro note e da lui prese in considerazione e discusse. Del resto, il TCA condivide il parere del dr. med.

\_\_\_\_\_, secondo cui, dal profilo neurologico, "... werden nur zwei neue neurologisch relevante Berichte vorgelegt, die jedoch nichts an der vorherigen versicherungsmedizinischen neurologischen Einschätzung ändern bei fehlenden objektivierbaren neurologischen Befunden, weder für einen Armplexusschaden noch eine periphere oder zentrale Schwindelgenese bei fehlendem Nystagmus (Bericht Frau Dr. \_\_\_\_\_ vom 04.07.2024). Zusätzlich wird wegen demyelinisierender Hirnherde die Diagnose einer entzündlich-demyelinisierenden Erkrankung in nicht unfallkausalem Zusammenhang zuletzt gestellt (letzter Bericht Frau Prof. \_\_\_\_\_ vom 18.12.2023)" (cfr. doc. III-4, pag. 2). Inoltre, i medici curanti (anche specialisti) non si sono pronunciati in maniera approfondita (generiche indicazioni del tipo "in seguito a infortunio" o "post infortunio" o "post traumatica", non possono evidentemente bastare) a proposito dell'eziologia dei disturbi in disamina. Infine, giova qui rilevare che la regola "post hoc, ergo propter hoc" (dopo questo, dunque a causa di questo) non ha valenza scientifica. La giurisprudenza federale ha stabilito che per il solo fatto d'essere insorto dopo l'infortunio, un disturbo alla salute non può già essere ritenuto una sua conseguenza. Tale argomento è insostenibile dal profilo della medicina infortunistica e inammissibile da quello probatorio (cfr., sul tema, STCA 35.2023.83 del 26 febbraio 2024 consid. 2.9.4; 35.2023.116 del 18 marzo 2024 consid. 2.9 e i riferimenti ivi citati; cfr. pure la STF 8C\_724/2023 del 19 giugno 2024 consid. 6.2.2). In conclusione, questo Tribunale 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 i disturbi neurologici riferiti dall'assicurata (cefalea, vertigini, formicolii, ecc.) si trovino in una relazione di causalità naturale con il sinistro dell'11 giugno 2022. Ne discende che essi non sono di pertinenza dell'CO 1, il quale ha correttamente esaminato la fattispecie facendo astrazione dagli stessi. 2.4. Stato di salute infortunistico stabilizzato dal 24 giugno 2024? 2.4.1. 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 (art. 6 LPGGA) 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; STCA 25.2022.68 del 28 novembre 2022 consid. 2.3). 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; cfr. anche STF 8C\_301/2021 del 23 giugno 2021 consid. 3.2; STCA 35.2022.68 del 28 novembre 2022 consid. 2.3.). È qui inoltre utile precisare che, secondo la giurisprudenza federale, occorre procedere a una valutazione prospettica della questione della stabilizzazione, ponendosi al momento in cui le prestazioni sono state interrotte (cfr. STF 8C\_289/2018 del 15 marzo 2019 consid. 3.6; 8C\_303/2017 del 5 settembre 2017 consid. 6.3.1; 8C\_184/2017 del 13 luglio 2017 consid. 2.2; 8C\_651/2016 del 15 dicembre 2016 consid. 4.1; si vedano pure, tra le tante, la STCA 35.2021.75 del 31 gennaio 2022 consid. 2.3.1 e la STCA 35.2022.87 del 30 gennaio 2023 consid. 2.4.1). 2.4.2. Nella concreta evenienza, l'assicuratore convenuto ha posto termine dal 24 giugno 2024 alle prestazioni di corta durata (cura medica e indennità giornaliera), ritenendo che da quella data le condizioni di salute infortunistiche fossero ormai stabilizzate ai sensi dell'art. 19 cpv. 1 LAINF. Dal canto suo, l'insorgente lamenta una prematura chiusura della pratica da parte dell'CO 1 e contesta la stabilizzazione dello stato di salute al 24 giugno 2024, in particolare necessitando ancora di cure fisioterapiche. Dagli atti dell'incarto si evince che, a seguito dell'infortunio del giugno 2022, l'assicurata ha riportato una frattura in due parti della testa omerale sinistra, trattata conservativamente mediante in particolare fisioterapia, anche intensiva in day-hospital (cfr. consid. 1.1.). In data 28 marzo 2024 (doc. 202 incarto LAINF), il Prof. dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia, ha attestato quanto segue: "(...) In data odierna la paziente è reduce da un trattamento riabilitativo intensivo. Mi riferisce che non ha portato alcun beneficio e che le sembrerebbe anzi che la situazione sia peggiorata. Clinicamente osservo ancora una moderata riduzione dell'articolarià con elevazione a 130°, rotazione interna al sacro, rotazione esterna 30°, abduzione 60°. Non sono convinto che un intervento di capsulotomia possa essere completamente risolutivo e quindi ritengo che la situazione possa essere considerata stabilizzata. Prolungo l'inabilità lavorativa in attesa di una presa di posizione da parte della CO 1 (...)" (n.d.r.: il corsivo è della redattrice) A margine delle visite di controllo del 21 maggio e del 9 luglio 2024, il medesimo specialista curante ha attestato che "la situazione è sovrapponibile ai precedenti controlli" (doc. 229 incarto LAINF), rispettivamente che "la situazione è invariata rispetto ai precedenti controlli" (doc. 250 incarto LAINF). In tale contesto, è utile sottolineare che la circostanza secondo la quale, successivamente al 24 giugno 2024, l'insorgente avrebbe ancora necessitato di provvedimenti conservativi (in particolare, di fisioterapia e/o di medicinali anti-infiammatori o analgesici) volti a evitare un aggravamento dei disturbi denunciati (dolore e limitazioni funzionali), è irrilevante (in particolare, per quanto concerne la

fisioterapia, cfr. STCA 35.2022.68 del 28 novembre 2022 consid. 2.6. e STCA 35.2023.99 dell'11 aprile 2024 consid. 2.3.5.). Decisivo ai fini del giudizio è soltanto che a quel momento lo stato di salute infortunistico dell'assicurata non poteva più essere sensibilmente migliorato grazie ad ulteriori terapie. In esito a tutto quanto precede, il TCA ritiene dunque dimostrato, perlomeno con il grado di verosimiglianza richiesto dalla giurisprudenza federale, che al più tardi al momento in cui l'amministrazione ha posto termine alle prestazioni di corta durata (24 giugno 2024), non vi erano più provvedimenti terapeutici suscettibili di migliorare notevolmente le condizioni di salute infortunistiche e che, pertanto, queste ultime erano stabilizzate ai sensi dell'art. 19 cpv. 1 LAINF. In simili condizioni, l'amministrazione era pertanto legittimata a dichiarare estinto il diritto alle prestazioni di corta durata da quella data e a valutare quelle di lunga durata (rendita d'invalidità e IMI).

