

## **TI\_GERICHTE 35.2017.74 vom 14. Dezember 2017**

TI Tribunale d'appello, 2017-12-14, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_35.2017.74](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2017.74)

FR: TI\_GERICHTE 35.2017.74 du 14 décembre 2017

IT: TI\_GERICHTE 35.2017.74 del 14 dicembre 2017

### **Regeste**

Esercente e gerente ristorante, disoccupata. Incidente (infortunio di grado medio in senso stretto). Morbo di Sudeck (CRPS), arto superiore destro. Rendita e IMI. Disturbi psichici: no causalità adeguata. Condizioni di salute stabilizzate il 1° marzo 2015. STF in materia di sorveglianza

### **Erwägungen**

#### **E. 24**

dicembre 2002). Per quanto riguarda il criterio 2 (" la gravità o particolare caratteristica delle lesioni lamentate, segnatamente la loro idoneità, secondo l'esperienza, a determinare disturbi psichici "), nell'infortunio del 25 aprile 2013 l'assicurata ha riportato delle contusioni multiple al ginocchio destro, alla gamba destra, alle mani bilateralmente e al gomito destro (doc. 1, 11, 13, 24, 51, 115 e 186). Nel prosieguo ha sviluppato una sindrome algodistrofica, morbo di Sudeck, all'arto superiore destro (doc. 101, 102, 116 e 222). A proposito di questo criterio, la giurisprudenza ha precisato che il fatto che le conseguenze infortunistiche abbiano costretto l'assicurato a cambiare professione, non basta per ritenerlo soddisfatto. Il criterio in questione implica l'esistenza di lesioni fisiche gravi o, trattandosi della loro particolare natura, di lesioni interessanti organi ai quali l'uomo attribuisce una particolare importanza soggettiva come ad esempio la perdita di un occhio oppure la mutilazione della mano dominante (cfr. STF 8C\_566/2013 del 18 agosto 2014, consid. 6.2.2). Tenuto conto di quanto precede, secondo questo Tribunale, non si può parlare di lesioni gravi o particolarmente caratteristiche (in questo senso, si vedano la STF 8C\_795/2012 del 28 novembre 2012 consid. 5.3.2., riguardante un'assicurata vittima di un trauma cranio-cerebrale con emorragia subaracnoidea frontale a sinistra, che aveva reliquato cefalee come pure disturbi dell'olfatto e del gusto, in cui il TF ha negato che il criterio in discussione fosse adempiuto, anche soltanto in forma semplice, e la STF 8C\_52/2008 del 5 settembre 2008 consid. 8.2, concernente un assicurato che, caduto dopo essere stato urtato da un'autovettura, aveva accusato una commotio cerebri, una contusione toracica a destra con una serie di fratture costali, nonché alcune ferite lacero-contuse alla parte sinistra del volto). Per quanto riguarda il criterio 3 (" la durata eccezionalmente lunga della cura medica "), questo Tribunale ritiene che non si possa parimenti pretendere che la cura medica dipendente dall'evento infortunistico sia stata eccezionalmente lunga. Dagli atti di causa emerge infatti che le cure prestate a RI 1 - oltre ad un soggiorno riabilitativo alla \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ dall'8 gennaio al 25 febbraio 2014 (doc. 98 e 101-105) - sono essenzialmente consistite nell'esecuzione di fisioterapia ed ergoterapia, in una terapia medicamentosa (soprattutto antalgica e antinfiammatoria oltre a antidepressivi/ ansiolitici), in provvedimenti diagnostici e visite di controllo da parte del medico curante e di vari specialisti come pure in sedute di psicoterapia. Ora, conformemente alla giurisprudenza,

provvedimenti diagnostici e semplici visite di controllo (cfr. STF 8C\_327/2008 del 16 febbraio 2009 consid. 4.2), come pure la somministrazione di farmaci antidolorifici (cfr. STF 8C\_507/2010 del 18 ottobre 2010 consid. 5.3.4), non fanno parte della cura medica ai sensi del criterio in discussione. Inoltre, provvedimenti quali la fisioterapia, la chiropratica, l'agopuntura, la terapia cranio-sacrale, l'osteopatia, nonché le sedute di neuropsicologia/psicoterapia, non possono essere definiti come particolarmente gravosi (cfr. STF 8C\_726/2010 del 19 novembre 2010 consid. 4.1.3 e 8C\_655/2010 del 15 novembre 2010 consid. 4.2.4 e riferimenti). Il TF ha del resto deciso in questo senso in una sentenza 8C\_401/2009 del 10 settembre 2009 consid. 3.4.3, riguardante un assicurato, vittima di un trauma distorsivo cervicale, che aveva beneficiato, oltre a una terapia antidolorifica medicamentosa, di una riabilitazione stazionaria e di fisioterapia ambulatoriale, nonché, in seguito, anche di cure psichiatriche/psicoterapiche, e in una sentenza 8C\_387/2011 del 20 settembre 2011 consid. 3.3.3, concernente un assicurato, vittima di un incidente stradale con commotio cerebri e contusione del rachide lombare, il cui trattamento era consistito essenzialmente in controlli presso il medico curante e in sedute di fisioterapia. L'Alta Corte ha ritenuto che nemmeno la degenza in clinica nel periodo 20 novembre 2007-17 gennaio 2008, la seguente ergoterapia ambulatoriale e l'ulteriore ospedalizzazione dal 20 luglio al 21 agosto 2008, potevano giustificare la realizzazione di questo criterio, precisato che per la realizzazione del criterio della specifica cura medica protratta e gravosa, la prassi pone delle esigenze decisamente più elevate. Il TCA, da parte sua, ne ha invece ammesso la realizzazione in una sentenza 35.2014.2 del 17 settembre 2014 consid. 2.12, riguardante un assicurato, vittima di un incidente della circolazione, le cui conseguenze avevano necessitato di ben dieci operazioni chirurgiche, l'ultima delle quali eseguita a distanza di sei anni e mezzo circa dall'evento traumatico. Per quanto riguarda il criterio 5 (" la cura medica errata che aggrava notevolmente gli esiti dell'infortunio ", dalle carte processuali non risulta neppure che l'insorgente sia rimasta vittima di una cura medica errata e notevolmente aggravante degli esiti dell'evento traumatico. Del resto, secondo la giurisprudenza, questo criterio non può già essere considerato realizzato quando un determinato provvedimento medico non si rivela finalmente efficace (cfr. SVR 2009 UV 41 p. 142 consid. 5.6.1). Anche il criterio 6 (" il decorso sfavorevole della cura e le complicazioni rilevanti intervenute "), non è realizzato. In merito è utile sottolineare che dalla cura medica e dai notevoli disturbi non si può dedurre un decorso sfavorevole e/o delle complicazioni rilevanti. Sono inoltre necessarie delle circostanze particolari che hanno pregiudicato la guarigione. L'assunzione di molti medicinali e l'esecuzione di diverse terapie non basta per ammettere questo criterio. Lo stesso vale per il fatto che, nonostante regolari terapie, l'assicurato lamenta ancora disturbi e non ha raggiunto una (completa) capacità lavorativa (cfr. STF 8C\_213/2011 del 7 giugno 2011 consid. 8.2.5 e 8C\_80/2009 del 5 giugno 2009 consid. 6.5 e riferimenti). In questo senso, il Tribunale federale ha negato la realizzazione di questo criterio anche nel caso di un decorso indiscutibilmente protratto (cfr. STF 8C\_402/2011 del 10 febbraio 2012 consid. 5.4). Nella concreta evenienza, non sono invero ravvisabili quelle particolari circostanze la cui presenza, secondo la giurisprudenza federale, sarebbe necessaria per ammettere un decorso sfavorevole e/o l'insorgere di rilevanti complicazioni. In queste condizioni, può rimanere indeciso se sono adempiuti il criterio (4) dei " dolori somatici persistenti " e quello (7) del " grado e durata dell'incapacità lavorativa dovuta alle lesioni fisiche ", poiché anche se ciò dovesse essere il caso, in presenza di un infortunio di media gravità in senso stretto, la realizzazione di due criteri non potrebbe comunque giustificare l'adeguatezza del nesso

di causalità (cfr. RDAT 2003 II n. 67 p. 276, U 164/02 consid. 4.7; RSAS 2001 p. 431, U 187/95). In esito a quanto precede, si deve concludere che i disturbi psichici di cui soffre la ricorrente, non costituiscono una conseguenza adeguata dell'evento infortunistico occorso il 25 aprile 2013. Se ne deduce quindi che l'assicuratore resistente era legittimato a negare al riguardo la propria responsabilità.

2.3. Condizioni di salute infortunistiche stabilizzate al 1° marzo 2015? 2.3.1. Giusta l'art. 10 LAINF, l'assicurato ha diritto alla cura appropriata dei postumi d'infortunio (cfr. DTF 109 V 43 consid. 2a; art. 54 LAINF) e, in applicazione dell'art. 16 LAINF, l'assicurato totalmente o parzialmente incapace di lavorare (art. 6 LPGA) a seguito d'infortunio, ha diritto all'indennità giornaliera. Il diritto all'indennità giornaliera nasce il terzo giorno successivo a quello dell'infortunio. Esso si estingue con il ripristino della piena capacità lavorativa, con l'assegnazione di una rendita o con la morte dell'assicurato. Parimenti, il diritto alle cure cessa qualora dalla loro continuazione non sia da attendersi un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato: nemmeno persistenti dolori bastano a conferire il diritto alla continuazione del trattamento se da questo non si può sperare un miglioramento sensibile dello stato di salute (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), Losanna 1992, p. 41ss.). Se, al momento dell'estinzione del diritto alle cure mediche, sussiste un'incapacità lucrativa, viene corrisposta una rendita d'invalidità o un'indennità unica in capitale: l'erogazione di indennità giornaliera cessa con il diritto alle prestazioni sanitarie. D'altro canto, nella misura in cui l'assicurato è portatore di una menomazione importante e durevole all'integrità fisica o mentale, egli ha diritto ad un'indennità per menomazione all'integrità giusta gli artt. 24s. LAINF.

2.3.2. Nel caso di specie, dovendo fare astrazione dai disturbi (psichici) di cui soffre l'insorgente per i motivi già detti (cfr. consid. 2.2.4), il TCA, attentamente vagliato l'insieme della documentazione medica agli atti (in particolare, i rapporti del dr. med. \_\_\_\_\_ del 27 marzo, del 22 maggio e del 27 giugno 2014 come pure l'esame clinico del 7 agosto 2014 del dr. med. \_\_\_\_\_, medico FML: cfr. doc. 120, 127, 133 e 148 pag. 4-6), non ha motivo di scostarsi da quanto deciso dall'CO 1, confermando la chiusura della pratica per quanto concerne i postumi dell'infortunio del 25 aprile 2013 a far tempo dal 1° marzo 2015.

2.4. Diritto ad una rendita di invalidità? 2.4.1. Giusta l'art. 18 cpv. 1 LAINF, l'assicurato invalido (art. 8 LPGA) almeno al 10 per cento a seguito d'infortunio ha diritto alla rendita di invalidità. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. Il TFA, in una sentenza U 192/03 del 22 giugno 2004, pubblicata in RAMI 2004 U 529, p. 572ss., ha rilevato che l'art. 18 LAINF rinvia direttamente all'art. 8 LPGA; l'art. 8 cpv. 1 LPGA, a sua volta, corrisponde al previgente art. 18 cpv. 2 prima frase LAINF, motivo per il quale occorre concludere che non vi sono stati cambiamenti di rilievo in seguito all'introduzione della LPGA. Da parte sua, l'art. 16 LPGA prevede, che per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato invalido potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido. L'Alta Corte, nella sentenza U 192/03 del 22 giugno 2004, citata in precedenza, ha rilevato che anche l'art. 16 LPGA non ha modificato la valutazione del grado di invalidità dell'assicurato previsto dai previgenti art. 28 cpv. 2 LAI e art. 18 cpv. 2 seconda frase LAINF. Nella stessa pronuncia la nostra Massima Istanza ha quindi concluso che in ambito LAINF la giurisprudenza relativa ai concetti di inabilità lavorativa, inabilità al guadagno e invalidità continua a mantenere la sua validità anche in seguito all'introduzione della LPGA.

