

TI_GERICHTE 35.2024.92 vom 28. April 2025

TI Tribunale d'appello, 2025-04-28, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2024.92

FR: TI_GERICHTE 35.2024.92 du 28 avril 2025

IT: TI_GERICHTE 35.2024.92 del 28 aprile 2025

Regeste

A ragione l'assicuratore ha posto termine al diritto a prestazioni perchè i disturbi alla spalla dx (i soli in nesso causale) non giustificano più un'inabilità lavorativa e i disturbi alla spalla sx e a livello cervicale non sono una conseguenza dell'infortunio

Volltext

Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 28.04.2025 35.2024.92 Ticino Tribunale cantonale delle assicurazioni 28.04.2025 35.2024.92

A ragione l'assicuratore ha posto termine al diritto a prestazioni perchè i disturbi alla spalla dx (i soli in nesso causale) non giustificano più un'inabilità lavorativa e i disturbi alla spalla sx e a livello cervicale non sono una conseguenza dell'infortunio

Raccomandata Incarto n. 35.2024.92 cr Lugano 28 aprile 2025 In nome della Repubblica e Cantone Ticino Il Tribunale cantonale delle assicurazioni composto dei giudici: Daniele Cattaneo, presidente, Raffaele Guffi, Ivano Ranzanici redattrice: Cinzia Raffa Somaini , cancelliera segretaria: Stefania Cagni statuendo sul ricorso del 6 dicembre 2024 di RI 1 rappr. da: RA 1 contro la decisione su opposizione del 5 novembre 2024 emanata da CO 1 rappr. da: RA 2 in materia di assicurazione contro gli infortuni ritenuto in fatto 1.1. In data 17 novembre 2021 RI 1, nato nel _____, operaio di cantiere della _____ di _____ - e, perciò, assicurato d'obbligo contro gli infortuni e le malattie professionali presso l'CO 1 – mentre stava salendo su una scala all'interno di una vasca di contenimento e filtraggio delle acque per effettuare un lavoro di risanamento beton, è scivolato (cfr. doc. 1), atterrando dapprima in piedi, per poi cadere all'indietro, sbattendo la schiena e la nuca a terra. Dal rapporto del 17 novembre 2021 del PS di _____ risulta che la rx del ginocchio sinistro non ha evidenziato fratture; che la TAC politrauma (neuro) non ha mostrato focolai emorragici recenti intracranici e non evidenti rime di frattura del neurocranio e dei metameri cervicali e che la TAC politrauma (body) non ha mostrato alterazioni di natura post-traumatica a livello toraco-addominale (doc. 2). L'istituto assicuratore ha assunto il caso e ha corrisposto regolarmente le prestazioni di legge. In data 28 novembre 2021 l'assicurato ha ripreso il proprio lavoro. Egli è stato licenziato, per motivi estranei al proprio stato di salute, in data 7 febbraio 2022, con effetto per il 30 aprile 2022 (doc. 36/4). In data 28 giugno 2022 si è presentato al PS dell'ospedale di _____ per una cervicalgia (doc. 17). L'istituto assicuratore ha quindi predisposto degli accertamenti presso il dr. _____ (doc. 44). Nel frattempo l'assicurato ha sviluppato dei sintomi di intolleranza a delle sostanze utilizzate in cantiere. Con comunicazione del 27 luglio 2022 l'istituto assicuratore ha preso a carico la malattia professionale concernente l'intolleranza alle vernici, smalti ed altri materiali contenenti sostanze epossidiche (doc. 22). Sono pure stati svolti accertamenti in relazione a dei disturbi interessanti la spalla destra,