2.5. Diritto a una rendita d'invalidità? 2.5.1. Giusta l'art. 18 cpv. 1 LAINF, l'assicurato invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 10 per cento a seguito d'infortunio ha diritto alla rendita di invalidità. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. Il TF, in una sentenza U 192/03 del 22 giugno 2004, pubblicata in RAMI 2004 U 529, p. 572 ss., ha rilevato che l'art. 18 LAINF rinvia direttamente all'art. 8 LPGGA; l'art. 8 cpv. 1 LPGGA, a sua volta, corrisponde al previgente art. 18 cpv. 2 prima frase LAINF, motivo per il quale occorre concludere che non vi sono stati cambiamenti di rilievo in seguito all'introduzione della LPGGA. Da parte sua, l'art. 16 LPGGA prevede, che per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato invalido potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido. L'Alta Corte, nella sentenza U 192/03 del 22 giugno 2004, citata in precedenza, ha rilevato che anche l'art. 16 LPGGA non ha modificato la valutazione del grado di invalidità dell'assicurato previsto dai precedenti art. 28 cpv. 2 LAI e art. 18 cpv. 2 seconda frase LAINF. Nella stessa pronuncia la nostra Massima Istanza ha quindi concluso che in ambito LAINF la giurisprudenza relativa ai concetti di inabilità lavorativa, inabilità al guadagno e invalidità continua a mantenere la sua validità anche in seguito all'introduzione della LPGGA. Su questi aspetti si veda pure la DTF 130 V 343. Due sono, dunque, di norma gli elementi costitutivi dell'invalidità: 1. il danno alla salute fisica o psichica (fattore medico) 2. la diminuzione della capacità di guadagno (fattore economico). Tra il danno alla salute e l'incapacità di guadagno deve inoltre intercorrere un nesso causale adeguato (fattore causale). Nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni deve esserci inoltre un nesso causale, naturale ed adeguato, tra il danno alla salute e l'infortunio.

2.5.2. L'invalidità, concetto essenzialmente economico, si misura in base alla riduzione della capacità di guadagno e non secondo il grado di menomazione dello stato di salute. D'altro canto, poiché l'incapacità di guadagno importa unicamente nella misura in cui dipende da un danno alla salute, la determinazione dell'invalidità presuppone preliminarmente adeguati accertamenti medici che rilevino il danno in questione. Spetta al medico fornire una precisa descrizione dello stato di salute dell'assicurato e di tracciare un esatto quadro degli impedimenti che egli incontra nell'espletare determinate funzioni. Il medico indicherà per prima cosa se l'assicurato può ancora svolgere la sua professione, precisando quali sono le controindicazioni in quell'attività e in altre analoghe. Egli valuterà finalmente il grado dell'incapacità lavorativa che gli impedimenti provocano sia nella professione attuale sia nelle altre relativamente confacenti (cfr., su questi aspetti, STF I 871/02 del 20 aprile 2004 e

STF I 162/01 del 18 marzo 2002). L'invalidità, proprio perché concetto essenzialmente economico, si misura raffrontando il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora o potrebbe realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili, in un mercato del lavoro equilibrato, dopo l'adozione di eventuali provvedimenti integrativi (cfr. art. 16 LPGa). I due redditi da porre a raffronto sono necessariamente ipotetici. L'ipotesi deve però poggiare su solide basi, avere un fondamento oggettivo. La giurisprudenza federale ha, più volte, confermato il principio che, nella determinazione dell'invalidità, non c'è la possibilità di fondarsi su una valutazione medico-teorica del danno alla salute dovuto all'infortunio e che occorre, sempre, basarsi sulle conseguenze economiche di tale danno. Il TF ha avuto modo di confermare che alla perdita di guadagno effettiva in un rapporto di lavoro stabile si può far capo solo eccezionalmente, se l'assicurato può esaurire pienamente presso la ditta in cui da lungo tempo lavora tutta la sua residua capacità lavorativa (STF U 25/94 del 30 giugno 1994). La perdita di guadagno effettiva può corrispondere alla perdita di guadagno computabile soltanto se - le condizioni sono cumulative - ogni riferimento al mercato del lavoro in generale, tenuto conto dei rapporti di lavoro particolarmente stabili, si avvera praticamente inutile, se l'assicurato esercita un'attività ragionevolmente esigibile nella quale si deve considerare che sfrutti al massimo la sua capacità di lavoro residua e se il reddito corrisponde ad una prestazione di lavoro e non a un salario sociale (RAMI 1991 U 130, p. 270ss. consid. 4a; conferma di giurisprudenza). Le ragioni, inerenti l'azienda, che rendono impossibile l'utilizzazione ottimale della rimanente capacità di produzione, devono essere considerate soltanto se, sul mercato del lavoro generale, non esiste una possibilità d'impiego, esigibile dall'assicurato, che gli permetterebbe di valorizzare meglio la propria residua capacità di lavoro (RAMI 1991 succitata, consid. 4d). I. Termine: reddito da invalido La misura dell'attività che si può ragionevolmente esigere dall'invalido va valutata in funzione del danno alla salute, avuto riguardo alle circostanze personali come l'età, le attitudini psico-fisiche, l'istruzione, la formazione professionale. Secondo la giurisprudenza, per la fissazione dei redditi ipotetici, non vanno considerate circostanze che non riguardano l'invalidità vera e propria. Particolarità quali formazione professionale o conoscenza linguistiche carenti hanno, in quest'ambito, rilevanza se sono causa di un reddito inferiore alla media. In tal caso, esse vanno o considerate nella determinazione dei due redditi da porre a confronto o non considerati affatto (RAMI 1993 U 168, p. 97ss., consid. 5a, b). Nel valutare la possibilità di sfruttare la residua capacità lavorativa e tradurla in capacità di guadagno non si terrà conto di difficoltà contingenti del mercato del lavoro ma ci si collocherà nell'ipotesi di un mercato equilibrato, nella situazione, cioè, in cui offerta e domanda sostanzialmente si controbilanciano (cfr. RAMI 1994 U 187, p. 90 consid. 2b; DTF 115 V 133; STF del 30 giugno 1994 succitata). Specifica dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni è la norma di cui all'art. 28 cpv. 4 OAINF: " Se a causa della sua età l'assicurato non riprende più un'attività lucrativa dopo l'infortunio o se la diminuzione della capacità di guadagno è essenzialmente dovuta alla sua età avanzata, sono determinanti per valutare il grado d'invalidità i redditi che potrebbe eseguire un assicurato di mezza età vittima di un danno alla salute della stessa gravità." II. Termine: reddito conseguibile senza invalidità Nel determinare il reddito conseguibile senza invalidità ci si baserà per quanto possibile sulla situazione antecedente l'infortunio. Se ne ipotizzerà l'evoluzione futura partendo dall'assunto che senza di esso la situazione si sarebbe mantenuta sostanzialmente stabile (cfr. STF del 15 dicembre 1992 nella causa G.I.M.). Ci si discosterà da questa proiezione