Su questi aspetti si veda pure la DTF 130 V 343. Due sono, dunque, di norma gli elementi costitutivi dell'invalidità: 1. il danno alla salute fisica o psichica (fattore medico) 2. la diminuzione della capacità di guadagno (fattore economico). Tra il danno alla salute e l'incapacità di guadagno deve inoltre intercorrere un nesso causale adeguato (fattore causale). Nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni deve esserci inoltre un nesso causale, naturale ed adeguato, tra il danno alla salute e l'infortunio. 2.4.2. L'invalidità, concetto essenzialmente economico, si misura in base alla riduzione della capacità di guadagno e non secondo il grado di menomazione dello stato di salute. D'altro canto, poiché l'incapacità di guadagno importa unicamente nella misura in cui dipende da un danno alla salute, la determinazione dell'invalidità presuppone preliminarmente adeguati accertamenti medici che rilevino il danno in questione. Spetta al medico fornire una precisa descrizione dello stato di salute dell'assicurato e di tracciare un esatto quadro degli impedimenti che egli incontra nell'esplicare determinate funzioni. Il medico indicherà per prima cosa se l'assicurato può ancora svolgere la sua professione, precisando quali sono le controindicazioni in quell'attività e in altre analoghe. Egli valuterà finalmente il grado dell'incapacità lavorativa che gli impedimenti provocano sia nella professione attuale sia nelle altre relativamente confacenti (cfr., su questi aspetti, la STFA I 871/02 del 20 aprile 2004 e la STFA I 162/01 del 18 marzo 2002). L'invalidità, proprio perché concetto essenzialmente economico, si misura raffrontando il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora o potrebbe realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili, in un mercato del lavoro equilibrato, dopo l'adozione di eventuali provvedimenti integrativi (cfr. art. 16 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 TFA 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 (STFA 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 controbilancino (cfr. RAMI 1994 U 187, p. 90 consid. 2b; DTF 115 V 133; STFA 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. STFA 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 . 2.4.3. Nella concreta evenienza, l'assicuratore LAINF convenuto ha negato all'assicurata una rendita d'invalidità, facendo capo, per quanto riguarda l'esigibilità lavorativa, alla valutazione del 21 maggio 2015 (doc. 206) del dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in chirurgia generale e della mano (che ha ritenuto l'assicurata abile al 100% nella sua attività abituale di gerente dal 1° gennaio 2015, dopo aver visionato il rapporto di sorveglianza del 3 ottobre 2014, corredato dalla documentazione fotografica e dal filmato, dell'assicuratore RC di cui al doc. 198 e doc. XIV-1), confermata dal dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore nell'apprezzamento medico del 2 febbraio 2016 (doc. 220) e dal dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore, del \_\_\_\_\_ della CO 1 nell'apprezzamento ortopedico del 2 giugno 2017 (doc. 231). Tenuto conto delle indicazioni fornite dal proprio medico fiduciario nell'apprezzamento medico del 21 maggio 2015 (doc. 206) e confermate da altri due propri specialisti di fiducia negli apprezzamenti medici del 2 febbraio 2016 (doc. 220) e del 2 giugno 2017 (doc. 231), l'CO 1 con decisione su opposizione del 2 giugno 2017 ha ribadito il rifiuto di accordare all'assicurata una rendita di invalidità, visto che RI 1 (abile al lavoro nell'attività abituale in misura totale e completa a partire dal 1° marzo 2015) non subiva alcun discapito economico in seguito ai postumi infortunistici (doc. 232). 2.4.4. Prima di esprimersi in merito il valore probante delle valutazioni mediche del 21 maggio 2015 del dr. med. \_\_\_\_\_, del 2 febbraio 2016 del dr. med. \_\_\_\_\_ e del 2 giugno 2017 del dr. med. \_\_\_\_\_, il TCA è tenuto innanzitutto ad esaminare se il materiale raccolto durante il pedinamento di RI 1 poteva essere utilizzato dall'assicuratore convenuto. 2.4.5. A proposito di assicurati che sono stati oggetto di sorveglianza, va ricordata, la giurisprudenza sviluppata dal TF dopo la sentenza 61838/10 del 18 ottobre 2016 nella causa Vukota Bojic contro Svizzera (pubblicata in SVR 2017 UV nr. 9) - divenuta definitiva il 18 gennaio 2017 -, nella quale la terza sezione della Corte europea dei diritti dell'uomo,

chiamata a pronunciarsi in una fattispecie in cui il TF aveva confermato la riduzione della rendita LAINF nel caso di un'assicurata vittima di un'incidente stradale sulla base delle prove raccolte da un investigatore privato che l'aveva sorvegliata dopo che si era rifiutata di sottoporsi ad un'ulteriore visita medica richiesta dall'assicuratore infortuni (STF 8C\_629/2009 del 29 marzo 2010), ha tuttavia dichiarato (per 6 voti contro 1) che vi è stata una violazione dell'art. 8 CEDU (diritto al rispetto della vita privata e familiare) e (all'unanimità) che non vi è stata alcuna violazione dell'art. 6 CEDU (diritto ad un processo equo). La Corte europea - ritenuto che l'assicuratore contro gli infortuni agiva in qualità di autorità pubblica e quindi il suo operato era imputabile allo Stato - ha osservato che: 1) l'assicuratore, pur attuando la sorveglianza su suolo pubblico, aveva leso il diritto al rispetto della vita privata rilevando sistematicamente dati a fini concreti; 2) gli atti contestati non erano contemplati dalla legge poiché le basi legali adottate non risultavano sufficientemente precise: non se ne evincevano in particolare né i presupposti o la durata della sorveglianza né le modalità di conservazione o di utilizzo dei dati ottenuti in quel modo. La Corte europea non ha ritenuto tuttavia che l'utilizzo delle prove ricavate dalla sorveglianza avesse pregiudicato l'equità procedurale nel suo complesso, dato che la ricorrente aveva avuto l'occasione di contestare le prove controverse e i Tribunali ne avevano motivato l'utilizzo. Nella STF 9C\_806/2016 del 14 luglio 2017, di cui è prevista la pubblicazione, confrontata con un caso AI in cui l'assicurato era stato sottoposto a foto- e videosorveglianza in un caso di sospetto di abuso assicurativo, la nostra Massima istanza - dopo avere riportato i contenuti della pronuncia della Corte europea e della propria giurisprudenza in materia di sorveglianza (DTF 135 I 169 e DTF 137 I 327) - ha concluso che anche in ambito LAI - come in ambito LAINF - manca una base legale sufficiente che regolamenti in modo chiaro e dettagliato la videosorveglianza ad insaputa del videosorvegliato, di modo che in quel caso l'osservazione del ricorrente del novembre 2010 era di per sé stessa contraria al diritto, e più precisamente ledeva l'art. 8 CEDU e l'art. 13 Cost. fed. Per questi motivi l'Alta Corte ha puntualizzato che non può più essere fatto riferimento alla DTF 137 I 327 (cfr. consid. 4 in fine ). Il Tribunale federale ha poi evidenziato che un'altra questione era quella di sapere se il materiale raccolto nell'ambito di una osservazione illecita poteva avere valore probatorio nella procedura in corso. Ora, a tale quesito, come chiarito anche dalla decisione 61838/10 del 18 ottobre 2016 della CEDU, andava risposto esclusivamente applicando il diritto svizzero, controllando la CEDU solo se la procedura è stata equa ai sensi dell'art. 6 cpv. 1 CEDU (cfr. consid. 5). L'Alta Corte ha quindi valutato a quali condizioni il materiale raccolto nel corso delle osservazioni già svolto potesse essere ancora utilizzato quale mezzo di prova. Il Tribunale federale ha ritenuto che in ambito di assicurazioni sociali - analogamente a quanto avviene in ambito procedurale civile e procedurale penale - l'utilizzo del materiale raccolto è lecito se, nell'ambito della ponderazione degli interessi in gioco, quello pubblico a che siano evitati abusi ai danni dell'assicurazione prevale su quello dell'osservato alla propria sfera privata. Tale è il caso quando l'assicurato ha subito una lieve ingerenza nei propri diritti fondamentali a causa della sorveglianza illecita, ovvero se è stato osservato esclusivamente nello spazio pubblico e non è stato influenzato, se l'osservazione è stata avviata sulla base di sospetti fondati e se l'assicurato non è stato sottoposto a una videosorveglianza sistematica o costante (cfr. consid. 5.1.1 e 5.1.2). Nel caso che era chiamata a decidere, l'Alta Corte ha rilevato che si trattava di comportamenti (non influenzati) del ricorrente che erano stati rilevati in un luogo pubblico e che l'osservazione - avviata a causa di un fondato sospetto circa l'incapacità lavorativa dell'assicurato - era limitata a 4 giorni su un arco temporale di 14 giorni, con singole fasi di

osservazioni che duravano tra le 5 e le 9 ore. Il ricorrente non era stato quindi sottoposto ad una osservazione né sistematica né costante. Sotto questo aspetto aveva subito un'ingerenza relativamente lieve nei suoi diritti fondamentali. Contrapposti questi aspetti al primario e preponderante interesse pubblico a che siano evitati abusi ai danni dell'assicurazione (cfr. in merito 8C\_239/2008 del 17 dicembre 2009, consid. 6.4.1 cpv. 2 e i rinvii ivi citati), il Tribunale federale ha ritenuto che il materiale d'osservazione (incluse le foto e le riprese video) poteva essere utilizzato nella valutazione delle prove (consid. 5.1.2). L'assicurato aveva pure avuto la possibilità di contestare la veridicità del materiale raccolto illecitamente e del suo utilizzo nella procedura contenziosa (cfr. consid. 5.2.1). Questa giurisprudenza è stata recentemente confermata dal TF, segnatamente in: 8C\_45/2017 del 26 luglio 2017, consid. 4; STF 8C\_735/2016 del 27 luglio 2017, consid. 5; STF 8C\_69/2017 del 18 agosto 2017, consid. 4 e 5; STF 8C\_385/2016 del 21 agosto 2017, consid. 3; STF 8C\_802/2016 del 21 agosto 2017, consid. 5 (in questo caso, riguardante la LAINF, l'assicurato era stato osservato per 13 giorni, da 4 a 10 ore pro die, dal 24 ottobre 2013 al 15 aprile 2014); STF 8C\_192/2017 del 25 agosto 2017, consid. 5; STF 8C\_261/2017 dell'11 settembre 2017, consid. 5; STF 9C\_468/2017 dell'11 settembre 2017, consid. 4; STF 8C\_304/2016 del 15 settembre 2017, consid. 4 e 5; STF 9C\_304/2016 del 15 settembre 2017, consid. 3 (in questo caso, il TF ha accertato che i risultati dell'osservazione erano utilizzabili quali materiale probatorio, al pari delle conseguenti altre prove fondate su di esso: cfr. consid. 3.3.1); STF 8C\_349/2017 del 6 ottobre 2017, consid. 4. 1 e 4.2 (in questo caso, il TF ha accertato che i risultati dell'osservazione erano utilizzabili quali materiale probatorio, al pari delle conseguenti altre prove fondate su di esso: cfr. consid. 5.4); STF 8C\_352/2017 del 9 ottobre 2017, consid. 4 e 5 (in questo caso, il TF ha puntualizzato che la soluzione trovata in ambito assicurativo della ponderazione degli interessi corrisponde sostanzialmente al concetto che segue il Legislatore per l'ambito dei diritti civili giusta l'art.

## **E. 28**

cpv. 2 CC: cfr. consid. 5.3.4); STF 8C\_305/2017 del 20 ottobre 2017, consid. 4 e 5; STF 9C\_328/2017 del 9 novembre 2017, consid. 4.1 e 4.2; STF 9C\_261/2017 del 14 novembre 2017, consid. 3.1 e 3.2; 9C\_262/2017 del 15 novembre 2017, consid. 3.1 e 3.2.; STF 8C\_235/2017 del 23 novembre 2017, consid. 4.1, 4.2, 4.3, 4.4 e 4.5; 8C\_386/2017 del 23 novembre 2017, consid. 5.1, 5.2, 5.3, e 5.5. Nella STF 8C\_570/2016 dell'8 novembre 2017, confrontata con un caso LAINF in cui l'assicurata (di professione segretaria, si era fratturata il polso sinistro dopo essere caduta ed il perito specialistico amministrativo aveva attestato una evoluzione sfavorevole con un polso sinistro bloccato, doloroso e distrofico, ed aveva concluso che la capacità di lavoro nell'attività abituale era definitivamente compromessa e che, teoricamente, era esigibile un'attività puramente monomanuale o che necessitasse solo l'utilizzo puntuale e leggero della mano sinistra, pure a tempo pieno, come ad es. il lavoro di centralinista oppure hostess d'accoglienza) era stata sottoposta a foto- e videosorveglianza per sospetto di abuso assicurativo, la nostra Massima istanza ha riportato i contenuti della pronuncia della Corte europea e della propria recentissima giurisprudenza in materia di sorveglianza (già citate STF 9C\_806/2016 del 14 luglio 2017 e 8C\_735/2016 del 27 luglio 2017) ed ha stabilito che potevano essere prese in considerazione solamente le attività della ricorrente che erano state filmate all'esterno dello stabile di campagna, ove lei ed il marito affittavano due camere da aprile ad ottobre, e non anche quelle svolte all'interno, in particolare in cucina. Dopo di che l'Alta Corte ha osservato che le sequenze video erano state sottoposte al medesimo specialista che aveva visitato per conto dell'assicuratore l'assicurata personalmente, il quale aveva rivalutato in un rapporto complementare le

conclusioni della propria valutazione medica (nel senso che l'infortunio in questione non aveva provocato alcuna incapacità lavorativa residuale), spiegando i motivi che l'avevano indotto a rivalutare la situazione (in particolare, riconoscendo di aver accordato durante la perizia un credito manifestamente erroneo alle allegazioni della paziente). Dopo aver rilevato di non aver motivo per mettere in discussione la nuova valutazione medica e, per un verso, che il medico curante (che attestava come la paziente non fosse più capace di utilizzare per un tempo prolungato la tastiera di un computer) non aveva evidentemente preso visione del materiale d'osservazione e, per altro verso, che non era necessaria una nuova convocazione personale da parte dello specialista dell'amministrazione dell'assicurata che, in ogni caso, aveva potuto esprimersi sui risultati dell'osservazione e sul rapporto complementare del perito assicurativo, il Tribunale federale ha concluso che la ricorrente era in grado di esercitare a tempo pieno e senza limitazioni la propria professione abituale di segretaria di studio medico. Da ultimo, l'Alta Corte ha osservato che l'assicurata aveva mancato di collaborazione non fornendo delle risposte suscettibili di far svanire i dubbi concernenti le sue capacità reali di utilizzare la mano sinistra sorti all'assicuratore in relazione ad alcuni post di Facebook e che il fatto che l'osservazione fosse avvenuta all'estero non impediva di principio l'utilizzo dei suoi risultati. Va infine rilevato che le risultanze di un'accurata sorveglianza, unitamente a un rapporto medico allestito in base agli atti, possono di principio costituire una base sufficiente per decidere in merito allo stato di salute e alla capacità lavorativa della persona assicurata (cfr. DTF 137 I 327 consid. 7.1 e riferimenti). Tuttavia, un rapporto di sorveglianza non costituisce di per sé una base sicura per l'accertamento della fattispecie. Esso può tutt'al più fornire degli indizi oppure costituire la base per formulare dei sospetti. In quest'ottica, soltanto la valutazione medica della documentazione relativa alla videosorveglianza, può fornire sicure conoscenze della fattispecie (cfr. STF 8C\_192/2013 del 16 agosto 2013 consid. 3.1). Questa giurisprudenza è stata confermata anche recentemente dal TF, segnatamente in: STF 8C\_721/2016 del 15 marzo 2017, consid. 2.4, STF 8C\_192/2017 del 25 agosto 2017, consid. 6.1.2, STF 8C\_349/2017 del 6 ottobre 2017, consid. 6 e DTF 143 V 105, consid. 2.4. 2.4.6. Nel caso di specie, dalle tavole processuali (cfr. doc. 197 e 198), emerge che la \_\_\_\_\_ (assicuratore RC veicolo responsabile dell'incidente del 25 aprile 2013) ha fatto seguire l'assicurata da un investigatore privato nel mese di settembre 2014, in quanto aveva il forte dubbio che RI 1 accentuasse i disturbi alla mano destra. Tale dubbio era emerso in occasione di un colloquio avuto nel corso della primavera 2014 alla presenza dell'insorgente e della sua patrocinatrice. In base alle dichiarazioni dell'assicurata la mano destra risultava praticamente inutilizzabile, in quanto non riusciva neanche a tenere un bicchiere in mano, il telefonino e faceva anche fatica a guidare. Quel giorno i rappresentanti della \_\_\_\_\_ chiesero a RI 1 come facesse per il make-up, visto che si era presentata truccata e lei rispose che appoggiava il braccio sul tavolo tenendo in mano la matita (per il trucco), facendo il movimento con la testa/viso. In siffatte circostanze era dato un sospetto fondato iniziale. Ciò che è rimasto peraltro incontestato dalla patrocinatrice dell'assicurata. Neppure viene fatto valere che la persona osservata non è l'assicurata. La sorveglianza di RI 1 è stata predisposta nel mese di settembre 2014 durante cinque giorni feriali ripartiti in un arco di tempo di tre settimane (mercoledì 10, giovedì 18, venerdì 19, lunedì 22 e giovedì 25). Durante tutto il periodo l'assicurata è stata vista assentarsi da casa per sottoporsi a sedute di fisioterapia (\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_), intrattenersi presso la sede della \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, sostare da sola o con altre donne dai 10 ai 40 minuti in uno o nell'altro esercizio pubblico della regione (\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_),