per i quali l'assicurato è stato sottoposto ad una visita presso il dr. _____ (doc. 86) e, in seguito, in data 27 aprile 2023, ad un intervento chirurgico. 1.2. Esperiti gli accertamenti medico-amministrativi del caso, con decisione formale del 23 luglio 2024, l'amministrazione ha dichiarato estinto dal 1° agosto 2024 il proprio obbligo a prestazioni dipendente dall'infortunio del 17 novembre 2021, visto il buon recupero funzionale alla spalla destra, che permette all'assicurato di riprendere al 100% la propria attività abituale, e ritenuto che non vi sono conseguenze dal profilo neurologico, mentre i disturbi alla spalla sinistra non possono essere considerati in nesso causale naturale con l'evento (cfr. doc. 178). A seguito dell'opposizione interposta dall'avv. RA 1 per conto dell'assicurato (cfr. doc. 193 e doc. 198), dopo avere nuovamente sottoposto gli atti alla valutazione del proprio medico fiduciario (doc. 210), in data 5 novembre 2024, l'assicuratore LAINF ha confermato la sua prima decisione con la precisazione che "non appena possibile il Centro di competenza si esprimerà nuovamente in merito alle prestazioni per la malattia professionale" (cfr. doc. 211). 1.3. Con tempestivo ricorso del 6 dicembre 2024 l'assicurato, rappresentato dall'avv. RA 1, ha chiesto l'annullamento della decisione impugnata e il rinvio degli atti all'assicuratore affinché "1. abbia ad accertare preventivamente il nesso causale tra le affezioni patologiche manifestatesi alla spalla sinistra ed il sinistro in esame e se queste siano o meno di natura traumatica" e "2. in merito alla malattia professionale si chiede che venga rinviato alla CO 1 al fine che abbia ad accertare quanto richiesto al §10 del gravame ed in tutti i casi che vengano riconosciute a favore del ricorrente le IG durante il periodo di disdetta e di reinserimento professionale ai sensi degli artt. 83 e segg. OPI". Sostanzialmente il legale ha contestato il rifiuto di presa a carico dei disturbi alla spalla sinistra, ritenendo che il dr. _____ non abbia adeguatamente analizzato la questione, tenendo conto dei referti attestanti, da subito, il coinvolgimento anche della spalla sinistra. Ciò dimostrerebbe l'esistenza del necessario nesso causale. Il legale si è poi dilungato sul tema della malattia professionale, chiedendo che vengano riconosciute le indennità di perdita di guadagno durante il periodo di disdetta e di reinserimento professionale (doc. I). 1.4. Con la risposta di causa l'amministrazione – dopo avere evidenziato che la malattia professionale non è oggetto né della decisione, né della decisione su opposizione - ha integralmente confermato la correttezza della decisione su opposizione impugnata, con argomenti di cui si dirà, per quanto di interesse, nei considerandi in diritto (doc. III). 1.5. In data 20 gennaio 2025, a conferma dell'esistenza di un nesso causale tra i disturbi alla spalla sinistra e l'infortunio, il patrocinatore dell'assicurato ha trasmesso al TCA un referto del 17 gennaio 2025 del dr. _____ (doc. V + 1). 1.6. Con osservazioni del 23 gennaio 2025 la patrocinatrice dell'istituto assicuratore ha rilevato come "seppur il medico, nel proprio referto, faccia cenno alla probabilità preponderante, egli riferisce che sarebbe possibile, ma non certo, un nesso causale con l'evento del 17 novembre 2021", motivo per il quale quanto prodotto non è atto a rimettere in discussione le conclusioni alle quali è giunto il dr. _____ (doc. VII). 1.7. In data 25 marzo 2025 il legale dell'insorgente ha trasmesso al TCA un nuovo referto, a dimostrazione dell'esacerbazione dei dolori alla spalla sinistra (doc. IX + 1). 1.8. Con osservazioni del 28 marzo 2025 l'istituto assicuratore ha integralmente confermato il tenore della risposta di causa, rilevando come l'ulteriore referto prodotto dalla controparte non apporti elementi tali da rimettere in discussione la valutazione del dr. _____ (doc. XI). Tali considerazioni dell'istituto assicuratore sono state trasmesse all'assicurato (cfr. doc. XII), per conoscenza. 1.9. In data 24 aprile 2025 il patrocinatore dell'insorgente ha trasmesso al TCA "i certificati medici di inabilità lavorativa del signor RI 1 dal mese di

settembre 2024 a tutt'oggi" (doc. XIII + 1/8). Tale documentazione è stata trasmessa all'assicuratore infortuni, per conoscenza. considerato in diritto in ordine 2.1.

Preliminarmente, richiamata la STF 8C_85/2017 del 20 aprile 2018 consid. 5.2 (relativa a un caso in cui l'incarto era stato affidato dall'assicuratore a un legale esterno all'istituto per le fasi della procedura giudiziaria; sul tema, si veda pure la STF 8C_561/2019 dell'11 maggio 2020 consid. 1), questa Corte rileva che decide la presente vertenza nella sua composizione ordinaria (pubblicata su FUCT N. 102 del 27 maggio 2022) poiché, come dichiarato dall'CO 1 in una comunicazione dell'8 giugno 2020 al TCA, l'incarto sub giudice è stato trattato dalla funzionaria che figura nell'intestazione degli allegati prodotti (in concreto, dall'avv. RA 2), senza che la giurista di lingua italiana figlia del Giudice Ivano Ranzanici se ne sia in alcun modo occupata (cfr. STF 8C_668/2021 del 18 febbraio 2022 consid. 2.1). nel merito 2.2. In concreto, è litigiosa la questione di sapere se l'amministrazione era legittimata a dichiarare estinto dal 1° agosto 2024 il proprio obbligo a prestazioni dipendente dall'evento infortunistico del 17 novembre 2021, oppure no.

Secondo costante giurisprudenza, è la decisione impugnata che costituisce il presupposto e il contenuto della contestazione sottoposta all'esame giudiziale (cfr. STF 8C_787/2020 del 26 maggio 2021 consid. 2.3.; STF 8C_542/2019 del 4 dicembre 2019 consid. 4.1.; STF 8C_784/2016 del 9 marzo 2017 consid. 3.1.; STF 8C_448/2016 del 6 dicembre 2016 consid. 2; STF 8C_360/2010 del 30 novembre 2010 consid. 1 e 2; DTF 134 V 418 consid. 5.2.1.; DTF 131 V 164; DTF 130 V 388; DTF 122 V 36 consid. 2a, DTF 110 V 51 consid. 3b e giurisprudenza ivi citata; SVR 1997 UV 81 pag. 294). Nel caso di specie, nella decisione su opposizione la convenuta ha fondato il proprio convincimento sulla valutazione del proprio medico fiduciario, dr. _____, il quale si è espresso unicamente sulle problematiche lamentate dall'assicurato al rachide cervicale e alla spalla sinistra, pretese essere in nesso causale con l'infortunio. Sulla base delle conclusioni medico-fiduciarie, l'istituto assicuratore ha confermato la cessazione del diritto alle prestazioni LAINF dal 1° agosto 2024, ritenuto, da una parte, che i disturbi alla spalla destra (i soli in nesso di causalità sicura o almeno probabile con l'infortunio) non giustificano più un'inabilità lavorativa e, dall'altra parte, che i disturbi alla spalla sinistra e a livello cervicale non possono essere ritenuti, secondo probabilità preponderante, una conseguenza dell'infortunio. Esula invece dalla presente vertenza – e non sarà quindi oggetto di disamina – il diritto a prestazioni legato alla malattia professionale, tema sul quale l'amministrazione, come rilevato nella decisione su opposizione del 5 novembre 2024, non ha ancora emanato una decisione formale, precisando che “non appena possibile il Centro di competenza si esprimerà nuovamente in merito alle prestazioni per la malattia professionale”. Mancando quindi l'oggetto impugnato, il TCA non può esprimersi al riguardo. Su questo punto il ricorso risulta, di conseguenza, irricevibile. 2.3. 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. 2.4. 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).