solo se le premesse per modifiche di qualche rilievo sono già date al momento dell'infortunio o se particolari circostanze ne rendono il verificarsi altamente probabile (cfr. RAMI 1993 U 168, p. 97ss., consid. 5b; 4a, b). Il grado di invalidità corrisponde alla differenza, espressa in percentuale, tra il reddito ipotetico conseguibile senza invalidità e quello, non meno ipotetico, conseguibile da invalido. 2.5.3. Dalle tavole processuali emerge che nel mese di ottobre 2023 RI 1 è stata sottoposta ad una “ valutazione della capacità funzionale (VCF) ” presso la Clinica \_\_\_\_\_, a cura del dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in reumatologia e del fisioterapista EFL \_\_\_\_\_ (doc. 127 incarto LAINF). Questo il tenore del relativo rapporto, datato 19 ottobre 2023 (doc. 127 incarto LAINF): " (...). Diagnosi 11.6.2022 frattura della testa dell'omero a sinistra non dislocata trattata conservativamente e guarita bene - attualmente: pseudoparesi di naturaforigine non chiara (neurologia normale e assenza di lesioni a carico della cuffia dei rotatori), assenza di una capsulite retrattile Sindrome cervicospondilogenica cronica - sarebbe in AI al 50 % per questo dal 2016 - attualmente: rotazione leggermente diminuita in modo simmetrico e conforme all'età, nessuna evidenza clinica per una neurocompressione Sospetta encefalopatia vascolare in corso di accertamenti Dott.ssa \_\_\_\_\_ - fattori di rischio: anamnesi familiare positiva per ictus cerebrali, tabagismo, ipertensione arteriosa, lieve iperlipidemia (...). Status (...). STATUS NEUROLOGICO: Nessuna, neanche minima, atrofia muscolare alla spalla sinistra. (...). SPALLE: Spalla destra: funzioni complesse normali, elevazione a 170°, rotazione esterna passiva 30°. Spalla sinistra: prova della spalla controlaterale normale, prova nuca con la mano che raggiunge la nuca con fatica e con il gomito in rotazione interna a ca. 90°, la prova del grembiule raggiunge a stento il sacro, l'elevazione attiva si aggira tra gli 80 e i 90° mentre tutti i movimenti passivi sono normali e simmetrici con una rotazione esterna passiva (braccio attaccato al torace) di 30°. (...). Valutazione/raccomandazioni da un punto di vista medico La frattura dell'omero è guarita bene. (...). La cuffia dei rotatori è intatta. Non vi sono evidenti deficit neurologici nonostante i disturbi dell'assicurata siano descritti in modo "neurologiforme" con una pseudoparesi e delle parestesie poco chiare non dermatomeriche. Consulto neurologico e ENMG negativi per patologie neurologiche. In assenza di qualunque atrofia muscolare riteniamo probabile una componente di amplificazione di sintomi in relazione a questo disturbo anomalo. Fa dunque stato la valutazione medico-teorica della capacità lavorativa (vedi punti seguenti per l'integrazione con i test ergonomici). Da un punto di vista medico-teorico, come assistente di cantiere con tutti i compiti correlati a questa attività compreso il muoversi su terreni accidentati, salire e scendere ponteggi con borse contenenti computer portatili e piani di lavoro, l'assicurata è totalmente abile al lavoro senza limitazioni particolari. Abbiamo messo a tema il lavoro di assistente di cantiere, che ci sembra un lavoro del tutto adatto a una piccola limitazione funzionale alla spalla sinistra dopo una frattura guarita bene, senza lesioni della cuffia e senza lesioni neurologiche oggettive. (...). Per quanto riguarda i test ergonomici l'assicurata ha collaborato molto bene e non si è mai autolimitata. Permane comunque una incongruenza tra una limitazione soggettiva e l'assenza di spiegazioni oggettive a questa limitazione che configura, secondo i criteri EFL, una amplificazione di sintomi "leggera". Conclusioni e proposte. Problemi rilevanti oggettivi inerenti il lavoro - Attività da svolgere con il braccio sinistro sopra le spalle - Sollevare carichi con l'arto superiore sinistro - Sensazione di instabilità posturale con vertigini Comportamento dell'assicurata: gestione del dolore; disponibilità allo sforzo e consistenza La valutazione standardizzata nell'ambito “descrizione del dolore e limitazioni”, “comportamento in relazione al dolore”, “comportamento in relazione allo