fermarsi oltre 2 ore in città a \_\_\_\_\_ (meta sconosciuta) e dedicarsi al disbrigo di commissioni diverse (presa in consegna di una borsa alle Scuole \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, spesa al supermercato \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, prelevamento di denaro alla \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, accompagnamento della figlia in città). Il detective privato ha descritto unicamente i comportamenti quotidiani (non influenzati) dell'assicurata rilevati esclusivamente in luoghi pubblici. L'assicurata non è stata quindi sottoposta ad una osservazione né sistematica né costante. In siffatte circostanze la sua sfera privata è stata toccata solamente in maniera marginale. Stante quanto precede l'interesse pubblico a che siano evitati abusi ai danni dell'assicurazione risulta preponderante rispetto a quello privato dell'assicurata a che la propria sfera privata non venga in alcun modo disturbata.

Conformemente alla giurisprudenza riportata al consid. 2.4.5, il TCA ritiene quindi che il materiale d'osservazione (incluse le foto e le riprese video) - al pari delle valutazioni mediche del 21 maggio 2015 del dr. med. \_\_\_\_\_, del 2 febbraio 2016 del dr. med. \_\_\_\_\_ e del 2 giugno 2017 del dr. med. \_\_\_\_\_ - possa essere utilizzato nella valutazione delle prove. Tanto più che l'assicurata, per il tramite della sua patrocinatrice, ha avuto pure la possibilità di contestare la veridicità del materiale raccolto illecitamente e del suo utilizzo nella procedura contenziosa. Ciò che ha peraltro fatto sia in sede amministrativa (cfr. doc. 200, 208 e 218) sia in sede ricorsuale (cfr. doc. I). 2.4.7. Nella concreta evenienza, come riportato in narrativa, il 14 aprile 2015 la \_\_\_\_\_ ha trasmesso alla CO 1 il rapporto di sorveglianza del 3 ottobre 2014 (riferito al pedinamento effettuato nel mese di settembre 2014), corredato dalla documentazione fotografica e dal filmato, ed i rapporti dell'ispettore sinistri dell'assicuratore RC del 25 luglio e dell'11 dicembre 2014, ribadendo che vi erano delle discrepanze tra le attestazioni mediche, le dichiarazioni soggettive dell'assicurata e i suoi comportamenti (doc. 198 e doc. XIV-1). Il 30 aprile 2015 la patrocinatrice dell'assicurata - dopo aver puntualizzato che i dolori della sua assistita sono altalenanti e che le pregiudicano diversi movimenti, senza però renderle impossibile la vita quotidiana e che il reumatologo le aveva consigliato di continuare a muovere il braccio destro nonostante i dolori, proprio per evitare un'atrofizzazione muscolare dello stesso - ha osservato che le fotografie scattate dall'investigatore privato non inficiavano minimamente le valutazioni espresse dai vari medici che l'avevano avuta in cura, ritenuto che, in sede di valutazione medica, viene presa in considerazione - oltre alla percezione soggettiva del dolore - la valutazione oggettiva degli atti medici (doc. 200). A suffragio delle sue asserzioni l'avvocato ha prodotto un messaggio di posta elettronica del 28 aprile 2015 redatto dal terapeuta Ergonomia, \_\_\_\_\_, dopo essersi consultato con il medico EFL, dr. med \_\_\_\_\_, ambedue della \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ (doc. 200), giusta il quale:

" (...) Ricordo bene del suo caso e dei dolori praticamente persistenti che accusa e della resistenza alle cure che la sua patologia dimostra. La difficoltà nel proporle una terapia efficace non sta comunque solo in questa resistenza alle cure, ma piuttosto nella realtà che lei le ha già provate quasi tutte e l'effetto sembra essere sempre limitato se non scarso. Non starò a riprendere la descrizione della sindrome di cui soffre, le ricordo però che si parla di 3 stadi con ognuna le sue tipiche manifestazioni. a) acuto: la regione interessata è edematosa, il paziente accusa dolore molto intenso limitato alla zona colpita, la cute è calda e arrossata, l'impotenza funzionale è assoluta. Il paziente riferisce il peggioramento della sintomatologia dolorosa ogni qualvolta tenta di caricare. b) cronico: caratterizzato da edema e dolore più diffusi, la cute non è più calda né cianotica, ma diviene pallida, sottile, secca; si manifestano ipotrofie e retrazioni muscolari, spesso si osserva rigidità articolare. I peli del paziente possono crescere abbastanza increspati, ruvidi e numerosi. c) atrofico:

caratterizzato da atrofia tissutale con perdita della massa muscolare. Il protocollo di trattamento dell'algodistrofia prevede la combinazione di: Terapia farmacologica analgesica, Mobilizzazione delle estremità Terapia fisica: magnetoterapia, tecar, ultrasuoni, ginnastica vascolare con idroterapia calda e fredda, drenaggio linfatico manuale. (...). Sicuramente lei avrà già provato gran parte di tutte queste forme terapeutiche e quindi, considerati i risultati globali ottenuti fino ad ora ne sarà un po' delusa o per lo meno scettica cosa più che comprensibile. Inoltre il continuo avere dolore porta a non più percepire le diverse intensità e i diversi cambiamenti che avvengono nella sua intensità sia durante la giornata che nelle varie attività svolte, ciò che rende ancora più difficile riabilitare con successo. Personalmente le consiglierei di lavorare su diversi piani con rinnovata fiducia nei trattamenti: • educazione/motivazione in particolare con tecniche di rilassamento, abilità di Pain Coping, tecniche cognitivo-comportamentali, Graded Exposure, Mirror Imagery; • continuare la fisio ed ergo fatta regolarmente, aggiungendo trattamenti riflessi, ricondizionamento aerobico e attività ludiche sportive. Ho discusso della sua richiesta anche con il Dr. \_\_\_\_\_ che anche lui si ricorda del suo caso e, dal punto di vista medico mi ha parlato anche di buoni risultati con una cura di "Bifosfonati infusi in vena" secondo un protocollo medico internazionale, di cui però non so dirle molto. Programmare queste attività secondo le reazioni dopo i trattamenti rispettando al massimo il contenimento del dolore anche se i progressi sono lenti. Non interrompere le terapie in caso di esacerbazione, ma ridurne l'intensità e/o modificare le varie combinazioni dei trattamenti scelti. Nel computo delle attività riabilitative tenere in considerazione anche le attività giornaliere siano esse di lavoro in casa che ludiche. In aggiunta a tutto ciò terrei un diario, con 3 o 4 momenti giornalieri di riporto del dolore percepito (VAS da 0 a 10), in modo da potere prendere coscienza oggettivamente delle variazioni del dolore e riconoscere quali attività lo aumentano e quali eventualmente lo alleviano. (...) " (n.d.r.: il grassetto non è della sottoscritta). Interpellato dall'CO 1 in merito al rapporto di sorveglianza del 3 ottobre 2014 (corredato dalla documentazione fotografica e dal filmato) dell'assicuratore RC, il medico di \_\_\_\_\_, nel suo apprezzamento del 21 maggio 2015, ha osservato che durante la sorveglianza era emerso che l'assicurata usava le due braccia senza scoordinazione e in modo armonico, non aveva mai dimostrato limitazioni nella funzione di mani e braccia e nemmeno un istinto di preservazione a favore di una o dell'altra mano o di uno o dell'altro braccio che aveva utilizzato indifferentemente per compiere le proprie azioni. L'insorgente compiva con buona mobilità e funzionalità dell'arto superiore destro ogni gesto legato alla quotidianità e alla cura della persona, faceva anche la spesa sistemando gli acquisti sul nastro trasportatore, raccoglieva gli acquisti nelle borse, alzava la borsa della spesa, rovistava nella borsetta, frugava nelle tasche della giacca e altre attività. Il dr. med. \_\_\_\_\_ ha puntualizzato di aver studiato dettagliatamente il rapporto investigativo e che, malgrado non fossero presenti i pesi degli oggetti utilizzati (ad esempio della borsa della spesa), aveva valutato fotogramma dopo fotogramma ed era giunto alla conclusione che l'esigibilità espressa il 17 novembre 2014 veniva leggermente ritoccata, in quanto l'assicurata era in grado di portare pesi leggeri tra i 5 e i 10 kg fino all'altezza dei fianchi, non più di raro ma spesso, mentre per il resto la situazione restava immutata. La posizione di lunga durata seduta senza limitazione, in piedi senza limitazione. L'assicurata poteva salire le scale molto spesso, su scale a pioli raramente. Per il resto, le situazioni descritte durante le investigazioni rientravano nei limiti dell'esigibilità espressa. In base alla ulteriore valutazione della situazione l'assicurata poteva svolgere la sua attività lavorativa a partire dal 01.01.2015. Sulla base della nuova valutazione investigativa,

riteneva che il lavoro dell'assicurata di esercente diplomata, rispettivamente barmaid diplomata, era esigibile in misura totale e completa del 100%. L'attribuzione di danno di integrazione fisica IMI come aveva stabilito 10% per la spalla destra e 10% per il polso destro dominante, erano entrambi da stralciare sulla base del nuovo contesto, l'assicurata non aveva diritto a un danno di menomazione di integrità fisica IMI (doc. 206). Il 25 giugno 2015 la rappresentante dell'assicurata - dopo aver puntualizzato che la sua cliente aveva beneficiato nel periodo in cui era stata pedinata di un leggero miglioramento grazie all'assunzione dei medicinali a base di morfina e/o oppiacei solo temporaneo, visto che a partire dal mese di ottobre 2014, probabilmente a causa dell'assuefazione, il dolore si era ripresentato nella misura antecedente - ha contestato le conclusioni del medico di \_\_\_\_\_, a fronte dello stato psico-fisico della sua assistita (doc. 208). In seguito la rappresentante dell'assicurata, a suffragio della tesi difensiva, ha trasmesso il rapporto medico del 18 gennaio 2016 del PD dr. med. \_\_\_\_\_ dell'\_\_\_\_\_ riguardante la visita medica del 3 novembre 2015, che - dopo aver posto la diagnosi di " CRPS - Typ II Hand Rechts bei: St. p. Distorsion Handgelek rechts vom 25.4.2013, Distorsion Schulter rechts, Cervikobrachiales Syndrom rechts, sowie Kontusion der Wirbelsäule " e aver rilevato che " Die patientin leidet weiterhin an diffusen Schmerzen mit funktionellen Einschränkungen an der oberen rechten Extremität. Die situation stagniert seit praktisch einem Jahr, trotz intensiver Physio- und Ergotherapie, sowie auch medikamentöser Behandlung mit Cymbalta und Lyrica " e aver accertato che " Die Hand, Handgelenk, Ellenbogen und Schulter werden in einer Schonhaltung gehalten. Jegliche kleinste Bewegung ist extrem schmerzhaft, ein Faustschluss ist nicht möglich " (doc. 218) - ha concluso quanto segue: " Meiner Meinung nach sind die vermuteten Veränderungen an der Ulnarseite des Handgelenks nichts die Ursache aller Beschwerden. Die hauptdiagnose bleibt CRPS Typ II un die Zumutbarkeit der Hand sehr eingeschränkt. In einer den Einschränkungen Tätigkeit (die rechte Hand kann nur als Hilfshand eingesetzt werden) kann die Patientin mind. Ein 50% Pensum absolvieren. Die genauere Belastbarkeit der Hand muss im Rahmen einer EFL beurteilt werden. Nach so langer Zeit sehe ich keine grössere Verbesserungsperspektive, da praktisch ein Endresultat erreicht ist " (doc. 218). A suffragio delle proprie asserzioni la patrocinatrice dell'assicurata ha versato agli atti anche il progetto di assegnazione di una rendita intera dal 1° maggio 2014 in ambito AI (doc. 219), di cui si dirà in seguito al consid. 2.4.9. Interpellato dall'CO 1 in merito a quanto sostenuto dalla patrocinatrice della ricorrente e alla nuova documentazione versata agli atti a suffragio della tesi difensiva, il medico fiduciario, dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia nell'apparato locomotore, dell'apprezzamento medico del 2 febbraio 2016, ha osservato quanto segue: " (...) 1. L'Avv. RA 1 riferisce che nel Settembre 2014 "il temporaneo miglioramento dal punto di vista del dolore" rilevato nel periodo di sorveglianza della \_\_\_\_\_ sarebbe stato provocato dall'azione sommativa delle continue cure, nonché da quella dei "medicamenti assunti a base di morfina e/o oppiacei" che avrebbero" per un periodo limitato nel tempo diminuito i dolori della Sua assistita, "così da poterle permettere - purtroppo solo transitoriamente - il movimento del polso, del braccio e della spalla in misura superiore". Purtroppo l'Avv. RI 1 dimentica di menzionare o forse ignora che l'associazione o il solo uso singolarmente di medicinali a base di morfina e/o oppiacei non sono esenti da effetti collaterali importanti tra i quali: sonnolenza, capogiri, incoordinazione motoria, depressione, ansia, stato confusionale, allucinazioni solo per ricordarne alcuni e che a causa di questi effetti collaterali è controindicato ai pazienti in trattamento con questa categorie farmacologiche guidare un'autovettura o usare macchinari