2.5. 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).

2.6. Nella concreta evenienza, dalla decisione su opposizione impugnata si evince che l'amministrazione ha posto fine alle prestazioni dipendenti dall'infortunio occorso al ricorrente il 17 novembre 2021, facendo capo al parere del proprio medico fiduciario, dr. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore. Quest'ultimo ha espresso il proprio motivato apprezzamento al termine di accurati approfondimenti concernenti tutti i disturbi lamentati dall'assicurato. In effetti, dopo che in data 28 giugno 2022 l'assicurato si è presentato al Pronto soccorso dell'Ospedale regionale di _____ per una cervicalgia, l'istituto assicuratore ha predisposto degli accertamenti presso il dr. _____, specialista in reumatologia. Quest'ultimo, tenuto conto che "il paziente continua a dire che accusa dolori importanti sulla parte destra del collo, spalla destra, dolori che peggiorano sotto sforzo" (cfr. doc. 46), ha a sua volta previsto degli approfondimenti attraverso degli esami strumentali. Dal referto RM del rachide cervicale del 14 settembre 2022 è risultata la presenza solo di una modesta artrosi interfaccettaria plurisegmentale, senza lesioni post-traumatiche (cfr. doc. 49). Dal referto della sonografia funzionale alle spalle bilaterale dell'11 ottobre 2022, inoltre, è risultato che "a destra lesione del tendine del subscapolare che coinvolge parte anteriore del sopraspinato, artrosi AC, minimo versamento articolare; a sinistra tendinopatia del sopraspinato". Il dr. _____ ha commentato: "l'ecografia con mia sorpresa mostra una importante lesione transmurale totale del subscapolare motivo per cui in vista anche di un intervento ho

lasciato effettuare una artro RM della spalla (Clinica _____ il 19.10.2022) che conferma la lesione. Il paziente mi spiegava che prima di cadere ha provato ad aggrapparsi con poi anche trauma distorsivo della spalla. Personalmente penso che alla luce della lesione di uno stabilizzatore della spalla l'unica via terapeutica sia un intervento di ricostruzione. Lascio a voi decidere a quale ortopedico inviare il paziente" (cfr. doc. 54). L'assicurato è stato quindi visitato dal dr. _____, medico aggiunto del Servizio di ortopedia e traumatologia dell'_____. Quest'ultimo, constatato che dalla artro-RM alla spalla destra del 19 ottobre 2022 è risultata la rottura del terzo superiore del sottoscapolare e parziale del sovraspinoso, ha consigliato di procedere con un intervento per via artroscopica di riparazione (cfr. doc. 86). Tenuto conto degli esami svolti, in data 9 marzo 2023 il dr. _____ ha confermato che l'infortunio del 17 novembre 2021 ha causato la lesione del sottoscapolare e del sovraspinoso della spalla destra, escludendo invece l'esistenza di lesioni al rachide cervicale. Egli ha quindi dato il benestare per l'assunzione dell'intervento, specificando che la prognosi è di "3 mesi per lavori leggeri e di 6 mesi per quelli medi e pesanti" (doc. 90). L'intervento di ricostruzione della cuffia dei rotatori della spalla destra è stato effettuato dal dr. _____ in data 27 aprile 2023. In data 18 agosto 2023 l'assicurato ha contattato l'assicuratore LAINF lamentando dei disturbi anche alla spalla sinistra e alla cervicale (doc. 113). Quanto ai disturbi alla spalla sinistra, con valutazione del 25 marzo 2024 il dr. _____ ha ritenuto che gli stessi non siano da considerarsi in nesso prevalentemente probabile con l'evento, per i motivi seguenti: "La spalla sinistra non è stata coinvolta in modo significativo nell'evento. Da subito l'assicurato ha dichiarato soprattutto un coinvolgimento della zona del capo e del collo. Al primo accesso al Pronto soccorso si descriveva molto sommariamente una aspecifica dolenzia alla spalla sinistra pur tuttavia con articolarietà mantenuta, libera e non dolente. L'assicurato non ha poi più notificato sintomi. Nel rapporto del Dott. _____ si esprime chiaramente che la spalla sinistra aveva un movimento ed articolarietà libera e non vi erano disturbi ad essa riferibili. Anche nei rapporti iniziali del Dott. _____ non si fa cenno ad alcuna patologia riferibile alla spalla sinistra. Dobbiamo pertanto ritenere che la sintomatologia, di verosimile pertinenza alla cuffia rotatoria della spalla sinistra, da quanto risulta dall'esame clinico, sia insorta successivamente gradualmente e sia da ritenersi pertanto non in nesso con l'evento." (Doc. 178) Esprimendosi a proposito dei postumi infortunistici, con valutazione del 25 marzo 2024 il dr. _____, riferendosi alla visita svolta in data 22 marzo 2024, poste le diagnosi di "stato da caduta dalla scala con contusioni multiple; stato dopo lesione della cuffia dei rotatori e stato dopo intervento di ricostruzione cuffia dei rotatori spalla destra eseguita dal dr. _____ il 27.4.23", ha ritenuto che: "Aspetti medico-assicurativi per quanto riguarda la spalla destra la situazione è stabilizzata e valutabile. Il buon recupero funzionale permette all'assicurato di riprendere un lavoro completo nell'attività ultima eseguita, così come un lavoro adeguato nel mercato generale del lavoro. Alla ricezione dell'esame neurologico ci esprimeremo anche su quest'ultima parte. Per quanto riguarda la spalla destra non vi è diritto ad IMI secondo le normali tabelle valutative CO 1." (Doc. 154) Per la cervicalgia, l'assicurato è stato dapprima visitato in data 7 marzo 2024 dal dr. _____, spec. FMH in neurochirurgia. Quest'ultimo, con referto dell'8 marzo 2024, poste le diagnosi di "cervicalgie post-traumatiche; s. vertiginosa post-traumatica; "scosse" nucali al rachide cervicale post-traumatiche", tenuto conto degli esiti della TAC del rachide in toto effettuata in data 17 novembre 2021 (che ha escluso eventi post-traumatici) e della RM colonna cervicale del 2 febbraio 2024 (al quale ha messo in luce alterazioni degenerative sul piano discale e articolare senza compressioni radicolari