sforzo” e “consistenza” ha dato i risultati riassunti di seguito: leggera amplificazione di sintomi. Esigibilità e prospettive di reinserimento professionale Esigibilità per l'attività lavorativa come assistente di cantiere: Tempo di lavoro: tutto il giorno Limitazioni particolari: nessuna Adattamento del posto di lavoro: no Esigibilità per altre attività lavorative (secondo le categorie DOT): (almeno) Attività leggere a mediamente pesanti. Limitazioni particolari: utilizzo molto ripetitivo dell'arto superiore destro particolarmente attorno all'altezza delle spalle e con carichi oltre 10 kg, non limitazioni oggettive per la guida di autoveicoli o per l'utilizzo dell'ordinatore. Proposte/procedere da un punto di vista professionale: Dal nostro punto di vista la paziente è da subito totalmente abile al lavoro come assistente di cantiere. Proposta per la chiusura del caso. L'assicurata è stata informata a riguardo della valutazione. Proposte terapeutiche per ulteriori trattamenti Nessuna (...). In data 1° dicembre 2023 (doc. 146 incarto LAINF), il Prof. dr. med. \_\_\_\_\_ ha attestato quanto segue: " Diagnosi: Esiti di frattura 2 parti dell'omero prossimale sinistro con capsulite adesiva. Procedere In data odierna constato situazione invariata rispetto ai precedenti controlli. La paziente presenta sempre impossibilità di elevare l'arto sopra l'orizzontale. Passivamente si raggiunge invece un'elevazione sino a 150°, rotazione interna al sacro, rotazione esterna 60°. La capsulite adesiva si è dunque almeno parzialmente risolta. Ho nuovamente ribadito che da un punto di vista chirurgico non vedevo soluzioni chirurgiche suscettibili di risolvere la situazione. Le propongo di continuare la fisioterapia. Certifico ancora piena incapacità lavorativa e prevedo una prossima valutazione tra alcune settimane. Ho preso atto del rapporto EFL che la paziente ha recentemente eseguito. Non condivido l'opinione che la paziente sia pienamente abile al lavoro per l'attività che eseguiva precedentemente. Credo che invece sia a questo punto giustificato una definizione del caso. (...)" (n.d.r.: il corsivo è della redattrice). Il medico fiduciario, PD dr. med. \_\_\_\_\_, che ha visitato personalmente l'assicurata in data 12 gennaio 2024 (doc. 174 incarto LAINF), dopo avere precisato che nelle immagini radiologiche agli atti si osserva una lieve retroposizione della testa omerale (refertazione propria) e formulato la diagnosi di “ frattura a 2 parti della testa omerale sinistra (infortunio dell' 11.06.2022, trattamento conservativo) ”, ha rilevato quanto segue: " Valutazione (...). Proposte diagnostiche e terapeutiche Dal punto di vista medico-ortopedico la frattura è guarita con una lieve retroversione in posizione in varo della testa omerale che potrebbe impedire la rotazione esterna. È anche presente un impingement sotto acromiale lieve che può anche contribuire alla mancanza di un'abduzione completa. Da notare che l'ante-versione va abbastanza bene. Propongo di effettuare una riabilitazione tipo day-hospital presso la Clinica \_\_\_\_\_. Non vedo altre misure per migliorare la situazione dopo l'infortunio. Bisogna sempre tener conto che l'assicurata ha una degenerazione della colonna cervicale che contribuisce notevolmente alla sintomatologia della spalla sinistra. Aspetti medico-assicurativi Faccio riferimento alla EFL effettuata presso la Clinica \_\_\_\_\_ citata agli atti. Sono d'accordo e mi permetto di non ripeterla. Aggiungo che non vedo esigibili lavori su ponteggi e posti pericolosi con rischio di caduta. L'assicurata non ha diritto a IMI. Motivazione: la frattura della testa omerale è guarita completamente in posizione quasi fisiologica. Non vi è quindi una lesione post-infortunistica documentata. Piuttosto vi sono dolori e sintomi neurologici residuali non di conseguenza infortunistica ma di conseguenza della problematica degenerativa della colonna cervicale. Altrimenti non vi sono altre lesioni infortunistiche documentate. (...)" In data 8 marzo 2024 (doc. 192 incarto LAINF), il dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in medicina interna e malattie reumatiche, ha osservato quanto segue: " (...) riferisco in merito alla paziente soprannominata ed alla visita del