per ovvie ragioni, mentre dalle foto agli atti si evince una perfetta padronanza da parte della Sig. RI 1 dei movimenti fini e precisi, di una acuta facoltà discriminatoria (fare la spesa scegliendo i vari pro-dotti), oltre la guida della sua autovettura da sola accompagnata dal solo animale domestico. Pertanto si conclude che le ammissioni di "miglioramento temporaneo" riportate nell'opposizione dell'Avv. RA 1 non siano plausibili e condivisibili e non portino nessun elemento di giudizio atto a rivedere le conclusioni del 21.05.2015 del Dr. \_\_\_\_\_ poiché dalle risultanze oggettivabili e dalle conclusioni scaturite dal rapporto investigativo della \_\_\_\_\_ non emergerebbero attività di vita quotidiane (nel periodo sotto esame del rapporto investigativo) da parte della Sig.ra RI 1 atte a giustificare le consuetudini giornaliere di una paziente in terapia farmacologica con farmaci a base di morfina e/o oppiacei come riportato nelle conclusioni dell'Avv. RA 1 tali quindi da non chiarire come fosse possibile la guida di un autovettura senza indugi senza accompagnatore, la buona coordinazione nei movimenti fini e precisi come pure la ottima capacità discriminatoria durante l'acquisto di generi alimentari al supermercato emersi agli atti. (...).

3. Rapporto medico del PD dott. med. \_\_\_\_\_ dove in sintesi si descrive che la diagnosi primaria dell'assicurata sarebbe la sindrome dolorosa regionale complessa (CRPS) di tipo 2 che renderebbe un grado di capacità lavorativa all'assicurata almeno del 50% (facendo quindi intendere la possibilità di una percentuale ancora maggiore) e non in misura massima del 50% come asserito dall'Avv. RA 1 in data 29.01.2016; questa deduzione è condivisibile con le risultanze del rapporto di sorveglianza della \_\_\_\_\_ del 03.10.2014, in particolare quando pone l'accento sulla dinamica nei movimenti, dove l'assicurata è stata vista compiere con buona mobilità e funzionalità dell'arto superiore destro ogni gesto legato alla quotidianità senza nessuna apparente protezione all'arto superiore destro stesso. Inoltre riguardo la valutazione medica da parte del dott. med. \_\_\_\_\_ circa l'uso della mano destra come "ausiliaria" si assume plausibile la possibilità della non conoscenza dei dati in essere del rapporto investigativo del 03.10.2014 come si assume plausibile la non conoscenza da parte del dott. med. \_\_\_\_\_ delle conclusioni dello stesso rapporto investigativo. Pertanto si conclude che il rapporto medico del dott. med \_\_\_\_\_ riportato nell'opposizione dell'Avv. RA 1 non apporti nessun elemento di giudizio atto a rivedere le conclusioni del 21.05.2015 del dott. med. \_\_\_\_\_ poiché viziato da non corretta interpretazione per errore di traduzione del rapporto medico dall'idioma tedesco all'italiano e inoltre per assenza di comunicazione al dott. med. \_\_\_\_\_ da parte della Sig. RI 1 di importanti dati strutturali oggettivi per la disposizione sufficientemente verosimile di una valutazione medica globale da parte del dott. med. \_\_\_\_\_ quale il rapporto investigativo del 03.10.2014 con le relative conclusioni. (...) " Il medico fiduciario ha quindi concluso che non vi erano nuovi elementi atti a rivedere le conclusioni del dott. med. \_\_\_\_\_ del 21 maggio 2015 (doc. 220). In seguito la rappresentante dell'assicurata, a suffragio della tesi difensiva, ha trasmesso il messaggio di posta elettronica del 3 febbraio 2016 del PD dr. med. \_\_\_\_\_ dell' \_\_\_\_\_ (doc. 222), giusta il quale: "(...) sicuramente c'è un nesso temporale. La paziente ha sviluppato la CRPS dopo l'incidente. Un trauma è la causa più comune di una CRPS. Fisio e ergoterapia sono l'unica cosa che aiuta veramente (insieme ad un giudizioso uso di antidolorifici). Nessuna assicurazioni infortuni è obbligata a pagare le cure all'infinito. Bisogna che la paziente trovi un accordo con la CO 1 per il trattamento cronico. Naturalmente al Paziente deve collaborare con un programma autonomo a casa. In questa fase cronica la terapia sarà una volta ogni 7-14 giorni e la paziente deve eseguire gli esercizi tutti i giorni (...) " Interpellato dall'CO 1, il medico fiduciario, dr. med. \_\_\_\_\_,

specialista FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore, del \_\_\_\_\_ della CO 1, nell'apprezzamento ortopedico del 2 giugno 2017, con espresso riferimento al materiale di osservazione, ha osservato quanto segue: " Introduzione Il 25 aprile 2013, la signora RI 1 è stata vittima di un'incidente stradale, investita da una macchina mentre guidava il proprio scooter. Le prime investigazioni radio-cliniche hanno concluso alle diagnosi di contusioni multiple alle mani bilateralmente, al gomito destro, al ginocchio destro e alla gamba destra. Il decorso è stato poi caratterizzato da dolori persistenti con tumefazione al polso destro. Il dott. \_\_\_\_\_, specialista in chirurgia della mano, il quale conosceva già la paziente per averla operata al pollice destro nel 2006 in seguito ad una ferita, ha chiesto un esame artro-RM del polso destro che ha mostrato soltanto lesioni di tipo degenerativo al legamento triangolare del carpo (TFCC). Il dott. \_\_\_\_\_ ha così chiesto un secondo avviso presso il Prof. \_\_\_\_\_, specialista in chirurgia della mano alla clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_. Da un punto di vista anatomico, lo specialista riterrà soltanto un sospetto di piccola lesione del TFCC nel recesso prestiloideo e in sede centrale. Riterrà altrimenti delle cervicobrachialgie e una tensione cervicotoracica nonché dei dolori alla testa del radio destro, alla muscolatura dell'avambraccio destro e alle dita III e IV a destra. Nella sua analisi del caso, lo specialista riterrà che i disturbi sono d'origine multifattoriale, di cui una parte potrebbe provenire dalla lesione al TFCC, questo per il miglioramento ottenuto dall'infiltrazione con corticosteroidi eseguita dal dott. \_\_\_\_\_. Nella presenza di una minima differenza di colorazione e nella presenza di una minima tumefazione ma nell'assenza di modifiche della pelosità o della sudorazione e nella presenza di dolori palpatori diffusi sui lato ulnare del polso, lo specialista considererà comunque la possibilità di una CRPS - senza averlo ritenuto nelle diagnosi - e consiglierà così una valutazione pluridisciplinare atta a ricercare l'origine dei dolori cervico-brachiali e ad escludere o diagnosticare e curare una CRPS. La signora RI 1 veniva poi visitata dal dott. \_\_\_\_\_, specialista in medicina interna e malattie reumatiche, il quale riteneva nel suo rapporto del

### **E. 31**

luglio 2013 dolori persistenti al polso destro nella presenza di una sospetta lesione al TFCC e una sindrome cervico-toraco-spondilogenica nella presenza di alterazioni degenerative e di disturbi statici, delle disestesie al braccio e delle parestesie di origine indeterminata, nonché una tendinopatia moderata al sovraspinato. Nelle sue osservazioni, scriveva: "Personalmente non ho chiari segni per un CRPS di tipo II in quanto i dolori sono ben localizzati, non vedo cambiamento di colorito né sudorazioni che possano fare sospettare un Sudeck". Onde valutare meglio l'origine dei disturbi di tipo neurologico, il dott. \_\_\_\_\_ indirizzava la signora RI 1 al dott. \_\_\_\_\_, neurologo, che concludeva dal punto di vista elettro-neuromiografico all'assenza di anomalia e riteneva che il quadro clinico fosse compatibile con uno stato dopo trauma cervicale, il quale aveva reso sintomatico lo stato degenerativo preesistente. Lo specialista consigliava terapie antalgiche. Ad un nuovo controllo (rapporto del 16 ottobre 2013), il dott. \_\_\_\_\_ riteneva questa volta la diagnosi di "Sindrome CRPS 2" con persistenza di dolori alla colonna cervicale irradianti alla spalla, all'avambraccio e alla mano, questo nella presenza di discolorazione, aumentata sudorazione e parestesie. All'esame clinico si notava una ridotta mobilità cervicale, una spalla non limitata nella sua articolarietà ma con arco doloroso da 100° a 120°, una sudorazione profusa alla mano, con lieve edema rispetto al controlaterale, e una diffusa dolenzia. Di fronte a questa nuova diagnosi, il dott. \_\_\_\_\_, specialista in chirurgia e medico di \_\_\_\_\_ alla CO 1 \_\_\_\_\_ riteneva indicata una visita in agenzia,

eseguita il 18 novembre 2013. Egli notava all'esame clinico una colorazione violacea al palmo delle dita della mano destra e una sensibilità normale, nella presenza di disestesie riferite alle dita III e IV. La spalla destra era dolorante alla palpazione e con articolarietà ridotta. Invece non si notava edema a livello del polso. Al termine del suo esame, riteneva le diagnosi di trauma distorsivo al polso destro con sospetta lesione nella fibrocartilagine triangolare, d'esiti di trauma distorsivo alla colonna cervicale, al ginocchio destro, alla caviglia destra e alla spalla destra nonché una sospetta CRPS della mano destra, nella presenza di parestesie e disestesie alle dita III e IV. Al termine del suo esame, il dott. \_\_\_\_\_ stimava da una parte che il nesso di causalità tra l'infortunio e i disturbi cervicali era estinto nell'assenza di lesioni traumatiche rivelate sull'esame RM del 16 luglio 2013 e riteneva indicato un soggiorno a \_\_\_\_\_, proposta che veniva condivisa dal dott. \_\_\_\_\_. Al termine di questo soggiorno, si riteneva un forte sospetto di CRPS, stimando all'esame d'entrata che i criteri di Budapest fossero riempiti per tale diagnosi. Veniva eseguita un'artro-RM del polso che parlava per una rottura del legamento lunopiramidale (o lunotriquetrale) con discrete modificazioni degenerative e una lesione intralegamentosa del TFCC. Un esame artro-RM della spalla destra mostrava soltanto un'artrosi acromio-claveare e un difetto focale superficiale della cartilagine in sede glenoidale superiore. Il dott. \_\_\_\_\_ rivedeva l'assicurata dopo il soggiorno e constatava la persistenza d'importanti dolori con riduzione funzionale alla spalla destra ed al polso destro, mentre la situazione alla caviglia destra e al gomito destro era soddisfacente. Si notava allora differenza di colorazione e temperatura aumentata del polso destro rispetto al controlaterale. Non vi era edema al polso ma comunque una tumefazione dorso-radiale della mano. Il dott. \_\_\_\_\_ stimava la situazione medica non stabilizzata, con comunque la possibilità di una ripresa d'attività in qualità d'esercente diplomata al 25 % dal 7 aprile 2014. Nei mesi seguenti, il dott. \_\_\_\_\_ notava progressivamente un miglioramento dello stato, con scomparsa dei segni cutanei di CRPS, mentre persistevano dei dolori e una diminuzione di mobilità al polso destro e dei dolori importanti alla spalla destra, con però articolarietà normale (rapporto del 22 maggio 2014). Il dott. \_\_\_\_\_ riteneva allora indicata una valutazione delle capacità funzionali. Questa valutazione era eseguita i 7 e 8 agosto 2014. La signora RI 1 lamentava allora una sintomatologia dolorosa residua in sede cervicale, dorsale ma anche alla spalla destra e al gomito destro nonché una diminuzione della mobilità alla spalla destra e al polso destro. Si riferiva per la spalla destra una limitazione attiva e passiva con segno di conflitto a 1400 di abduzione passiva. I test di cuffia erano negativi o non valutabili, tranne l'Hawkins, giudicato positivo. Non vi era deficit nella mobilità al gomito destro, mentre vi era una riduzione della mobilità in flessione e estensione di un terzo al polso destro. Vi era anche una presa ridotta alla mano destra, nella presenza di una sudorazione profusa. Finalmente, erano segnalati 12/18 tender points fibromialgici. Lo stato neurologico era normale, tranne per una ridotta sensibilità all'arto superiore destro nella sua parte distale (dita). Al livello del rachide cervicale e toracico, si notava una diminuzione della mobilità del 20%, mentre al livello lombare, non vi erano limitazioni. Durante l'esecuzione delle capacità funzionali, quasi non si poteva constatare segni di forza a livello della mano destra, mentre si notavano valori sotto la media a sinistra. La signora RI 1 non riusciva a portare a termine le ripetizioni richieste per ambo le mani. Al capitolo della gestione del dolore e dell'impegno nella concordanza, si riteneva una descrizione del dolore non differenziata, un comportamento più o meno adeguato con il dolore, una disponibilità di rendimento insufficiente, una concordanza buona ma con problema particolare alle mani, dove la forza era diminuita da ambo i lati, e una estensione e