o eventi post-traumatici, cfr. doc. 136), ha proposto, “a complemento, per escludere completamente un interessamento spinale”, di sottoporre l’interessato ad una valutazione neurologica da parte della CO 1, dato che “i disturbi riferiti non trovano finora conferma negli esami effettuati, che escludono lesioni post-traumatiche a tutto il rachide” (doc. 133). L’assicurato, come auspicato dal dott. _____, è stato quindi visitato dal dr. _____, spec. FMH in neurologia, il quale, con referto del 16 luglio 2024, non ha riscontrato alcun deficit sospetto per una lesione del sistema nervoso centrale o periferico, concludendo che “per quel che riguarda gli aspetti neurologici non vi sono conseguenze significative del trauma del 17 novembre 2021 e non vi sono ulteriori proposte” (doc. 181). Con apprezzamento medico del 31 ottobre 2024 il dr. _____ ha quindi posto la seguente valutazione conclusiva: " Valutazione II Servizio medico viene interessato nuovamente al caso in questione chiedendo che si esprima sulle proprie conclusioni precedenti in merito alla spalla sinistra, in particolare, riguardo al rapporto del 20.09.2024 del dott. med. _____ che riferisce di traumi contusivi multipli. Si chiede inoltre, di prendere posizione riguardo all'affezione al rachide cervicale e di confermare la posizione sulla spalla dx. Per quanto riguarda il problema alla spalla sinistra il Servizio medico si era espresso nell’apprezzamento del 25.03.2024. In tale documento si sono presi in esame tutti gli elementi che sono ora riportati alla nostra attenzione. In merito ai riferiti traumi contusivi multipli ed alla generica notazione del rapporto di Pronto Soccorso (17.11.2021) di dolore alla spalla sinistra si sottolinea che una generica dolenzia alla spalla sinistra accompagnata da una motilità valida (cfr rapporto PS) mal si concilia con una lesione acuta di cuffia dei rotatori la quale avrebbe determinato anche la presenza di una sintomatologia dolorosa più marcata ed un deficit di mobilità articolare. Quest'ultimo elemento, in medicina assicurativa, è ritenuto indispensabile per porre un nesso di causa prevalentemente probabile. Rilevo poi che per un lungo periodo successivo l’evento traumatico, non si fa alcun cenno ad una sintomatologia dolorosa alla spalla sinistra nei documenti medici. Nel rapporto del dott. med. _____ del 22.08.2022 si esaminano entrambe le spalle e lo specialista esprime chiaramente la presenza di una sintomatologia dolorosa alla spalla destra con un deficit di artolarità ma non alla spalla sinistra. Appare quindi del tutto improbabile che l'assicurato avesse una sintomatologia nota alla spalla sinistra visto che è stata esaminata per confronto con il lato destro e non è stato riportato nulla in tal senso. All'ecografia del 11.10.2022 il dott. med. _____ descrive a destra una lesione del sottoscapolare, mentre a sinistra una semplice tendinopatia del sovraspinato (cioè una alterazione di segnale alla ecografia senza rottura). Richiede un'artro-RM di conferma della spalla destra mentre non reputa necessario alcun provvedimento terapeutico per la sinistra. Riporta anche il fatto di aver interrogato il paziente che gli dice di essersi afferrato e sostenuto con la spalla destra ma nulla viene detto riguardo la spalla sinistra. Risulterebbe quindi che anche sotto sollecitazione il paziente ha riferito di sintomatologia e coinvolgimento unicamente alla spalla destra. In un successivo rapporto del dott. med. _____ del 03.03.2023 egli riporta un dato anamnestico di distorsione della spalla destra e pone indicazione a trattamento chirurgico. Non cita per nulla la spalla sinistra né nel raccordo anamnestico né nella sintomatologia soggettiva. In seguito, il dott. med. _____ ha seguito l'assicurato, lo ha sottoposto ad intervento chirurgico alla spalla destra e ne ha controllato il decorso in numerose occasioni senza menzionare problemi alla spalla sinistra. Considerando che l'esame obbiettivo della spalla viene eseguito di norma in confronto con l'arto controlaterale sembra piuttosto improbabile che vi fosse un qualche richiamo clinico alla spalla sinistra. Come ricordato dall'avv. RA 1 solo il 22.09.2023, circa