08.03.2024 alla fine del Day Hospital. La paziente ha seguito il day-hospital in modo puntuale e con costanza. Queste 3 settimane di terapia intensiva non hanno portato a un miglioramento ed anzi ultimamente riferisce un blocco maggiore al collo per la rotazione verso sinistra con formiche su tutta la mano. La paziente riferisce un dolore dal collo alla spalla che irradia fino al gomito dal gomito fino alla mano invece sono delle formiche. La situazione per quello che riguarda intensità dei dolori e la mobilità del braccio è secondo la paziente stabile. (...). L'esame clinico è praticamente sovrapponibile al precedente. Dal punto di vista conservativo non so più cosa proporre e come già detto nella precedente lettera sono d'accordo sulle contusioni ( recte : conclusioni) dell'esame EFL. In attesa di una decisione formale da parte della CO 1 o della sua convocazione della paziente in agenzia ho ancora attestato inabilità lavorativa del 100% fino al 16 marzo così come 9 sedute di fisioterapia incentrate soprattutto sul collo. Da notare che a livello del collo abbiamo anche delle alterazioni degenerative che non dipendono unicamente dall'infortunio. (...)." In data 28 marzo 2024 (doc. 202 incarto LAINF), il Prof. dr. med. \_\_\_\_\_ ha attestato quanto segue: " (...). Diagnosi: Sindrome del dolore cronico e capsulite residuale alla spalla sinistra. Esiti di frattura 2 parti dell'omero prossimale sinistro il 11.05.2022 (recte: 11. 06 .2022). Procedere In data odierna la paziente è reduce da un trattamento riabilitativo intensivo. Mi riferisce che non ha portato alcun beneficio e che le sembrerebbe anzi che la situazione sia peggiorata. Clinicamente osservo ancora una moderata riduzione dell'articolarià con elevazione a 130°, rotazione interna al sacro, rotazione esterna 30°, abduzione 60°. Non sono convinto che un intervento di capsulotomia possa essere completamente risolutivo e quindi ritengo che la situazione possa essere considerata stabilizzata. Prolungo l'inabilità lavorativa in attesa di una presa di posizione da parte della CO 1. Inabilità lavorativa: 100% sino al 31.05.2024 (...)." Il 15 aprile 2024 (doc. 223 incarto LAINF) il PD \_\_\_\_\_ ha refertato quanto segue: " (...) L'assicurata ha ora eseguito la riabilitazione intensiva tipo day-hospital. Purtroppo, questa riabilitazione non ha portato nessun beneficio. Durante il corso dell'ultima visita presso il Prof. Dott. med. \_\_\_\_\_ è menzionata una possibile capsulite della spalla, indicazione posta solo clinicamente. Risposta alle domande 1. La lesione post-traumatica dell'11.6.2022 è guarita? Se sì possiamo confermare una capacità lavorativa totale? A partire da quando? Sì, la frattura è guarita e questo viene confermato dalle diverse visite specialistiche e anche dalla visita medico-assicurativa CO 1 in Agenzia. Siamo in presenza di un quadro misto, come anche confermato dai diversi esami radiologici inclusa la valutazione neurologia effettuata dal PD Dott. med. \_\_\_\_\_. Non vi sono lesioni infortunistiche per la sintomatologia della cervicalgia. Per quanto riguarda solo la spalla la situazione è guarita. Nel rapporto della EFL è anche descritta una certa tendenza ad un'amplificazione dei sintomi. Questo è difficile da valutare, secondo il rapporto l'assicurata ha eseguito la riabilitazione senza restrizioni. Solo per le cause infortunistiche mi riferisco, per quanto concerne l'esigibilità del lavoro, al mio apprezzamento medico dettagliato con visita e alla valutazione EFL. La diagnosi di una capsulite è ipotizzata dal Prof. Dott. med. \_\_\_\_\_ senza un chiaro fondamento medico. È certamente presente una restrizione della mobilità della spalla come anche visto nel decorso della visita medico-assicurativa CO 1 in Agenzia. La riabilitazione intensiva presso la Clinica \_\_\_\_\_ ha portato praticamente nessun miglioramento. Anche il dr. \_\_\_\_\_, nella sua ultima lettera, non ha delle ulteriori proposte terapeutiche e concorda con gli esiti della EFL. È ora utile fare una prova di lavoro al 50% con lavori solo leggeri senza posizioni forzate e senza necessità di alzare il braccio destro sopra l'orizzontale. Peso massimo saltuariamente 5 kg. Da, richiedere poi all'assicurata un

rapporto dettagliato di come è andata la prova di lavoro. Quindi si tiene conto di un'eventuale capsulite che è una diagnosi clinica e non completamente da escludere, ormai rara a quasi due anni dopo l'evento. Se presente, una capsulite della spalla si ricupera da solo. Dal punto di vista medico ortopedico, come noto nel decorso della visita in agenzia, l'assicurata fa quattro volte a settimana palestra ma non riesce ad alzare il braccio al massimo per l'arrivo di formicolii. Questo sarebbe più compatibile con una amplificazione dei sintomi, in vista dei referti neurologici della colonna cervicale, e non con una capsulite.

2. Tenuto conto delle conseguenze dell'infortunio, quali attività e quali atti sono ancora ragionevolmente esigibili da parte della persona assicurata? Qual è la limitazione in termine di durata e di rendimento (lieve/media/grave)? È richiesta una valutazione dettagliata dell'esigibilità. Vedi risposta domanda 1.

3. L'infortunio in oggetto ha peggiorato l'esigibilità redatta dall'ufficio AI per malattia nel 2017? Oppure si può considerare l'assicurata abile al lavoro per le sole conseguenze infortunistiche, compatibilmente con l'esigibilità 2017 per malattia (AI), per la quale l'assicurata è al beneficio di una rendita d'invalidità del 50% dal 2016? Mi riferisco alla perizia neurologica per l'AI del 2017. Purtroppo, nella perizia non si prende posizione in merito alla situazione della spalla sinistra e ci si esprime unicamente per la situazione della colonna cervicale. È diagnosticata una cervicaglia con un indurimento della muscolatura paravertebrale.

4. Per favore convocare l'assicurata in Agenzia o completare il rapporto della visita eseguita in data 12.01.2024. Una visita a breve non è indicata in quanto l'assicurata è già stata visitata e non vi sono nuovi aspetti. Propongo di iniziare una prova di lavoro con le restrizioni temporanee sopra descritte. (...).”

In data 21 maggio 2024 (doc. 229 incarto LAINF), il Prof. dr. med. \_\_\_\_\_ ha attestato quanto segue: " (...) Diagnosi: Sindrome del dolore cronico e capsulite residuale alla spalla sinistra. Esiti di frattura 2 parti dell'omero prossimale sinistro il 11.05.2022. Procedere In data odierna constato che la situazione è sovrapponibile rispetto ai precedenti controlli. La paziente presenta sempre importante limitazione dell'articolazione e dolori all'utilizzo dell'arto. Clinicamente l'elevazione giunge a 130°, rotazione interna al sacro, rotazione esterna 30°, abduzione 60°. Vi è dunque chiaramente un danno permanente sotto forma di riduzione della mobilità articolare e limitata caricabilità. (...). Inabilità lavorativa: 100% (...).”

In data 19 giugno 2024 l'amministrazione ha nuovamente interpellato il proprio medico fiduciario, informandolo del fatto che “ non è stato possibile procedere come auspicato con una prova di lavoro in quanto l'assicurata è disoccupata ” (doc. 235 incarto LAINF). Il 24 giugno 2024 (doc. 237 incarto LAINF) il dr. med. \_\_\_\_\_ si è espresso come segue: " (...) Mi riferisco al mio apprezzamento sintetico dettagliato del 15.04.2024. Nel frattempo è arrivata una lettera del Prof. Dr. med. \_\_\_\_\_, FMH ortopedia e traumatologia, \_\_\_\_\_, che fa riferimento alla visita del 21.05.2024. Pone la diagnosi di: «Sindrome del dolore cronico e capsulite residuale alla spalla sinistra. Esiti di frattura 2 parti dell'omero prossimale sinistro il 11.05.2022». Lui conferma la sua ipotesi che si tratti di una capsulite residuale alla spalla sinistra, purtroppo senza mettere in evidenza nuovi fatti concreti. Io ho guardato ancora una volta tutta la pratica e mi permetto di aggiungere la seguente valutazione al mio apprezzamento medico antecedente: nel documento «Valutazione capacità funzionale EFL» del 19.10.2023, pagina 5, alla sezione «Valutazione/raccomandazioni da un punto di vista medico» è descritto: «La frattura dell'omero è guarita bene. Per inciso si tratta di una frattura osteoporotica maggiore ed è dunque necessario fare una densitometria. [...] La cuffia dei rotatori è intatta. Non vi sono evidenti deficit neurologici nonostante i disturbi dell'assicurata siano descritti in modo «neurologicamente» con una pseudoparesi e delle parestesie poco chiare non