un peggioramento dei sintomi intermedia. In conclusione, si riteneva il lavoro di esercente in gestione di ristorante non più esigibile, questo perché questa attività copriva anche alcuni lavori ritenuti pesanti. Stimando che la signora RI 1 riusciva a fatica ad eseguire i compiti di casa, si riteneva in conclusione soltanto esigibile una mansione molto leggera di tipo sedentario, senza poter tuttavia precisare una percentuale. Mentre il dott. \_\_\_\_\_ riferiva una situazione invariata per quanto riguardavano i dolori e la funzionalità dell'arto superiore destro, il dott. \_\_\_\_\_ procedeva il 17 novembre 2014 ad una visita medica di chiusura. Al termine del suo esame, il dott. \_\_\_\_\_ riteneva la signora RI 1 abile al lavoro al 100 % nei limiti d'esigibilità definite, queste essendo molto restrittive per tutte le attività con l'arto superiore destro, con lavori sopra alla testa mai esigibili e sollevamento di pesi fino a 5 chili ad altezza della vita spesso ma di rado pesi tra 5 e 10 chili e mai pesi superiore a 10 chili. All'esame clinico lo specialista notava una importante diminuzione dell'articolari della spalla destra in modo attivo con abduzione a 70° e flessione anche a 70° contro 160° e 155° a sinistra. Inoltre tutti i test di cuffia erano dolorosi. A livello della mano, oltre una colorazione più livida e un'aumentata sudorazione, si riferiva un leggero deficit di estensione attiva alle dita III e IV con anche mancata flessione. Vi era anche una diminuzione dell'estensioni/flessione del polso destro a 30-0-40° contro 70-0-70° a sinistra. La forza a destra al jamar<sup>TM</sup> era di 2 chili contro 25 chili a sinistra. La flessione massima al gomito attivamente era di 90°. A livello della caviglia destra finalmente, si notava una lassità legamentosa già conosciuta in precedenza ma non altri disturbi. Per i disturbi residui al polso destro e alla spalla destra, il dott. \_\_\_\_\_ riteneva una IMI di 20 % (due volte 10 %). Tra la valutazione delle capacità funzionali e l'esame medico di chiusura, la signora RI 1 veniva osservata cinque giorni su un periodo di sedici giorni (dal 10 al 25 settembre 2014). Al termine di questa osservazione, si stabiliva un rapporto investigativo con descrittivo scritto e materiale video-fotografico, rapporto che veniva trasmesso alla CO 1. In base a questo rapporto investigativo, il dott. \_\_\_\_\_ rivedeva in un apprezzamento del 21 maggio 2015 i limiti d'esigibilità definiti, nel senso che riteneva la possibilità di alzare pesi tra i 5 e i 10 chili ad altezza dei fianchi spesso, di eseguire lavori sopra la testa molto spesso e che globalmente la signora RI 1 era in grado di esercitare al 100 % senza diminuzione di rendimento come barmaid o esercente. Inoltre il dott. \_\_\_\_\_ non riteneva più menomazione che potesse giustificare un'indennità. Lo stesso giorno, si informava con lettera raccomandata l'avv. RA 1, patrocinio della signora RI 1, che in base a nuovi fatti (sorveglianza disposta dalla \_\_\_\_\_), la responsabilità della CO 1 doveva essere riesaminata e che da subito si sospendeva la fornitura di prestazioni. L'avv. RA 1 essendosi opposto ai termini di questa lettera, la CO 1 pubblicava una decisione formale il 2 luglio 2015, in cui si riteneva la signora RI 1 abile al lavoro in misura totale e completa dal 10 marzo 2015. Inoltre, nell'assenza di menomazione importante all'integrità, nessuna indennità era dovuta. Sempre patrocinata dall'avv. RA 1, la signora RI 1 si opponeva a tale decisione, allegando rapporti medici da parte del dott. \_\_\_\_\_, specialista in psichiatria, nonché diversi rapporti del dott. \_\_\_\_\_, un rapporto di degenza all'Ospedale \_\_\_\_\_ dal 2 giugno al 19 giugno 2015 per diagnosi di episodio depressivo grave senza sintomi psicotici e algodistrofia dell'arto superiore destro e un rapporto da parte del PD dott. \_\_\_\_\_, specialista in chirurgia della mano. Nei suoi rapporti, il dott. \_\_\_\_\_ riferisce che la signora RI 1 presenta un morbo di Dupuytren al terzo raggio e una tenosinovite di De Quervain alla mano destra. Il PD dott. \_\_\_\_\_ ritiene nel suo rapporto del 3 novembre 2015 (in cui si riferisce alla relazione di \_\_\_\_\_ per la storia dettagliata) le diagnosi di CRPS di tipo II e di distorsione alla

spalla destra e di cervicobrachialgie a destra e stima in queste condizioni che, usando la mano destra soltanto come mano ausiliare, si potrebbe considerare una capacità lavorativa di almeno 50 % ma che sarebbe indicata una valutazione delle capacità funzionali per la mano destra. Nel suo rapporto del 11 agosto 2015, il dott. \_\_\_\_\_ riprende la diagnosi posta durante la degenza a \_\_\_\_\_ di depressione grave senza sintomi psicotici. In merito a questi ultimi documenti medici, il dott. \_\_\_\_\_ stabiliva un apprezzamento medico il 2 febbraio 2016, stimando in conclusione che questi nuovi rapporti medici non erano suscettibili di modificare le conclusioni emesse da parte del dott. \_\_\_\_\_ in merito alla capacità lavorativa e all'esigibilità. La cartella veniva poi sottoposta al \_\_\_\_\_ onde sapere preciso se al momento dell'osservazione ma anche prima e dopo di essa ci fossero segni chiari per una CRPS di tipo II attiva, onde esprimersi sull'esigibilità definita dal medico di \_\_\_\_\_ e, finalmente, onde dare il suo avviso in merito all'argomento d'opposizione, dicendo che durante il periodo di osservazione, la signora RI 1 aveva presentato un breve miglioramento, ciò che spiegherebbe le discrepanze tra la capacità funzionale costatata durante il periodo d'osservazione e all'occasione delle visite mediche prima e dopo presso il dott. \_\_\_\_\_. Discussione (...) mi permetterà ancora alcune osservazioni generiche in merito a le diagnosi di CRPS e di CRPS di tipo II. La sindrome dolorosa regionale complessa (in inglese CRPS per Complex Regional Pain Syndrome) una reazione corporea anomala ad un trauma o diverse altre circostanze patologiche (infarto, ictus cerebri, etc.) delle estremità con localizzazioni diverse, d'eziopatogenia ancora incerta e di cui la diagnosi è esclusivamente clinica, usando i cosiddetti criteri di Budapest. La clinica è caratterizzata in modo obbligatorio da un dolore intenso non spiegabile dallo stato anatomico globale, rispettivamente da altre patologie, accompagnato da diversi altri sintomi e segni cutanei tra quali la tumefazione, la differenza di sudorazione, la differenza di colorazione o di pelosità rispetto al contro-laterale e l'impotenza funzionale, il più spesso con rigidità articolare. La CRPS è quindi una diagnosi d'esclusione, rispettivamente che può essere ritenuta soltanto dopo aver stabilito con certezza tra-mite esami complementari adeguati l'assenza di altre patologie con presentazione similare (per esempio artrite infiammatoria o settica). Senza che essi siano poi determinanti per poi porre la diagnosi (ancora una volta esclusivamente clinica), alcuni esami complementari (scintigrafia, RX standard, RM) possono portare elementi a favore o a sfavore di tale diagnosi. Il termine di CRPS è recente (XX° secolo) e prima, questa malattia - nota probabilmente dall'antichità ma descritta meglio dalla fine del settecento - ha quindi avuto diverse denominazioni, tra cui le più note sono quelle di algodistrofia e di morbo di Sudeck. Questi termini sono però storici e ormai antiquati. Il termine di CRPS di tipo II corrisponde lui al vecchio termine di causalgia. La CRPS di tipo II è una CRPS presentandosi in seguito ad una lesione nervosa periferica macroscopica. Detto altrimenti, una CRPS di tipo II è una CRPS a tutti gli effetti ma consecutiva ad una lesione di un nervo che può essere accertata sia tramite esplorazione chirurgica, ossia attraverso esami elettrofisiologici. Il motivo per cui esiste questo distinguo tra una CRPS tipo I e II è che l'evoluzione e il trattamento non sono esattamente simili, ma anche perché si sospetta un meccanismo eziopatogenico diverso tra CRPS e CRPS di tipo II. Se una CRPS può complicare anche contusioni banali e cambia così drasticamente la prognosi, questa malattia è comunque curabile, anche se va considerato circa un quarto dei pazienti con disturbi residui tra uno e due anni d'evoluzione e circa il 10% dei pazienti con esiti giudicati invalidanti a lungo termine (...). Storicamente, si distinguevano tre fasi della malattia, una prima fase acuta o cosiddetta calda, caratterizzata da tumefazione e arrossamento e di durata

circa uno a tre mesi, seguita di una seconda fase detta fredda, con sviluppo di atrofia e di durata circa tre a sei mesi e, finalmente, una fase di risoluzione, ossia nella direzione di una guarigione, ossia verso uno stato con danno permanente, l'evoluzione dall'inizio della malattia ad una situazione stabile essendo di circa un anno a due anni. Ora, si ammette che questo schema classico in tre fasi, se pure esiste da certi pazienti, non rappresenta la regola e non sempre si notano tutte le fasi e non sempre la durata delle fasi è corrispondente, pure se rimane vero che il tempo medio d'evoluzione sia tra un anno e due anni. Di questo breve riassunto semplificato, bisogna ricordare che la CRPS è una entità clinica dolorosa con stimati esterni, di cui la definizione scientifica è ancora ora "movente", ciò che significa che le controversie scientifiche in merito a questa malattia non sono pronte a chiudersi (...).

Queste alcune nozioni teoretiche ricordate, interessiamoci nuovamente al caso della signora RI 1. Da lei esce chiaramente dagli atti che prima che si aggiungessero disturbi più diffusi (si veda anche in merito la presenza di 12/18 tender points fibromialgici), il decorso post-incidente è stato problematico a livello del polso destro, con inizialmente una importante tumefazione dolorosa in questa sede. Ciò che appare anche negli atti sono i dubbi e tergiversazioni in merito ad una diagnosi di CRPS. In merito alla diagnosi di CRPS di tipo II, si può chiaramente ritenere quella erronea, in quanto non esiste dalla signora RI 1 qualsiasi sospetto per una lesione nervosa periferica, rispettivamente davanti alla normalità di tutti gli esami strumentali da un punto di vista neurologico. Non si sa bene in merito con che argomento il dott. Masina - che inizialmente non riteneva abbastanza segni per una CRPS - abbia poi ritenuto quella diagnosi di CRPS di tipo II. Per quanto riguarda la diagnosi di CRPS, ci sono state come appena scritto, molte esitazioni nel ritenere questa diagnosi, questo soprattutto per una fluttuazione dei segni e per una sintomatologia che non sembrava del tutto tipica. A posteriori comunque in base agli atti della cartella e considerando la presenza di un dolore non altrimenti spiegabile, di una importante tumefazione iniziale poi a più riprese di una differenza di colorazione dei tegumenti e di una differenza di sudorazione, appare difficile non evocare la possibilità di una CRPS dalla signora RI 1. Dopodiché, una altra causa capace di spiegare i dolori non è stata identificata. Lo stesso, se si ritiene come diagnosi più probabile per spiegare i dolori presentati dalla signora RI 1 al polso destro e i cambiamenti d'aspetto dei tegumenti una CRPS - nell'assenza di diagnosi differenziale convincente per spiegare lo stato - si noterà comunque che questa diagnosi è stata accertata secondo i criteri in vigore soltanto nel gennaio 2014 all'entrata alla Clinica di \_\_\_\_\_, ossia quasi nove mesi dopo l'incidente stradale. Se questi segni di CRPS sono apparsi in modo tardo (e per quanto sembra dalle relazioni mediche non in modo estremamente marcato), sono anche spariti, poiché nelle ultime relazioni mediche non sono più riferiti dalla signora RI 1 disturbi tegumentari o trofici all'arto superiore destro. In riassunto, tenendo da parte le diagnosi erronee o antiquate di morbo di Sudeck, algodistrofia e CRPS di tipo II, si riterrà con verosimiglianza preponderante che la signora RI 1 ha presentato nel decorso tardo (ma magari anche più precoce, si veda importante tumefazione iniziale) dell'incidente stradale assicurato CO 1 del 25 aprile 2013 una CRPS, di cui l'evoluzione su un piano strettamente morfologico esterno appare essere stata finalmente favorevole. Rispetto sempre al polso destro, l'ultimo esame artro-RM ha soltanto mostrato una lesione del legamento luno-piramidale, accompagnato da segni di degenerazione, quindi sicuramente, per la presenza di questi disturbi degenerativi, progressa all'incidente, e una lesione intralegamentosa, quindi non transmurale e tipicamente degenerativa anche, a livello del TFCC. Queste patologie strettamente degenerative non essendo state aggravate strutturalmente dall'infortunio ma soltanto magari