un anno e dieci mesi dopo l'evento, il dott. med. _____ riferisce di una sintomatologia dolorosa alla spalla sinistra. Nell'ultimo rapporto del 20.09.2024 egli non ci indica nulla di nuovo rispetto a quanto già noto. Non ritrovo però una spiegazione sul lungo tempo di latenza dove non sono certificati in alcun modo sintomi a ponte ed anzi, vi sono esami obbiettivi che escludono sintomi o lesioni traumatiche alla spalla sinistra. Pertanto, dalla rivalutazione del rapporto del dott. med. _____, a mio parere non vi sono elementi atti a modificare la presa di posizione espressa nell'apprezzamento del Servizio medico. Dobbiamo pertanto ritenere che la sintomatologia sia insorta successivamente gradualmente come naturale evoluzione di un quadro degenerativo e non sia da ritenersi in nesso prevalentemente probabile con l'evento. Per quanto riguarda la sintomatologia a carico del rachide cervicale abbiamo a disposizione una RM del rachide cervicale ed una valutazione del neurochirurgo dott. med. _____ entrambi citati nella visita medico _____ di chiusura. La risonanza magnetica non evidenzia alcun elemento di genesi traumatica riferibile all'evento in esame ed indica la presenza di minime alterazioni degenerative. Nel suo successivo rapporto dell'08.03.2024 il dott. med. _____ descrive un esame clinico neurologico che esclude deficit sensomotori ai quattro arti, riflessi osteotendinei normoevocabili e simmetrici e sostanzialmente un quadro clinico privo di particolarità importanti. Riguardo agli esami radiologici cita una TAC del rachide in toto del 17.11.2021 che «ha escluso eventi post-traumatici» ed una risonanza della colonna cervicale del 02.02.2024 che «documenta alterazioni degenerative sul piano discale e articolare senza compressioni radicolari o eventi post-traumatici». Nella valutazione e procedere si esprime chiaramente per assenza di lesioni post-traumatiche a tutto il rachide. Chiede una valutazione neurologica che poi è stata eseguita ed il cui esito è presente agli atti da parte del dott. med. _____ il quale conclude «Per quel che riguarda gli aspetti neurologici non vi sono conseguenze significative del trauma del 17.11.2021 e non vi sono ulteriori proposte». Risulta quindi evidente che non vi sono lesioni strutturali riferibili all'evento. Viceversa appaiono elementi morbosi degenerativi ai quali riferire i sintomi residui. Per quanto riguarda il giudizio espresso sulla spalla destra rimando alla visita medica del 3/2024. In tale occasione non sono riportati sintomi di nota. Dalla sezione dichiarazioni dell'assicurato risulta un buon risultato del trattamento: "Alla spalla destra va bene dopo l'intervento. Ha ripreso a fare tutto, ogni tanto ha qualche blando dolore al collo, Si ritiene molto soddisfatto dell'intervento eseguito dal Dott. _____ e del risultato funzionale per quanto riguarda la spalla destra. Attualmente è disturbato piuttosto dalla spalla sinistra". Il quadro soggettivo è confermato dall'esame obbiettivo con una ripresa pressoché completa dell'articolazione, assenza di dolore pressorio locale, buon trofismo muscolare, callosità palmari da attività (peraltro confermata dall'assicurato), buona forza al jamar e pinch, tests di cuffia sostanzialmente nella norma a dx. Si è pertanto ritenuto, in considerazione del buon esito confermato soggettivamente dall'assicurato, che l'attività fosse esigibile (si rimanda alla sezione aspetti medico assicurativi). Nel suo ultimo rapporto (12.08.2024) il medico curante dott. _____ ritiene che l'assicurato non sia abile al lavoro. Cita un insieme di problemi tra cui i "postumi dell'intervento alla spalla dx" senza però specificare una obbiettività clinica o quali siano le limitazioni ad essa riferibili. Inoltre non fa distinzione tra il problema alla spalla destra legato all'evento e le altre patologie di cui sopra considerate non in nesso, nonché una malattia professionale non oggetto della presente valutazione medica. Pertanto non trovo in tale rapporto elementi concreti e specifici per modificare le risultanze della visita medico _____." (Doc. A2) In corso di causa, a sostegno delle proprie pretese, l'assicurato ha prodotto i seguenti referti: - referto