dermatometriche. Consulto neurologico e ENMG negativi per patologie neurologiche. In assenza di qualunque atrofia muscolare riteniamo probabile una componente di amplificazione di sintomi in relazione a questo disturbo anomalo. [...]». Nella sua valutazione neurologica del 14.12.2023 il PD Dr. med. \_\_\_\_\_ non vede un nesso causale infortunistico per i dolori riferiti dall'assicurata, riferendosi alle alterazioni ben conosciute degenerative della colonna vertebrale cervicale con cervicalgie persistenti e cronificate da anni. Tutto questo contribuisce anche alla problematica della spalla. La diagnosi di una capsulite non è confermata da fatti obiettivabili. Il Dr. med. \_\_\_\_\_ nella lettera del 01.12.2023 non si dichiara d'accordo con il rapporto EFL ma senza approfondire. Il rapporto EFL è molto dettagliato e ben motivato, corrisponde bene alle visite del Dr. med. \_\_\_\_\_, Specialista FMH Medicina Interna e malattie reumatiche, medicina manuale, \_\_\_\_\_. Quindi valuto più credibili il rapporto EFL e i rapporti del Dr. med. \_\_\_\_\_. (...). L'assicurata non ha diritto ad una indennità per menomazione all'integrità. Non vi sono lesioni posttraumatiche permanenti documentate. Visto le cervicalgie cronificate presenti da anni, il referto neurologico e la valutazione dettagliata da parte del Dr. med. \_\_\_\_\_, i dolori residuali della spalla non possono, con probabilità preponderante, avere un nesso causale infortunistico. (...).” Nella medesima occasione, il medico fiduciario ha confermato che, a suo avviso, RI 1 presenta una capacità lavorativa del 100% nell'attività abituale (adeguata) di “assistente di cantiere” con le preesistenti limitazioni imputabili a malattia (e, più precisamente, incapacità lavorativa del 50% con le rispettive limitazioni funzionali - cfr. doc. 205 e 206). In data 9 luglio 2024 (doc. 252 incarto LAINF) il Prof. dr. med. \_\_\_\_\_ ha attestato quanto segue: " Diagnosi: Sindrome del dolore cronico e capsulite residuale alla spalla sinistra. Esiti di frattura 2 parti dell'omero prossimale sinistro l'11.05.2022. Procedere In data odierna constato che la situazione è invariata rispetto ai precedenti controlli. La paziente presenta sempre importante limitazione dell'arto superiore sinistro con dolori presenti anche a ri-poso. Non riesce ad elevare il braccio al di sopra dei 120°-130° e mi riferisce che eseguire lavori al di sopra dell'orizzontale gli risulta impossibile. Se sforza l'arto e cerca di sollevare pesi, i dolori peggiorano. Vi è dunque sicuramente un danno permanente sotto forma di limitata caricabilità e riduzione della mobilità articolare. Ho incoraggiato la paziente a fare opposizione alla recente decisione della CO 1 di chiudere il caso. Inabilità lavorativa: Al 100%.” In data 4 luglio 2024 la dr.ssa med. \_\_\_\_\_ ha chiesto all'UAI una rivalutazione del caso di RI 1, per un “ aggravamento dello stato di salute ”, attestando che “ la paziente risulta dal punto di vista neurologico e ortopedico inabile all'attività lavorativa al 100% ” (doc. 253 incarto LAINF). Nuovamente interpellato dall'istituto, in data 15 ottobre 2024 (Doc. III-3), il PD \_\_\_\_\_ ha osservato quanto segue: " (...) Nel corso della mia visita ho trovato una spalla dolorosa con mobilità ridotta, il mio referto clinico, infatti, era un po' peggiore dell'ultimo del Prof. Dr. med. \_\_\_\_\_. Ora, la situazione secondo il referto fisioterapico sembra peggiorata. Sono un poco sorpreso dal fatto che l'assicurata, secondo quanto da lei comunicato durante la visita in agenzia, va in palestra e che questo non sia mai stato citato nei diversi referti. Il dr. \_\_\_\_\_ invece non ci mette a disposizione un referto clinico completo, scrive solo un'abduzione limitata di 60 gradi. La valutazione della capacità funzionale EFL del 19.10.2023 è molto dettagliata e conferma un'eventuale amplificazione dei sintomi: Il rapporto della EFL ora non viene più preso in considerazione dai colleghi e questo mi sembra peccato in quanto la EFL è stata effettuata per due giorni e l'assicurata è stata valutata bene. Non ho altrimenti nulla da aggiungere al mio apprezzamento medico del 24.06.2024. (...).” In data 22 ottobre 2024 (doc. B-1) il dr.