rese sintomatiche da esso, al polso destro sono da considerare come eventuali postumi infortunistici solo quelli che potrebbero essere in rapporto con la CRPS. A livello cervicale, sono state diagnosticate delle discopatie degenerative predominanti in C5/C6 con ernia mediana a questo livello, ernia considerata in modo consensuale da tutti gli interventi medici d'origine strettamente degenerativa e senza rapporto diretto con l'infortunio. Nella misura in cui sia stato considerato a causa dell'infortunio un peggioramento sintomatico di questo previo stato degenerativo, lo status quo sine era di sicuro raggiunto al momento definito dal medico di \_\_\_\_\_, da sapere otto mesi dopo l'infortunio. Comunque nell'assenza di sintomatologia iniziale a questo livello, il nesso di causalità tra i disturbi cervicali e l'incidente del 25 aprile 2013 appare molto dubbio. Qualsiasi sia stata la causa delle cervicalgie, si può ora considerare dalla signora RI 1 l'assenza di postumi infortunistici a livello della colonna cervicale. Inoltre, nonostante le riferite brachialgie, difficilmente si poteva considerare una sintomatologia radicolare in rapporto con questa ernia mediana, senza effetto compressivo sull'emergenza delle radici né sul midollo spinale. In altre parole, lo stato degenerativo constatato potrebbe essere eventualmente compatibile con delle cervicalgie d'origine spondilogenica, ma difficilmente esso è in grado di spiegare una sintomatologia radicolare, peraltro mai obbiettivata clinicamente o tramite elettrofisiologia ma unicamente ritenuta su base anamnestica, questo comunque nell'assenza di tragitto radicolare tipico riferito dalla signora RI 1. Si può seguire quasi lo stesso ragionamento per la spalla destra, dove inizialmente non erano segnalati sintomi e dove gli esami strumentali non hanno evidenziato lesioni a carattere traumatico, ma soltanto un reperto patologico degenerativo minore (artrosi acromio-claveare e ulcera superficiale alla cartilagine del glenoide), non in grado di spiegare le importanti lamentele dell'assicurata a livello di quest'articolazione né i deficit funzionali costati. Lo stesso, che sia per le cervicali e la spalla destra ma anche per il gomito destro, si può comunque ammettere un certo coinvolgimento indiretto di queste strutture a causa della CRPS alla mano, costituendo la cosiddetta sindrome spalla-mano, sindrome che può portare per un tempo ad una impotenza funzionale dolorosa. Tale patologia è comunque da distinguere dalla capsulite retrattile, essa considerata reattiva a diverse condizioni come traumi, interventi, infarto, etc. di cui le caratteristiche cliniche ma anche artro-RM sono tipiche. Dalla signora RI 1, gli elementi per considerare questa diagnosi di capsulite - situazione che potrebbe far considerare la possibilità di postumi anche a lungo termine - mancano chiaramente. Per cominciare, non è stata constatata una riduzione del volume capsulare al tempo artrografico dell'esame artro-RM. Dopodiché, se clinicamente vi era una diminuzione della mobilità attiva, la mobilità passiva rimaneva per conto suo poco alterata, ciò che è contrario a quello ritrovato in caso di capsulite retrattile, in cui l'articolazione passiva è solitamente sovrapponibile a quelle attiva. Se dalla signora RI 1 i disturbi della spalla e in parte alle cervicali hanno potuto essere indirettamente la conseguenza della contusione alla mano e/o della CRPS, questi disturbi non erano legati ad un sostrato anatomico preciso e la loro persistenza si spiega dunque difficilmente. Per quanto riguarda la caviglia destra, non sono stati riferiti né dai medici né dall'assicurata disturbi invalidanti persistenti, nella presenza di una già nota iperlassità, ricordando comunque l'assenza di sintomatologia iniziale in questa sede. In base agli atti, dalla signora RI 1 e a secondo i criteri di verosimiglianza preponderante, soltanto eventuali postumi della CRPS alla mano e al polso destro sono da prendere in considerazione per la definizione dell'esigibilità, i disturbi persistenti alla spalla destra e al gomito destro non potendo essere spiegati su base anatomica e non essendo in rapporto con patologie postinfortunistiche, mentre si può ammettere in un quadro morboso la persistenza

di qualche disturbo a livello cervicale a causa delle discopatie, comunque d'aspetto piuttosto banale in considerazione dell'età e della frequenza di queste patologie nella popolazione generale. Questi appunti fatti sulle diverse diagnosi poste nel decorso dell'incidente stradale de 25 aprile 2013 assicurato CO 1 in base alla documentazione medica, mi interesserò ora più specificamente alle domande poste e al materiale di osservazione fornito, onde meglio rispondere ad esse. Come si è notato, questa osservazione è stata eseguita tra l'esame medico nel quadro della valutazione della capacità funzionali e l'esame medico di chiusura da parte del dott. \_\_\_\_\_. (...). Dopo visualizzazione attenta e ripetuta del materiale video, si può dire quanto segue: Da un punto di vista globale, non esiste a qualsiasi momento sulle videoregistrazioni il sospetto che la signora RI 1 presenti qualche limitazione rilevante dell'apparecchio locomotore che possa essere invalidante per azioni varie della vita quotidiana come deambulare, andare a passeggio con i cani, fare la spesa o guidare la macchina. (...) Sempre dal punto di vista locomotorio, si nota l'uso in tutte le modalità di entrambi gli arti superiori per attività varie con, nella fattispecie, un uso piuttosto indifferente di una mano o dell'altra per delle stesse attività. Che sia con la mano destra o sinistra, la signora RI 1 dimostra per esempio di essere capace di azionare attraverso il finestrino l'apertura interna della portiera della macchina, di tenere il guinzaglio di due piccoli cani, di allacciare la cintura di sicurezza, di tenere il cellulare (compreso alla guida), di prendere diversi oggetti (bottiglie, chiavi, monete, carta di credito. etc.), di pettinarsi, di bere, di portare la borsa o dei sacchi delle spese, questo senza che si possa notare una qualsiasi limitazione a livella delle spalle, dei gomiti, dei polsi o delle dita. Non esistono neanche indizi per dei disturbi neurologici con traduzione clinica, alla costatazione di una deambulazione normale, di una coordinazione estremamente precisa e veloce, ciò che parla peraltro contro una alterazione marcata della sensibilità alle mani. Lo stesso riguardo alla forza nelle mani, poiché la signora RI 1 riesce a sollevare da entrambi i lati oggetti pesanti, come per esempio i sacchetti della spesa, contenendo diverse bottiglie. Considerando più specificamente eventuali postumi al polso od alla mano destra in stato dopo CRPS, non si può di sicuro escludere essi completamente in base al materiale d'osservazione ma si può comunque dire che se essi esistessero, sarebbero abbastanza discreti da non influire in modo rilevante su diverse attività della vita quotidiana, rispettivamente da non impedire attività nei limiti dell'esigibilità definita dal dott. \_\_\_\_\_ da un punto di vista locomotore. (...), vista l'ottima funzionalità dimostrata a livello della mano e del polso a destra. Durante il periodo d'osservazione - certo limitato ma di sicuro più lungo che il tempo consacrato ad una visita medica - non traspaiono mai sul viso o per l'atteggiamento corporeo indizi a favore di una sofferenza fisica nell'eseguire le attività varie già elencate. Non esiste neanche qualsiasi indizio per un risparmio nell'uso dell'arto superiore destro rispetto al sinistro, da una signora - come già detto - visibilmente abile da entrambi le mani in più attività. Finalmente, nell'eseguire le sue varie attività, la signora RI 1 appare particolarmente decisa e organizzata. Rimane ora da valutare se questa valutazione clinica in base al materiale d'osservazione appare compatibile con le costatazioni mediche prima e dopo questo periodo d'osservazione. Non penso che si debba essere medico per costatare che esistono dalla signora RI 1 numerose discrepanze tra la funzionalità dimostrata durante gli esami medici o la valutazione delle capacità funzionali e le sue capacità funzionali effettive durante la vita quotidiana, mentre non si sapeva osservata. In altre parole, nella vita quotidiana, l'osservazione della signora RI 1 non permette di sospettare un qualsiasi deficit locomotorio, mentre davanti ai medici prima o dopo l'osservazione, la signora RI 1 si è presentata come una persona dolente, con

un'impotenza globale dell'arto superiore destro, caratterizzata da una assai scarsa articolarietà alla spalla destra, da un deficit di flessione oltre i 90° al gomito e da una forte diminuzione della mobilità al polso, con dolori e un'impossibilità a produrre qualsiasi forza con la mano destra (massimo dimostrato 2 chili!). Tranne qualche sfumatura, la situazione medicalmente costatata prima e dopo l'osservazione era molto simile. Essendo indubbio che la situazione fisica costata tramite osservazione non corrisponde a quella constata medicalmente prima o dopo questa osservazione, è quindi chiesto da parte dell'amministrazione se ci può essere una spiegazione medica a questa evoluzione, nel senso di un miglioramento saltuario della situazione tra i due esami medici. A questa domanda si risponderà senza fare troppe teorie: nel caso della signora RI 1, la constatazione di un disturbo importante della funzionalità all'arto superiore destro, seguito poco tempo dopo di un periodo di miglioramento tale che non si riesce più a notare un deficit funzionale dalla semplice osservazione, seguito di un nuovo periodo di peggioramento importante con perdita funzionale simile alla situazione costatata tre mesi prima (e questo, senza che siano subentrate altre patologie di nuova entità), non trova spiegazione da un punto di vista medico, tranne se si considera che all'occasione degli esami medici e della valutazione delle capacità funzionali, la signora RI 1 ha maggiorato in modo volontario il suo handicap. In conclusione di questo apprezzamento e al fine di illustrare in che maniera la signora RI 1 ha ritrovato una funzionalità del tutto soddisfacente del suo arto superiore destro fuori delle valutazioni mediche, ricorderò due sequenze del materiale d'osservazione. La prima corrisponde a quando la signora RI 1 ha eseguito una operazione al bancomat 19.09.2014 ore 16.00). Subito dopo e prima che salga nella macchina, ella mette il suo portamonete con la mano destra nella borsa portata alla spalla destra. Così facendo, la signora RI 1 effettua una flessione palmare massima del polso, una flessione pressoché massima del gomito e una abduzione oltre all'orizzontale della spalla, movimento peraltro più difficile quando il gomito flesso, come ciascuno lo può costatare su se stesso. La seconda sequenza è il passaggio alla cassa alla fine della spesa (25 settembre 2014 tra 17.50 et 18.00). In meno di tre minuti (di 2'31" a 5'14" sul video), la signora RI 1 ha svuotato il carrello sul tappeto mobile (circa venticinque oggetti), prendendo oggetti anche pesanti due per due, ha dato la sua carta del negozio, ha pagato con la carta di credito, ha sistemato punti di fedeltà in un quaderno, ha raccolto per terra questi punti caduti dal quaderno per rimetterli dentro e, finalmente, ha messo la spesa in sacchetti e questi sacchetti nel carrello, questo masticando tranquillamente una cicca. (...) " (doc. 220). Il medico fiduciario ha quindi concluso che " La discrepanza evidente costatata tra la funzionalità dimostrata da parte della signora RI 1 all'occasione delle visite mediche dei 7 agosto 2014 e 17 novembre 2014 e durante la vita quotidiana, mentre non si sapeva osservata, deve far considerare, a secondo i criteri di verosimiglianza preponderante, che la signora RI 1 ha esagerato l'importanza del suo handicap durante queste visite mediche. In base al materiale d'osservazione (in cui non si notano deficit funzionali importanti dal punto di vista locomotorio), non esistono motivi per allontanarsi dell'esigibilità definita da parte del dott. \_\_\_\_\_. (...) " (doc. 231). 2.4.8. 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; STFA 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 10, p. 33ss. 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 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 (cfr. anche Pratique VSI 2001 p. 108ss.). Per quel che riguarda le perizie allestite da specialisti esterni all'amministrazione, il TFA ha pure loro riconosciuto pieno valore probante, fintantoché non vi sono degli indizi concreti che facciano dubitare della loro attendibilità (cfr. STFA U 168/02 del 10 luglio 2003; DTF 125 V 353, consid. 3b/bb). 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 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. 2.4.9. Nella concreta evenienza, attentamente vagliato l'insieme della documentazione medica (cfr., in particolare, doc. 13, 16, 23, 24, 26, 29, 38, 46, 52, 56, 58, 63, 85, 95, 96, 98, 101, 102, 104, 120, 133, 148, 188, 196 e 202), il rapporto di sorveglianza del 3 ottobre 2014 (riferito al pedinamento effettuato nel mese di settembre 2014), corredato dalla documentazione fotografica e dal filmato, ed i rapporti dell'ispettore sinistri dell'assicuratore RC del 25 luglio e dell'11 dicembre 2014 (cfr. doc. 198 e doc. XIV-1) agli atti, questo Tribunale ritiene che i pareri espressi dal dr. med. \_\_\_\_\_ (nell'apprezzamento medico del 21 maggio 2015: doc. 206), specialista FMH in chirurgia generale e della mano, dal dr. med. \_\_\_\_\_ (nell'apprezzamento medico del 2 febbraio 2016: doc. 220), specialista FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore e dal dr. med. dr. med. \_\_\_\_\_ (nell'apprezzamento ortopedico del 2 giugno 2017: doc. 231), specialista FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore, e quindi nella materia che qui ci occupa - dettagliati, approfonditi e quindi rispecchianti i parametri giurisprudenziali sopra ricordati e, ai quali, vanno dunque attribuita piena forza probante (cfr. consid. 2.4.8) - possano validamente costituire da base al giudizio che è ora chiamato a rendere, senza che si riveli necessario procedere a degli ulteriori atti istruttori (in particolare, all'esperimento di una " perizia universitaria, volta a determinare le concrete incidenze dell'incidente della circolazione con l'attuale danno alla salute " della ricorrente rispettivamente di una " perizia d'Oltralpe, volta a determinare le concrete incidenze dell'incidente della circolazione con l'attuale danno alla salute " dell'insorgente, così come richiesto dalla sua patrocinatrice nel gravame; cfr. doc. I; cfr. altresì la già citata STF 8C\_802/2016 del 21 agosto 2017, consid. 5). Del resto, la valutazione unanime degli specialisti dell'CO 1 non è stata smentita da certificati medico-specialistici neppure in sede ricorsuale. In effetti, il messaggio di posta elettronica del 28 aprile 2015 redatto dal terapista Ergonomia, \_\_\_\_\_, dopo essersi consultato con il medico EFL, dr. med \_\_\_\_\_, ambedue della \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ (doc. 200), il rapporto medico del 18 gennaio 2016 del PD dr. med. \_\_\_\_\_ dell'\_\_\_\_\_ riguardante la visita medica del 3 novembre 2015 (doc. 218)