del 17 gennaio 2025 del dr. _____ e della dr.ssa _____, indirizzato al legale dell'insorgente, del seguente tenore: " rispondo alla sua lettera del 09.12.2024 circa il paziente summenzionato. Riassumo brevemente che in data 17.11.2021 si è presentato presso il Pronto Soccorso in seguito a una caduta a terra da un'altezza di circa 3 metri riportando un politrauma. Per quanto riguarda la spalla destra è stato da me operato il 27.04.2023 di riparazione della cuffia dei rotatori con buon decorso e buon recupero funzionale. Il paziente lamentava il persistere dall'evento del trauma una sintomatologia dolorosa alla spalla sinistra progressivamente peggiorato tanto che le terapie farmacologiche che inizialmente tenevano il dolore sotto controllo in quanto il paziente ha dovuto operare la spalla controlaterale sono divenute inefficaci. Durante la visita del 09.09.2024 eseguita dal mio collega dr. _____ ha potuto constatare la presenza di un'ipostenia del sovraspinoso e del sottoscapolare pertanto è stata richiesta un'artro Risonanza Magnetica della spalla sinistra, eseguita dal paziente il 12.09.2024, che ha messo in evidenza una lesione del sovraspinoso, una lesione dell'1/3 superiore del sottoscapolare in tendinosi e lussazione del capo lungo del bicipite, lesione SLAP tipo II. Non ho documentazione completa precedente di tutto l'iter diagnostico terapeutico che il paziente ha svolto dopo l'importante infortunio del novembre 2021; quello che ha potuto constatare il mio collega dr. _____ con le valutazioni cliniche e gli accertamenti richiesti e successivamente valutati è che per la spalla sinistra sarebbe possibile affermare che dal punto di vista medico la lesione riscontrata sia da attribuire secondo il criterio della probabilità preponderante all'infortunio del 17.11.2021. Una caduta da un'altezza di 3 metri ha provocato traumi contusivi multipli che sono stati chiaramente indagati secondo priorità." (Doc. V/1) - referto del 17 marzo 2025 del Pronto Soccorso di _____, dove l'assicurato si è recato lamentando da tre giorni una riesacerbazione dei dolori alla spalla sinistra, con allegata prescrizione dei farmaci da assumere (doc. IX/1). Tale documentazione è stata ritenuta dalla patrocinatrice dell'istituto assicuratore priva di elementi tali da poter rimettere in discussione la valutazione operata dal dr. _____ (doc. VII e doc. XI). In data 24 aprile 2025 l'insorgente ha trasmesso al TCA ulteriori certificati medici del proprio curante, dr. _____, medico chirurgo di _____, attestanti tutti, di mese in mese (da settembre 2024 ad aprile 2025, cfr. doc. XIII/1-XIII/8) – al pari di quanto già presente agli atti in relazione a mesi precedenti (cfr. doc. 124 relativo al mese di gennaio 2024; doc. 129 per il mese di febbraio 2024; doc. 138 relativo al mese di marzo 2024; doc. 147 per il mese di aprile 2024; doc. 151 per il mese di maggio 2024; doc. 160 per il mese di giugno 2024; doc. 163 per il mese di luglio 2024) - la continuazione dell'inabilità lavorativa, non essendo ancora clinicamente guarito, ma presentando ancora dei disturbi (cervicalgia cronica intermittente; malattia professionale per allergia a resine epossidiche; postumi di intervento spalla dx; tendinopatia spalla sinistra con rottura del sovraspinoso). 2.7. Per costante giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale mentre invece nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (cfr. RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STF U 259/02 dell'8 luglio 2003 consid. 2.1.1; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in BJM 1989, p. 30ss.). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10 p. 33 ss. e RAMI 1999 U 356 p. 572) , la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che

facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. In una sentenza 8C_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve, a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. Trattandosi invece di perizie affidate dagli assicuratori sociali, durante la procedura amministrativa, a medici esterni all'amministrazione o a servizi specializzati indipendenti, esse godono di piena forza probatoria, a condizione che non esistano indizi concreti che ne mettano in dubbio l'affidabilità (cfr. STF 8C_862/2014 del 2 aprile 2015 consid. 3.2 e riferimenti ivi citati). Per quel che concerne il valore probante di un rapporto medico, determinante è che esso sia completo sui temi sollevati, che sia fondato su esami approfonditi, che tenga conto delle censure sollevate dalla persona esaminata, che sia stato redatto in piena conoscenza dell'anamnesi, che sia chiaro nella presentazione del contesto medico e che le conclusioni dell'esperto siano motivate (cfr. SVR 2002 IV Nr. 21 p. 63; DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191ss.; DTF 122 V 160 ss., consid. 1c e riferimenti). L'elemento rilevante per decidere circa il valore probante, non è né l'origine del mezzo di prova né la sua designazione quale rapporto oppure quale perizia, ma semplicemente il suo contenuto (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti). È infine utile osservare che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va, tuttavia, precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (cfr. STF I 811/03 del 31 gennaio 2005, consid. 5 in fine; STF I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV Nr. 10 p. 35 consid. 4b). 2.8. Chiamato a pronunciarsi, attentamente vagliato l'insieme della documentazione a sua disposizione, questo Tribunale ritiene che il parere del dr. _____, specialista proprio nella materia che qui interessa, con alle spalle un'ampia esperienza nella medicina assicurativa e infortunistica, possa validamente servire da base al giudizio che è ora chiamato a rendere. In effetti, il dr. _____ ha ben spiegato, in maniera chiara e approfondita, le ragioni per le quali ha ritenuto, dopo accurato esame dell'intera documentazione medica e strumentale agli atti, che i disturbi ancora presenti dopo il 1° agosto 2024 non siano più da considerare, secondo verosimiglianza preponderante, in nesso causale con l'infortunio, ma siano invece dipendenti da patologie degenerative morbose preesistenti alla spalla sinistra e al rachide cervicale (cfr. doc. 110). Questo Tribunale non ignora che l'assicurato abbia posto l'accento sul fatto che i suoi disturbi alla spalla sinistra sarebbero insorti immediatamente dopo la caduta, così come fatto valere durante la visita eseguita il giorno stesso al PS, aggiungendo tuttavia che gli stessi siano rimasti in secondo piano vista la necessità di sottoporsi ad un intervento alla