med. \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia generale nonché medico di famiglia dell'insorgente, ha attestato quanto segue: " (...). Si conferma quanto dichiarato dal Dr. med. \_\_\_\_\_ ortopedico nel suo rapporto del 09.07.2024, circa la situazione clinica a livello di spalla sinistra purtroppo tutt'ora non in miglioramento (impotenza funzionale dell'arto superiore sinistro con sintomatologia algica associata). (...)." 2.5.4. Chiamata ora a pronunciarsi, questa Corte segnala preliminarmente che, non essendo la decisione impugnata fondata su una perizia esterna ai sensi dell'art. 44 LPGA, si applica la giurisprudenza di cui alla DTF 135 V 465, secondo la quale dei lievi dubbi circa l'affidabilità di un rapporto medico bastano per potersene discostare (cfr. supra, consid. 2.3.4). Ora, attentamente vagliato l'insieme della documentazione a sua disposizione, il TCA non ritiene di poter senz'altro concludere che, a partire dal 24 giugno 2024, l'assicurata avesse ritrovato una piena capacità lavorativa nella sua abituale professione di assistente di cantiere nei limiti della rendita (fondata su un grado d'invalidità del 50%) che le è stata assegnata in ambito AI. Secondo questo Tribunale, infatti, sia il rapporto relativo alla visita \_\_\_\_\_ del 12 gennaio 2024 (doc. 174), sia gli apprezzamenti 15 aprile (doc. 223), 24 giugno (doc. 237) e 15 ottobre 2024 (doc. III-3), tutti elaborati dal dr. med. \_\_\_\_\_, non possono costituire da valido fondamento al giudizio che è ora chiamato a rendere. Al riguardo occorre innanzitutto rilevare che il parere del medico di \_\_\_\_\_ è smentito dal medico curante specialista dell'assicurata, Prof. dr. med. \_\_\_\_\_, secondo il quale quest'ultima soffre di una capsulite adesiva alla spalla sinistra, comportante un'importante limitazione della mobilità e una diminuita caricabilità dell'arto superiore sinistro, ciò che le impedisce di svolgere la sua precedente attività lavorativa nella misura che lo pretende l'amministrazione (cfr. supra, consid. 2.5.3.). In questo contesto, deve essere sottolineato che, a margine della visita \_\_\_\_\_ del 12 gennaio 2024, il dr. med. \_\_\_\_\_ ha accertato che l'articolazione della spalla sinistra era addirittura peggiore rispetto a quella refertata dal curante specialista nel dicembre 2023. In quell'occasione, il dr. med. \_\_\_\_\_ aveva attestato che l'insorgente raggiungeva un'elevazione sino a 150° e che la capsulite retrattile si era parzialmente risolta. In seguito, la mobilità è di nuovo peggiorata, attestandosi nel marzo/maggio 2024 a 130° di elevazione e 60° di abduzione (doc. 202 e 229), rispettivamente nel luglio 2024 a 120-130° di elevazione (doc. 252). Nemmeno le 3 settimane di fisioterapia su base semi-stazionaria eseguite dalla ricorrente nel mese di febbraio 2024, le hanno consentito di migliorare l'articolazione, la quale, come detto, è anzi andata via via peggiorando. D'altro canto, a proposito dell'esistenza di una capsulite adesiva, la posizione del medico fiduciario dell'CO 1 non appare lineare. In effetti, se con l'apprezzamento del 21 giugno 2024, il dr. med. \_\_\_\_\_ ha sostenuto che "la diagnosi di una capsulite non è confermata da fatti obiettivabili" (doc. 237), in precedenza egli aveva rilevato che quella di capsulite è una diagnosi clinica, non completamente esclusa nel caso di specie, tanto da ritenere indicata una prova di lavoro al 50% (con mansioni soltanto leggere, senza posizioni forzate e senza necessità di alzare il braccio in questione sopra l'orizzonte, con un peso massimo saltuariamente di 5 kg), con invito all'amministrazione a richiedere alla ricorrente un rapporto dettagliato di come fosse andata (cfr. doc. 223). Dagli atti emerge che la prova non ha in realtà potuto avere luogo in quanto l'assicurata era disoccupata (cfr. doc. 235). Del resto, dato che il fiduciario ha ritenuto utile disporre una prova di lavoro proprio per testare la capacità dell'assicurata di riprendere l'esercizio della sua precedente professione (e ciò sebbene egli avesse a sua disposizione le risultanze della valutazione EFL effettuata nell'ottobre 2023 e il parere del reumatologo dott. \_\_\_\_\_), è lecito chiedersi come egli abbia poi potuto concludere a

un'abilità del 100% (cfr. doc. 237), senza disporre degli esiti della prova stessa, mai eseguita. Alla luce di quanto appena esposto, questo Tribunale non può quindi concludere, con la necessaria tranquillità, che a partire dal 24 giugno 2024 RI 1 avesse riacquisito una piena capacità lavorativa (nei limiti della rendita AI in vigore) nella sua abituale attività di assistente di cantiere. 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 LPGa oppure una perizia giudiziaria (cfr. STF 8C\_418/2022 del 1° marzo 2023 consid. 3.1.2 e riferimento ivi citato). Per un caso in cui la Corte federale ha annullato il giudizio cantonale e rinviato la causa per nuova decisione, ritenendo che i referti agli atti dei medici curanti dell'assicurato fossero atti a suscitare un, almeno minimo, dubbio circa la pertinenza del parere espresso dal medico fiduciario a proposito della capacità lavorativa, si veda la STF 8C\_370/2017 del 15 gennaio 2018 consid. 3.3.3. Il TCA osserva infine di avere in passato regolarmente riconosciuto una piena capacità lavorativa in attività sostitutive adeguate trattandosi di assicurati vittima d'infortuni agli arti superiori, in particolare alle spalle (cfr., tra le tante, la STCA 35.2022.67 del 14 novembre 2022 consid. 2.3.4. È tuttavia utile segnalare che, con la sentenza 8C\_542/2023 del 25 aprile 2024, il TF ha ordinato a questa Corte di disporre una perizia giudiziaria volta a definire la capacità lavorativa residua nell'attività abituale, trattandosi di un assicurato, impiegato di banca, vittima proprio di un infortunio alla spalla destra. 2.6. In una sentenza di principio 9C\_243/2010 del 28 giugno 2011, pubblicata in DTF 137 V 210, il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche rivolte alla giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; art. 72bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione. In quella 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 LPG: " Um solche Zweifel auszuräumen, wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 135 V 465 E. 4.6 S. 471).” In una sentenza 8C\_412/2019 del 9 luglio 2020 consid. 5.4, la Corte federale ha rinviato la causa all’assicuratore LAINF (e non al tribunale cantonale che aveva respinto il ricorso della persona assicurata) affinché disponesse l’esecuzione di una perizia ai sensi dell’art. 44 LPG, precisando che laddove esistano dubbi circa l’attendibilità e la pertinenza della valutazione del medico fiduciario, spetta in primo luogo all’assicuratore contro gli infortuni procedere a ulteriori atti istruttori per determinare d’ufficio i fatti determinanti e, se del caso, assumere le prove necessarie prima di emanare la decisione (art. 43 LPG): "