come pure il messaggio di posta elettronica del 3 febbraio 2016 del PD dr. med. \_\_\_\_\_ dell' \_\_\_\_\_ (doc. 222), non sono atti a sollevare dubbi - nemmeno lievi - circa la fedeltà dei pareri espressi dal dr. med. \_\_\_\_\_ (nell'apprezzamento medico del 21 maggio 2015: doc. 206), specialista FMH in chirurgia generale e della mano, dal dr. med. \_\_\_\_\_ (nell'apprezzamento medico del 2 febbraio 2016: doc. 220), specialista FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore e dal dr. med. dr. med. \_\_\_\_\_ (nell'apprezzamento ortopedico del 2 giugno 2017: doc. 231), specialista FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore, con espresso riguardo alla situazione clinica dell'assicurata, che è stata attentamente e dettagliatamente vagliata dai precitati medici fiduciari, come pure dell'esigibilità posta - alla luce anche del rapporto di sorveglianza del 3 ottobre 2014 (riferito al pedinamento effettuato nel mese di settembre 2014), corredato dalla documentazione fotografica e dal filmato, e pure dei rapporti dell'ispettore sinistri dell'assicuratore RC del 25 luglio e dell'11 dicembre 2014 (cfr. doc. 198 e doc. XIV-1) - dai medesimi specialisti che peraltro vantano un'ampia esperienza in materia di medicina assicurativa e infortunistica. Non consente di giungere ad una diversa conclusione il fatto che il dr. med. \_\_\_\_\_ ed il dr. med. \_\_\_\_\_ non hanno visitato personalmente l'assicurata. In effetti, giova qui ricordare che, di norma, una valutazione sulla base dei soli atti medici ("Aktengutachten") è possibile se l'SMR (e, quindi, anche il medico fiduciario) dispone, come in concreto, di sufficienti elementi risultanti da altri accertamenti personali (cfr., nel caso di una perizia, sentenza 9C\_376/2007 del 13 giugno 2008; sentenza 8C\_659/2010 del 14 febbraio 2011 consid. 5; sentenza 8C\_947/2011 del 27 gennaio 2012; sentenza 8C\_184/2013 del 7 giugno 2013, consid. 2.5). In casu il dr. med. \_\_\_\_\_ ed il dr. med. \_\_\_\_\_, medici fiduciari, hanno potuto confermare, sulla base degli atti dell'incanto, le valutazioni operate, dal profilo clinico e dell'esigibilità lavorativa, dal dr. med. \_\_\_\_\_ (doc. 220 e 231). In siffatte circostanze non può essere seguita la tesi difensiva dell'avvocato giusta la quale la sua cliente ha beneficiato di un miglioramento temporaneo, svanito già a far tempo da ottobre-novembre 2014, probabilmente a causa dell'assuefazione alle cure (con morfina), alla luce delle motivate e approfondite prese di posizione del 2 febbraio 2016 del dr. med. \_\_\_\_\_ (doc. 220) e del 2 giugno 2017 del dr. med. dr. med. \_\_\_\_\_ (doc. 231), di cui si è già ampiamente detto al consid. 2.4.6, che hanno spiegato con convincenti considerazioni - dalle quali il TCA non ha motivo di discostarsi per i motivi già sopra esposti - per cui una tale tesi non può essere condivisa. In queste condizioni non può essere seguita nemmeno la tesi difensiva dell'avvocato giusta la quale le conclusioni dei dr. med. \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ come pure le risultanze del rapporto investigativo sarebbero sconfessati dai rapporti medici agli atti allestiti dal PD dr. med. \_\_\_\_\_ dell' \_\_\_\_\_, che ha visitato personalmente l'assicurata e giusta il quale - per la sola patologia somatica - la sua cliente potrebbe esercitare un'attività lucrativa solamente in misura limitata e senza troppe prospettive di miglioramento in futuro. In effetti, con espresso riferimento in particolare al rapporto medico del 18 gennaio 2016 del PD dr. med. \_\_\_\_\_ dell' \_\_\_\_\_ riguardante la visita medica del 3 novembre 2015 (doc. 218), il TCA non ha motivo di discostarsi, per i motivi già sopra esposti, dalla motivata e approfondita presa di posizione del 2 febbraio 2016 del dr. med. \_\_\_\_\_ (doc. 220), di cui si è già ampiamente detto al consid. 2.4.6, che ha spiegato con convincenti considerazioni i motivi per cui una tale tesi non può essere condivisa. Non consente di giungere ad una diversa conclusione neppure il progetto di assegnazione di una rendita intera dal 1° maggio 2014 in ambito AI (do. 219), dal momento che in ambito AI è stato

tenuto conto anche dei problemi somatici e psichici di cui è affetta l'assicurata, che non sono di competenza dell'CO 1. D'altra parte, per maggiore completezza e comprensione, va detto che la CRPS di tipo I è nota anche come "morbo di Sudeck" e che la CRPS di tipo II è nota anche come "causalgia" (cfr. Walter Böhny/Klaus Möhl/Gabriela Stüssi-Zwyssig, *Schmerzenkompendium, Schmerzen verstehen und behandeln*, 1<sup>a</sup> ed., pag. 2 e 3) e che la CRPS di tipo II si caratterizza - rispetto a quella di tipo I - per una lesione del sistema nervoso periferico (cfr. Walter Böhny/Klaus Möhl/Gabriela Stüssi-Zwyssig, *Schmerzenkompendium, Schmerzen verstehen und behandeln*, 1<sup>a</sup> ed., pag. 2 e 3; cfr. altresì STF 8C\_55/2008 del 29 aprile 2009, consid. 6). Nella concreta evenienza, attentamente vagliato l'insieme della documentazione medica (cfr., in particolare, doc. 13, 16, 23, 24, 26, 29, 38, 46, 52, 56, 58, 63, 85, 95, 96, 98, 101, 102, 104, 120, 133, 148, 188, 196 e 202), in assenza di qualsivoglia lesione nervosa periferica rispettivamente davanti alla normalità di tutti gli esami strumentali da un punto di vista neurologico, il TCA non ha motivo - neppure lieve - per non condividere la conclusione a cui è giunto il dr. med. \_\_\_\_\_, giusta la quale la diagnosi di CRPS di tipo II è erronea (doc. 231, pag. 6). Da notare che al momento dell'ingresso a \_\_\_\_\_, l'8 gennaio 2014, è stata posta la diagnosi di CRPS sulla base dei "criteri di Budapest" [cfr., sul tema, monografia di Jänig/Schaumann/Vogt (ed.), *SDRC - Syndrome douloureux régional complexe*, SUVA 2013] (cfr. doc. 101, pag. 1 e 102, pag. 3) rispettivamente che il 5 settembre 2014 il medico EFL, dr. med. \_\_\_\_\_, e il terapeuta Ergonomia, \_\_\_\_\_, della \_\_\_\_\_, hanno rilevato di aver osservato nei 2 giorni di test la tipica sintomatologia di una mano affetta da morbo di Sudeck e, quindi, da CRPS di tipo I (cfr. doc. 148, pag. 3). Attentamente esaminato l'insieme della documentazione medica (cfr., in particolare, doc. 13, 16, 23, 24, 26, 29, 38, 46, 52, 56, 58, 63, 85, 95, 96, 98, 101, 102, 104, 120, 133, 148, 188, 196 e 202), in assenza di alcuna diagnosi di osteoporosi, il TCA concorda pure con il dr. med. \_\_\_\_\_, giusta il quale il decorso della CRPS di tipo I che ha sviluppato l'assicurata in seguito all'infortunio occorso il 25 aprile 2013 è stato favorevole, considerato che nel mese di settembre 2014, al momento della videosorveglianza ed a quasi 17 mesi dall'evento infortunistico - eventuali postumi al polso od alla mano destra riconducibili alla CRPS, quand'anche ancora presenti, erano comunque abbastanza discreti da non influire in modo rilevante su diverse attività della vita quotidiana, rispettivamente da non impedire attività nei limiti dell'esigibilità definita dal dr. med. \_\_\_\_\_ da un punto di vista locomotore, vista l'ottima funzionalità dimostrata a livello della mano e del polso a destra (doc. 231, pag. 9 e 10). Tanto più che ciò trova conferma nella dottrina medica, giusta la quale " Die Prognose ist im Einzelfall nicht abschätzbar, aber generell gut. Unkomplizierte Ausheilungen sind im Stadium I und II noch nach bis zu einem Jahr möglich. Therapie hat aber schon kurzzeitige Erfolgsquote von 70-80%." (cfr. Bernard Manger/Hendrix Schulze-Koops, *Checkliste Rheumatologie*, 4<sup>a</sup> ed., pag. 368) rispettivamente " Bei fortgeschrittenem Krankheitsverlauf ist radiologisch charakteristischerweise eine Osteoporose nachweisbar. Solche Fälle sind in der Regel nicht mehr reversibel " [Susanne Rabady/Andreas Sönnichen (HG.), *EbM-Guidelines Evidenzbasierte Medizin für Klinik und Praxis*, 6<sup>a</sup> ed., pag. 715). È del resto importante sottolineare che, secondo la giurisprudenza federale in materia di assicurazioni sociali, non è importante la diagnosi o l'insorgere dell'evento (malattia o infortunio; cfr. DTF 142 III 671, consid. 3.7.3 e 3.8) ma le sue conseguenze sulla capacità lavorativa (in argomento STF 9C\_49/2012 del 12 luglio 2012 consid. 6 con riferimenti) e che non spetta alla giurisdizione delle assicurazioni sociali decidere su divergenze mediche scientifiche ma unicamente di stabilire nel caso concreto il diritto alle prestazioni secondo le circostanze e tenuto conto

delle opinioni mediche (cfr. STF 8C\_874/2011 del 20 gennaio 2012 consid. 5.2 e rinvio alla DTF 134 V 231 consid. 5.3 pag. 234; STCA 32.2017.24 del 28 agosto 2016, consid. 2.7.2). In tale contesto va pure ricordato, che non è neppure importante la persistenza di eventuali dolori residui, ma le loro conseguenze sulla capacità lavorativa (sul tema cfr. STF 8C\_764/2013 del 1° dicembre 2014 consid. 3). Nel gravame la rappresentante della ricorrente evidenzia che la sua cliente non sarebbe assolutamente in grado di esercitare la professione abituale (da leggera a medio-pesante), così come risulta chiaramente dalla valutazione EFL del 5 settembre 2014 (ove sono stati evidenziati importanti limiti fino ad impossibilità, come gerente di ristorante, laddove deve anche servire e sapere fare un caffè o aprire una bottiglia), a causa dell'algodistrofia dell'arto superiore destro (cfr. doc. I). A questo proposito il TCA osserva che, al momento della valutazione delle capacità funzionali EFL (visita medica ed esecuzione del test) del 7 e 8 agosto 2014 presso la \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, l'assicurata ha spiegato che " come gerente oltre alle responsabilità dell'esercizio pubblico copriva anche turni di cameriera facendo in questo senso tutte le mansioni " e che le mansioni e i compiti della sua funzione consistevano in " organizzazione di turni, servizio clienti, cantina e comande materiale " (doc. 148, pag 7). Il medico EFL, dr. med. \_\_\_\_\_, ed il terapeuta Ergonomia, \_\_\_\_\_, hanno quindi classificato l'attività svolta dall'assicurata come " prevalentemente leggera, ma nei momenti di rifornimento anche medio-pesante " (doc. 148, pag 7), giungendo alla conclusione che RI 1 non fosse più in grado di riprendere l'ultima attività di gerente di ristorante visto che si riscontravano difficoltà - per un verso - in tutte le attività che richiedevano l'uso dell'arto superiore destro, in particolare la mano, in tutte le attività che richiedono l'uso temporaneo dei 2 arti superiori, come l'atto di servire portando un vassoio e porre delle tazze sul tavolino e - per altro verso - anche nelle attività che con contraccolpi o movimenti si ripercuotevano indirettamente all'arto superiore destro (doc. 148, pag 7). Questo Tribunale ritiene tuttavia che, su un mercato equilibrato del lavoro, al gerente di un ristorante/bar competano in prevalenza delle mansioni amministrative, nonché di sorveglianza e di verifica del lavoro espletato dal personale. Un suo coinvolgimento diretto nell'esecuzione materiale del lavoro costituisce generalmente l'eccezione (cfr., per un caso analogo, STCA 35.2009.15 del 17 giugno 2009, consid. 2.5.4 in fine ). Tanto più che, secondo l'art. 81 [rubricato " Compiti del gerente (art. 28 e 53) "] del Regolamento della legge sugli esercizi pubblici (RL 11.3.2.1.1), " Il gerente assicura, con la sua presenza, il buon funzionamento dell'esercizio sotto tutti i punti di vista (curando in particolare l'istruzione del personale, i rapporti con la clientela, l'ordine, la quiete, l'igiene, la pulizia, ecc.) ". In conclusione, stante quanto sopra esposto, richiamato inoltre l'obbligo che incombe all'assicurata di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer-Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweiz. Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 61; DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 221), è da ritenere dimostrato, secondo il grado della verosimiglianza preponderante abitualmente applicato nel settore delle assicurazioni sociali ( DTF 138 V 218 consid. 6 pag. 221 con riferimenti) , che RI 1 è abile al 100% dal 1° gennaio 2015 (cfr. apprezzamento medico del 21 maggio 2015 del dr. med. \_\_\_\_\_, doc. 206, confermato dai dr. med. \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_, nei rispettivi apprezzamenti medici del 2 febbraio 2016, doc. 220, e del 2 giugno 2017: doc. 231 ) nell'ambito della propria attività abituale di

"esercente diplomata" di ristorante/bar come sopra descritta. In siffatte circostanze non consente di giungere ad una diversa conclusione neppure il fatto che nel rapporto investigativo (e nelle immagini) non viene indicato il peso degli oggetti utilizzati. D'altra parte le valutazioni degli specialisti dell'CO 1 non sono state smentite da certificati medico-specialistici neppure in sede ricorsuale, ma solo attraverso il parere della rappresentante legale dell'assicurata che medico non è e le cui considerazioni hanno pertanto il valore di semplici dichiarazioni di parte che, stante quanto precede, non possono quindi essere condivise dal TCA. In esito alle considerazioni che precedono il Tribunale non condivide le critiche mosse dalla patrocinatrice dell'assicurata all'operato dell'CO 1 e dei medici fiduciari in questione, motivo per le quali tutte le censure sollevate al riguardo sono respinte. In queste condizioni, la decisione dell'CO 1 di negare alla ricorrente il diritto alla rendita di invalidità, va tutelata da questo Tribunale. Infatti, accertato che RI 1 non presenta alcuna incapacità lavorativa nella sua abituale attività professionale, è giocoforza ammettere l'inesistenza di una qualsiasi incapacità di guadagno.