spalla destra. Il nesso causale tra questi disturbi e l'infortunio sarebbe comunque - a suo modo di vedere - pacifico, come del resto precisato dalla dr.ssa _____ nel referto del 17 gennaio 2025, nel quale la stessa ha indicato che "sarebbe possibile affermare che dal punto di vista medico la lesione riscontrata sia da attribuire secondo il criterio della probabilità preponderante all'infortunio del 17.11.2021" (doc. V/1). Il TCA non ritiene che questa certificazione sia atta a generare dei dubbi, neppure lievi (cfr. supra, consid. 2.7.), a proposito della correttezza della valutazione enunciata dallo specialista interpellato dall'istituto assicuratore. Secondo questa Corte, difatti, come opportunamente rilevato anche dalla patrocinatrice dell'istituto assicuratore, nonostante la dr.ssa _____ abbia fatto testuale riferimento al criterio della probabilità preponderante, in realtà il concetto da lei espresso rientra nell'ambito della mera possibilità, avendo ella stessa precisato di non avere avuto a disposizione la "documentazione completa precedente di tutto l'iter diagnostico terapeutico che il paziente ha svolto dopo l'importante infortunio del novembre 2021". Tale mancanza risulta decisiva e, di conseguenza, le sue considerazioni, evidentemente fondate sul principio post hoc ergo propter hoc, risultano insufficienti, a sé stanti, per ammettere l'esistenza di un nesso di causalità naturale tra i disturbi e l'evento assicurato (cfr. al riguardo, DTF 119 V 341 consid. 2b/bb; STF 8C_321/2024 dell'11 ottobre 2024 consid. 5.3; 8C_586/2021 del 5 maggio 2022, pubblicata in: SVR 12/2022 UV n. 44; 8C_245/2017 dell'8 agosto 2017; 8C_230/2017 del 22 giugno 2017). Il dr. _____, al contrario, ha fondato il proprio apprezzamento sull'esame di tutti i referti e gli esami strumentali a disposizione, spiegando in maniera motivata, esaustiva e quindi pienamente probante le ragioni per le quali i disturbi alla spalla sinistra sono privi, secondo probabilità preponderante, del necessario nesso causale. Il dr. _____ ha infatti rilevato che una generica dolenzia alla spalla sinistra accompagnata da una mobilità valida, come indicato nel rapporto del PS, mal si concilia con una lesione acuta della cuffia dei rotatori, la quale avrebbe determinato anche la presenza di una sintomatologia dolorosa più marcata ed un deficit di mobilità articolare. Questo Tribunale ritiene condivisibili le considerazioni del dr. _____, il quale ha sottolineato come "quest'ultimo elemento, in medicina assicurativa, è ritenuto indispensabile per porre un nesso di causa prevalentemente probabile". A sostegno del proprio parere, il dr. _____ ha, pure, addotto il lungo tempo di latenza prima dell'apparizione dei sintomi alla spalla sinistra (circa un anno e dieci mesi dopo l'evento), senza alcun tipo di attestazione di sintomi a ponte. Al contrario, durante quell'intervallo di tempo, nonostante siano stati svolti accurati approfondimenti concernenti la spalla destra (poi operata) - i quali hanno inevitabilmente coinvolto pure, perlomeno in termini di paragone, la spalla sinistra - nulla di significativo era emerso riguardo alla spalla sinistra. In questo contesto, è utile segnalare che, secondo la giurisprudenza federale, una ricaduta viene assunta da un assicuratore infortuni, allorché la sintomatologia a ponte tra l'infortunio e i disturbi accusati è evidente. Disturbi occasionali non sono sufficienti, ad esempio quando gli stessi non sono così rilevanti da richiedere un trattamento (cfr. STF U 344/03 del 9 dicembre 2004 consid. 3.2.2; 3.3). La Corte federale ha ad esempio deciso in questo senso in una sentenza U 458/00 del 24 ottobre 2001, in cui l'assicuratore LAINF non è stato giudicato responsabile della ricaduta fatta valere nel 1995 da un assicurato che nel 1991, in occasione di un incidente della circolazione, aveva subito una contusione di un ginocchio, poiché, benché durante i quattro anni intercorsi tra il sinistro e la nuova problematica, egli avesse avuto dei disturbi, essi non potevano valere quali sintomi ponte per il riconoscimento di una relazione di causalità naturale. Infatti tali disturbi non avevano mai necessitato di cure, né condotto a un'inabilità lavorativa (cfr.