Lorsqu'il existe des doutes sur la fiabilité et la pertinence de l'appréciation du médecin-conseil, il appartient en premier lieu à l'assureur-accidents de procéder à des instructions complémentaires pour établir d'office l'ensemble des faits déterminants et, le cas échéant, d'administrer les preuves nécessaires avant de rendre sa décision (art. 43 al. 1 LPG; ATF 132 V 368 consid. 5 p. 374; arrêt 8C\_401/209 du 9 juin 2020 consid. 5.3.3. et ses références)." (si veda pure la STF 8C\_697/2019, 8C\_698/2019 del 9 novembre 2020 consid. 4.1). Inoltre, con la pronuncia 8C\_445/2021 del 14 gennaio 2022 consid. 4.4, pubblicata in SVR 10/2022 UV n. 34 p. 137 ss., l'Alta Corte ha stabilito che, laddove un tribunale cantonale determini il diritto alle prestazioni facendo capo a un rapporto del medico curante prodotto nel quadro della procedura di opposizione, sebbene ci si trovi in presenza di un caso di applicazione della DTF 135 V 465 che richiede l'intervento di un perito esterno, la causa deve essere rinviata all'amministrazione, e non ai giudici di prime cure, affinché proceda a un complemento istruttorio. È in effetti in primo luogo compito dell'amministrazione disporre degli atti istruttori complementari volti ad accertare d'ufficio tutti i fatti pertinenti e, se del caso, raccogliere le prove necessarie prima di rendere la propria decisione (questo principio è stato confermato ancora con le sentenze 8C\_274/2021 del 31 marzo 2023 consid. 9.3.3; 8C\_523/2022 del 23 febbraio 2023 consid. 5.4 e riferimenti; 8C\_731/2021 succitata consid. 4.6; cfr. pure la STCA 35.2023.12 del 24 aprile 2023, consid. 2.9 e la STCA 35.2024.12 del 10 giugno 2024, consid. 2.6). Infine, con pronuncia 8C\_447/2023 del 18 aprile 2024 consid. 5.3, l'Alta Corte ha stabilito che: "Aufgrund der widersprüchlichen Berichte der RAD-Ärzte untereinander einerseits und im Vergleich zu den erwähnten Berichten des Spital F. \_\_\_\_\_ andererseits bestanden mithin zumindest geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Einschätzung durch die beiden Ärzte des RAD, auf welche sich die Vorinstanz abstützte. Anstatt weitere Abklärungen zu tätigen, stellte das kantonale Gericht eigene medizinische Überlegungen an und schloss auf eine abgestufte Arbeitsfähigkeit ab Oktober 2017. Dies liegt jedoch nicht mehr im Rahmen einer zulässigen freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG), ist es doch nicht Aufgabe des Gerichts, fachfremde Schlussfolgerungen zu ziehen (vgl. Urteile 8C\_122/2023 vom 26. Februar 2024 E. 5.3; 8C\_586/2022 vom 26. April 2023 E. 5.2.2; 8C\_225/2021 vom 10. Juni 2021 E. 5.3+5.5). Vielmehr hätte die Vorinstanz die dargelegten Unstimmigkeiten und Widersprüche näher abklären müssen. Indem sie dies unterliess, stellte sie den Sachverhalt nicht rechtsgenügend fest, was die Beweiswürdigungsregeln sowie den Untersuchungsgrundsatz, mithin Bundesrecht, verletzt". 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 essenzialmente sul parere del proprio medico fiduciario. Per le ragioni già esposte al considerando 2.5.5., si giustifica l'annullamento della decisione su opposizione impugnata nella misura in cui l'assicurata è stata ritenuta di nuovo abile al lavoro in misura completa (nei limiti della rendita AI in vigore) nella sua precedente professione e il rinvio degli atti all'assicuratore resistente affinché disponga un approfondimento peritale esterno (art. 44 LPG) volto a chiarire se al momento in cui ha posto fine alle prestazioni di corta durata, l'assicurata presentava ancora un danno alla salute in nesso di causalità con l'infortunio dell'11 giugno 2022, segnatamente una capsulite adesiva. Nell'affermativa, l'esperto incaricato dovrà valutare l'incidenza di tale danno sulla capacità/esigibilità lavorativa e sull'entità della menomazione dell'integrità. In base alle risultanze della perizia amministrativa, l'assicuratore resistente procederà nuovamente a definire il diritto alle prestazioni di lunga

durata (rendita d'invalidità e IMI). 2.7. Alla luce di tutto quanto esposto, il TCA rinuncia all'assunzione di ulteriori prove. Va qui ricordato che, per costante giurisprudenza, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato ( valutazione anticipata delle prove ), si rinuncerà ad assumere altre prove (cfr. STF 9C\_632/2012 del 10 gennaio 2013; STF 9C\_231/2012 del 24 agosto 2012), senza che ciò costituisca una lesione del diritto di essere sentito sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata). 2.8. 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 (cfr. STCA 35.2021.9 del 20 settembre 2021 consid. 2.12; 35.2021.58 del 18 ottobre 2021 consid. 2.12). Sul tema, cfr. anche STF 9C\_369/2022 del 19 settembre 2022; STF 9C\_368/2021 del 2 giugno 2022; SVR 2022 KV Nr. 18 (STF 9C\_13/2022 del 16 febbraio 2022); STF 9C\_394/2021 del 3 gennaio 2022; STF 8C\_265/2021 del 21 luglio 2021 (al riguardo cfr. Ares Bernasconi, Actualités du TF, 8C\_265/2021 du 21 juillet 2021 - frais judiciaires pour les tribunaux cantonaux des assurances selon la révision de la LPGA du 21 juin 2019, in SZS/RSAS 2/2022 pag. 107); Messaggio Nr. 8480 del Consiglio di Stato del 21 agosto 2024 «Rapporto sull'iniziativa parlamentare presentata il 4 maggio 2021 nella forma elaborata da Lara Filippini e Sabrina Aldi per la modifica dell'art. 29 della Legge di procedura per le cause davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni (Lptca) del 23 giugno 2008 (Implementazione della revisione LPGA alle spese giudiziarie dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni) e controprogetto».

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