2.5. Diritto a un'indennità per menomazione all'integrità? 2.5.1. Secondo l'art. 24 cpv. 1 LAINF, l'assicurato ha diritto a un'equa indennità se, in seguito all'infortunio, accusa una menomazione importante e durevole all'integrità fisica o mentale. Tale indennità è assegnata in forma di prestazione in capitale. Essa non deve superare l'ammontare massimo del guadagno annuo assicurato all'epoca dell'infortunio ed è scalata secondo la gravità delle menomazioni. Il Consiglio federale emana disposizioni particolareggiate sul calcolo dell'indennità (art. 25 cpv. 1 e 2 LAINF).

2.5.2. L'art. 36 cpv. 1 OAINF definisce i presupposti per la concessione dell'indennità giusta l'art. 24 LAINF: una menomazione dell'integrità è considerata durevole se verosimilmente sussisterà tutta la vita almeno con identica gravità e importante se l'integrità fisica o mentale è alterata in modo evidente o grave. In questa valutazione dovrà essere fatta astrazione dalla capacità di guadagno ed anche dalle circostanze personali dell'assicurato: secondo la giurisprudenza, infatti, la gravità della menomazione si stima soltanto in funzione di accertamenti medici senza ritenere, all'opposto delle indennità per torto morale secondo il diritto privato, le eventuali particolarità dell'assicurato (cfr. RAMI 2000 U 362, p. 42-43; DTF 113 V 218 consid. 4; RAMI 1987 U 31, p. 438). La parte della riparazione del torto morale contemplata dagli artt. 24ss. LAINF è, dunque, soltanto parziale: gli aspetti soggettivi del danno (segnatamente il pretium doloris e il pregiudizio estetico) ne sono esclusi (cfr. Ghèlew/Ramelet/Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents, Losanna 1992, p. 121).

2.5.3. Giusta l'art. 36 cpv. 2 OAINF, l'indennità è calcolata in base alle direttive contenute nell'Allegato 3 dell'OAINF. Una tabella elenca una serie di lesioni indicando per ciascuna il tasso normale di indennizzo, corrispondente ad una percentuale dell'ammontare massimo del guadagno assicurato. Questa tabella - riconosciuta conforme alla legge - non costituisce un elenco esaustivo (cfr. RAMI 2000 U 362, p. 43; DTF 124 V 32; DTF 113 V 219 consid. 2a; RAMI 1988 U 48 p. 235 consid. 2a e sentenze ivi citate). Deve essere intesa come una norma valida "nel caso normale" (cifra 1 cpv. 1 dell'allegato). Le menomazioni extra-tabellari sono indennizzate secondo i tassi previsti tabellarmente per menomazioni di analoga gravità (cifra 1 cpv. 2 dell'allegato). La perdita totale dell'uso di un organo è equiparata alla perdita dell'organo stesso. In caso di perdita parziale l'indennità sarà corrispondentemente ridotta; tuttavia nessuna indennità verrà versata se la menomazione dell'integrità risulta inferiore al 5% (cifra 2 dell'allegato). Se più menomazioni all'integrità fisica o mentale, causate da uno o più infortuni sono concomitanti, l'indennità va calcolata in base al pregiudizio complessivo (art.

## E. 36

cpv. 3 1a frase OAINF). Si prende in considerazione in modo adeguato un peggioramento prevedibile della menomazione dell'integrità. E' possibile effettuare revisioni solo in casi eccezionali, ovvero se il peggioramento è importante e non era prevedibile (art. 36 cpv. 4 OAINF). Peggioramenti non prevedibili non possono, naturalmente, essere anticipatamente considerati. Nel caso in cui un pregiudizio alla salute si sviluppi nel quadro della prognosi originaria, la revisione dell'indennità per menomazione è, di principio, esclusa. Per contro, l'indennità dev'essere di nuovo valutata, quando il danno è peggiorato in una misura maggiore rispetto a quanto pronosticato (cfr. RAMI 1991 U 132, p. 308ss. consid. 4b e dottrina ivi menzionata).

2.5.4. L'INSAI ha allestito una serie di tabelle, dalla griglia molto più serrata, che integrano quella dell'ordinanza. Semplici direttive di natura amministrativa, esse non hanno valore di legge e non vincolano il giudice (cfr. STFA I 102/00 del 22 agosto 2000; DTF 125 V 377 consid. 1c; STFA del 7 dicembre 1988 nella causa P.; RAMI 1989 U 71, p. 221ss.). Tuttavia, nella misura in cui esprimono unicamente valori indicativi, miranti a garantire la parità di trattamento di tutti gli assicurati, esse sono compatibili con l'annesso 3 all'OAINF (RAMI 1987 U 21, p. 329; DTF 113 V 219, consid. 2b; DTF 116 V 157, consid. 3a).

2.5.5. Nel caso di specie, il dr. med. \_\_\_\_\_, nell'apprezzamento medico del 20 novembre 2014 (doc. 166), ha ritenuto un'IMI del 10% per la spalla destra e un'IMI del 10% per il polso destro dominanti sulla base delle seguenti considerazioni: " La situazione funzionale al polso destro con gli importanti dolori, limitazione motorica articolare e presenza di una CRPS II viene valutata come se fossimo in presenza di una artrosi moderata di questa articolazione, secondo la tabella 5 valutata per questo paragone, questo darebbe diritto ad una IMI scelta al 10% per i problemi attuali. La stessa situazione presenta all'articolazione della spalla destra dominante viene paragonata ad un'artrosi moderata dell'articolazione gleno-omeroale, questo con valore massimo come al polso destro del 10%. La somma di queste due percentuali dà un totale di IMI del 20%. L'arto inferiore destro ginocchio, caviglia destra non dà diritto ad un'IMI " (n.d.r.: le sottolineature sono della redattrice). Dopo aver valutato attentamente il rapporto di sorveglianza del 3 ottobre 2014, corredato dalla documentazione fotografica e dal filmato, dell'assicuratore RC, il dr. med. \_\_\_\_\_, nell'apprezzamento medico del 21 maggio 2015 (doc. 206), ha ritenuto che " L'attribuzione di danno d'integrità fisica come avevo stabilito 10% per la spalla destra e 10% per il polso dominante destro " nel precedente apprezzamento medico " sono entrambi da stralciare, sulla base del nuovo contesto l'assicurata non ha diritto a un danno di menomazione d'integrità fisica IMI ". Sulla base di tali considerazioni, l'CO 1, con la decisione del 2 luglio 2015 (doc. 209), confermata con la decisione su opposizione impugnata (doc. 232), ha negato all'assicurata il riconoscimento di un'indennità per menomazione dell'integrità, in assenza di una qualsivoglia menomazione importante dell'integrità fisica. Tenuto conto della valutazione del medico zurighese, PD dr. med. \_\_\_\_\_ dell'\_\_\_\_\_, e della sussistenza di importanti limiti funzionali, la patrocinatrice della ricorrente contesta lo stralcio dell'IMI (doc. I). Il TCA non ha motivo di scostarsi da quanto deciso dall'CO 1. In effetti, a fronte di una questione squisitamente medica, tenuto conto che, secondo la giurisprudenza federale, l'indennità per menomazione dell'integrità si valuta sulla base di constatazioni mediche, ciò che significa che l'ammontare dell'IMI non dipende dalle circostanze particolari del caso concreto, bensì da un apprezzamento medico-teorico della menomazione fisica o psichica, a prescindere da fattori soggettivi (DTF 115 V 147 consid. 1, 113 V 121 consid. 4b e riferimenti ivi menzionati; RAMI 2000 U 362, p. 43; cfr., pure, STCA 35.2001.71 del 12 dicembre 2001, confermata

dal TFA con pronunzia U 14/02 del 28 giugno 2002; cfr., altresì, Frei, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, Tesi Friburgo 1998, p. 40s.), questo Tribunale ritiene di poter validamente fondare il proprio giudizio sulla valutazione enunciata il 21 maggio 2015 dal dr. med. \_\_\_\_\_ (doc. 206), specialista che ha personalmente visitato l'assicurata e che vanta un'ampia esperienza in materia di medicina assicurativa e infortunistica. Infatti nel caso concreto l'IMI originariamente assegnata era stata attribuita sulla base di una valutazione funzionale e non riconducibile ad un danno organico oggettivo. Tant'è che è stata fissata prendendo per paragone un'artrosi moderata. Del resto la valutazione del dr. med. \_\_\_\_\_ è stata confermata anche dal dr. med. \_\_\_\_\_ nell'apprezzamento medico del 2 febbraio 2016 (doc. 220), specialista FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia - che ha visionato il rapporto di sorveglianza del 3 ottobre 2014 (riferito al pedinamento effettuato nel mese di settembre 2014), corredato dalla documentazione fotografica e dal filmato (doc. 198 e doc. XIV-1) - che parimenti vanta un'ampia esperienza in materia di medicina assicurativa e infortunistica. In tale contesto, va qui ricordato che, 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, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, pag. 47 n. 63, Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2° ed., pag. 274, si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41; 122 III 223 consid. 3; 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv.2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Il TCA rinuncia quindi all'assunzione di ulteriori prove, ritenendo la situazione sufficientemente chiarita. Del resto, il TCA ritiene che la valutazione dell'IMI effettuata dal dr. med. \_\_\_\_\_, e confermata dal dr. med. \_\_\_\_\_, deve essere seguita, ritenuto come dalla documentazione agli atti (in particolare, dal rapporto di sorveglianza del 3 ottobre 2014 - riferito al pedinamento effettuato nel mese di settembre 2014 -, corredato dalla documentazione fotografica e dal filmato: doc. 198 e doc. XIV-1), si evince che la ricorrente non presenta alcun deficit funzionale all'arto superiore destro. D'altra parte neppure la patrocinatrice dell'assicurata è stata in grado di evidenziare motivi atti ad imporre al TCA di scostarsi dall'apprezzamento espresso dal medico di fiducia dell'assicuratore resistente e confermata dal dr. med. \_\_\_\_\_. D'altra parte la valutazione dello specialista dell'CO 1 - confermata dal dr. med. \_\_\_\_\_ - non è stata smentita da certificati medico-specialistici neppure in sede ricorsuale, ma solo attraverso il parere della rappresentante legale dell'assicurata che medico non è. Fra gli atti di causa non figurano infatti pareri specialistici contenenti una valutazione diversa da quella enunciata dal dr. med. \_\_\_\_\_ e confermata dal dr. med. \_\_\_\_\_ in merito alla mancata sussistenza di una menomazione all'integrità. In particolare, il rapporto medico del 18 gennaio 2016 del PD dr. med. \_\_\_\_\_ dell'\_\_\_\_\_ riguardante la visita medica del 3 novembre 2015 (doc. 219) è silente al riguardo. La rappresentante dell'insorgente non ha prodotto alcun rapporto medico specialistico atto a perlomeno sollevare dubbi circa la fedeltà della presa di posizione del dr. med. \_\_\_\_\_, confermata dal dr. med. \_\_\_\_\_. In siffatte circostanze la critica generica mossa dalla patrocinatrice dell'insorgente al medico di \_\_\_\_\_ - che ha stralciato l'IMI - non trova fondamento in alcun rapporto medico, tantomeno specialistico, ed ha pertanto il valore di una semplice

dichiarazione di parte. Non può quindi essere condivisa dal TCA. Secondo questo Tribunale, in assenza di un danno organico oggettivo e di un qualsivoglia deficit funzionale all'arto superiore destro, a ragione l'CO 1 si è rifiutata di accordare alla ricorrente un'IMI. La decisione su opposizione impugnata deve pertanto essere confermata anche su questo punto. 2.6. In esito alle considerazioni che precedono il gravame deve pertanto essere respinto e la decisione su opposizione impugnata va tutelata. 2.7. A norma dell'art. 29 cpv. 1 della Legge di procedura per le cause davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni (Lptca) la procedura è gratuita per le parti. L'art. 29 cpv. 3 Lptca prevede che alla parte che provoca la causa per leggerezza o per un comportamento temerario, sono imposte la tassa di giustizia e le spese di procedura. Secondo la giurisprudenza un processo è temerario o sconsiderato se la parte fonda la propria richiesta su fatti di cui conosce o dovrebbe conoscere l'inesattezza. La temerarietà è tra l'altro data nel caso in cui una parte si attiene ad un'opinione palesemente illegale e anche nel caso in cui un'azione violi un obbligo che le compete (ad esempio l'obbligo di collaborare o di astenersi dal compiere un determinato atto; DTF 124 V 288-289, 112 V 335). Nella presente fattispecie il comportamento dell'assicurata che ha preteso una rendita LAINF ed un'IMI in assenza di un danno alla salute di natura infortunistica che provochi un'inabilità lavorativa rispettivamente senza una menomazione dell'integrità fisica rilevante - circostanze emerse chiaramente in sede d'istruttoria amministrativa (in particolare, alla luce del rapporto di sorveglianza del 3 ottobre 2014, corredato dalla documentazione fotografica e dal filmato, dell'assicuratore RC come pure dai successivi apprezzamenti medici dei medici fiduciari dell'CO 1) - è da ritenere temerario nella misura in cui ella ha ancora impugnato dinanzi a questa Corte la decisione su opposizione dell'CO 1 (cfr. STCA 38.2013.46 del 19 febbraio 2014; STCA 35.2013.3 del 13 giugno 2013; STCA 42.2009.12 del 5 agosto 2009; STCA 42.2008.11 del 6 novembre 2008; STF B 57/05 del 3 luglio 2006; DTF 128 V 323). Di conseguenza, nel caso concreto, le spese vanno poste a carico della ricorrente e sono fissate in fr. 500.-.

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