anche la STF U 296/03 del 24 maggio 2004 consid. 2.1.1; STCA 35.2019.88 del 27 aprile 2020 consid. 2.8). Nel caso di specie, come visto in precedenza, non può essere ammesso che vi sia stata una sintomatologia a ponte ai sensi della giurisprudenza appena citata, dato che, in base alla documentazione a disposizione, per un anno e dieci mesi la spalla sinistra non è stata oggetto di provvedimenti diagnostici e/o terapeutici, e questo nonostante l'intervento e i successivi ravvicinati controlli che hanno interessato la spalla destra. Tale circostanza avvalorata le considerazioni del dr. _____, il quale ha osservato che "considerando che l'esame obiettivo della spalla viene eseguito di norma in confronto con l'arto controlaterale sembra piuttosto improbabile che vi fosse un qualche richiamo clinico alla spalla sinistra". Nella documentazione medica a disposizione non si trova infatti cenno alcuno ad una sintomatologia dolorosa alla spalla sinistra (cfr. referto del 22 agosto 2022, nel quale il dr. _____, dopo avere esaminato entrambe le spalle, aveva rilevato chiaramente la presenza di una sintomatologia dolorosa alla spalla destra con un deficit di articolarietà, ma non alla spalla sinistra; anche dal referto dell'ecografia dell'11 ottobre 2022, il dr. _____ ha rilevato a destra una lesione del sottoscapolare (la quale ha poi portato ad un'artro-RM alla spalla destra), mentre a sinistra una semplice tendinopatia del sovraspinato (cioè una alterazione di segnale alla ecografia senza rottura; ancora, nel rapporto del 3 marzo 2023, il dr. _____, autore dell'intervento alla spalla destra, ha riportato quale dato anamnestico la distorsione della spalla destra, ponendo l'indicazione di un trattamento chirurgico, senza minimamente citare la spalla sinistra né tra i dati anamnestici, né nella descrizione della sintomatologia soggettiva; parimenti, la spalla sinistra non è mai stata menzionata neppure in occasione di tutti i numerosi controlli post-operatori svolti dal dr. _____). Ciò rende, pertanto, inverosimile l'esistenza di un legame causale naturale tra il sinistro assicurato e i disturbi alla spalla sinistra, così come motivatamente ritenuto dal dr. _____, il quale ha concluso "che la sintomatologia sia insorta successivamente gradualmente come naturale evoluzione di un quadro degenerativo e non sia da ritenersi in nesso prevalentemente probabile con l'evento". Sulla base di queste ben motivate considerazioni mediche il TCA ritiene accertato, con un sufficiente grado di verosimiglianza, che l'evento traumatico, così come spiegato dal dr. _____, non abbia causato nessuna lesione strutturale alla spalla sinistra, né abbia provocato un peggioramento direzionale (duraturo) del preesistente stato morboso asintomatico (in merito al carattere degenerativo di lesioni della cuffia dei rotatori anche in assicurati giovani (l'assicurato è del 1978 e al momento dell'infortunio aveva 43 anni), si rileva che da una perizia elaborata da un medico attivo a livello universitario nell'ambito della causa sfociata nella sentenza 35.2001.1 del 30 ottobre 2002, è risultato che, sebbene l'invecchiamento biologico non dipenda dall'età cronologica, viene comunque ammesso unanimemente che le perdite di sostanza della cuffia rotatoria aumentano con l'età per quel che riguarda la loro frequenza, il loro spessore e la loro entità. Sul piano microscopico, questo processo di degenerazione ha inizio già prima dei 30 anni. Tuttavia, le lesioni sono rare prima dei 35-40 anni ma il loro numero accresce nella quinta decade sino a osservare delle perdite di sostanza complete dopo i 50 anni. Tra i 50 e i 60 anni, anche presso soggetti asintomatici, è possibile dimostrare sino al 30% di casi di perdite di sostanza parziali o complete della cuffia dei rotatori). In conclusione, è quindi a ragione che l'istituto assicuratore ha posto termine al diritto a prestazioni con il 1° agosto 2024 in quanto, da un lato, per i disturbi alla spalla destra (i soli in relazione di causalità sicura o almeno probabile con l'infortunio) non è più giustificata un'inabilità lavorativa e, d'altro lato, i disturbi alla spalla sinistra e a livello cervicale non possono essere ritenuti una conseguenza dell'infortunio. La decisione su

opposizione impugnata è, dunque, corretta e va confermata. 2.9. L'art. 61 lett. a LPGA, in vigore fino al 31 dicembre 2020, prevedeva che la procedura deve essere semplice, rapida, di regola pubblica e gratuita per le parti; la tassa di giudizio e le spese di procedura possono tuttavia essere imposte alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. Il 1° gennaio 2021 è entrata in vigore una modifica della LPGA. L'art. 61 lett. a LPGA enuncia ora unicamente che la procedura deve essere semplice, rapida e, di regola pubblica. Dalla medesima data è in vigore l'art. 61 lett. f bis LPGA secondo cui in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. Nella presente fattispecie, trattandosi di una controversia concernente prestazioni LAINF, in relazione alle quali il legislatore non ha previsto di prelevare le spese, non si riscuotono spese giudiziarie (cfr. STCA 35.2024.38 del 12 agosto 2024 consid. 2.12.; 35.2023.76 del 21 febbraio 2024 consid. 2.9.; 35.2023.93 del 22 gennaio 2024 consid. 2.15.; 35.2023.36 del 14 agosto 2023 consid. 2.9.; 35.2022.50 del 19 settembre 2022 consid. 2.5.; 35.2022.95 del 10 maggio 2023 consid. 2.14.). Sul tema, cfr. anche STF 9C_369/2022 del 19 settembre 2022; STF 9C_368/2021 del 2 giugno 2022; SVR 2022 KV Nr. 18 (STF 9C_13/2022 del 16 febbraio 2022); STF 9C_394/2021 del 3 gennaio 2022; STF 8C_265/2021 del 21 luglio 2021 (al riguardo cfr. A. Bernasconi, *Actualités du TF, 8C_265/2021 du 21 juillet 2021 - frais judiciaires pour les tribunaux cantonaux des assurances selon la révision de la LPGA du 21 juin 2019*, in *SZS/RSAS 2/2022* p. 107); Messaggio n. 8480 del Consiglio di Stato del 21 agosto 2024 «Rapporto sull'iniziativa parlamentare presentata il 4 maggio 2021 nella forma elaborata da Lara Filippini e Sabrina Aldi per la modifica dell'art. 29 della Legge di procedura per le cause davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni (Lptca) del 23 giugno 2008 (Implementazione della revisione LPGA alle spese giudiziarie dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni) e controprogetto». Per questi motivi dichiara e pronuncia 1. Il ricorso, nella misura in cui è ricevibile, è respinto. 2. Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato. 3. Comunicazione agli interessati i quali possono impugnare il presente giudizio con ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro 30 giorni dalla comunicazione. L'atto di ricorso, in 3 esemplari, deve indicare quale decisione è chiesta invece di quella impugnata, contenere una breve motivazione, e recare la firma del ricorrente o del suo rappresentante. Al ricorso dovrà essere allegata la decisione impugnata e la busta in cui il ricorrente l'ha ricevuta. Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni Il presidente
Cattaneo

La segretaria Daniele
Stefania Cagni