

TI_GERICHTE 35.2018.24 vom 16. Oktober 2018

TI Tribunale d'appello, 2018-10-16, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2018.24

FR: TI_GERICHTE 35.2018.24 du 16 octobre 2018

IT: TI_GERICHTE 35.2018.24 del 16 ottobre 2018

Regeste

Rendita d'invalidità. IMI e spese di cura. LAI-LAINF. CRPS (decorso?). Problematica psichica? Rinvio per ulteriori accertamenti.

Erwägungen

E. 49

cpv. 2 della Legge sull'organizzazione giudiziaria (cfr. STF 9C_699/2014 del 31 agosto 2015, in particolare consid. 5.2, 5.3 e 6.1; STF 8C_452/2011 del 12 marzo 2012; STF 8C_855/2010 dell'11 luglio 2011; STF 9C_211/2010 del 18 febbraio 2011, consid. 2.1; STF 9C_792/2007 del 7 novembre 2008; STF H 180/06 e H 183/06 del 21 dicembre 2007; STFA I 707/00 del 21 luglio 2003; STFA H 335/00 del 18 febbraio 2002; STFA H 212/00 del 4 febbraio 2002; STFA H 220/00 del 29 gennaio 2002; STFA U 347/98 del 10 ottobre 2001, pubblicata in R DAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA H 304/99 del 22 dicembre 2000; STFA I 623/98 del 26 ottobre 1999. Vedi pure: STF 9C_807/2014 del 9 settembre 2015; STF 9C_585/2014 dell'8 settembre 2015). nel merito 2.2. Oggetto del contendere è la questione di sapere se la CO 1 era legittimata, oppure no, a negare una rendita di invalidità rispettivamente a riconoscere un'IMI del 25% all'assicurato. Parimenti litigioso il diritto alle spese di cura ex art. 21 cpv. 1 LAINF. 2.3. Giusta l'art. 10 LAINF, l'assicurato ha diritto alla cura appropriata dei postumi d'infortunio (cfr. DTF 109 V 43 consid. 2a; art. 54 LAINF) e, in applicazione dell'art. 16 LAINF, l'assicurato totalmente o parzialmente incapace di lavorare (cfr. art. 6 LPGa) a seguito d'infortunio, ha diritto all'indennità giornaliera. Il diritto all'indennità giornaliera nasce il terzo giorno successivo a quello dell'infortunio. Esso si estingue con il ripristino della piena capacità lavorativa, con l'assegnazione di una rendita o con la morte dell'assicurato. Parimenti, il diritto alle cure cessa qualora dalla loro continuazione non sia da attendersi un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato (cfr. art. 19 cpv. 1 LAINF): 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. 41 ss.). L'Alta Corte ha inoltre precisato che la questione del "sensibile miglioramento" di cui all'art. 19 cpv. 1 LAINF va valutata in funzione dell'entità del previsto aumento oppure del ripristino della capacità lavorativa, nella misura in cui quest'ultima è pregiudicata dalle sequele infortunistiche (DTF 134 V 109 consid. 4.3 e riferimenti). 2.4. Presupposto essenziale per l'erogazione di prestazioni da parte dell'assicurazione contro gli infortuni è però l'esistenza di un nesso di causalità naturale fra l'evento e le sue conseguenze (danno alla salute, invalidità, morte). Questo presupposto è da considerarsi adempiuto qualora si possa ammettere che, senza l'evento infortunistico, il danno alla salute non si sarebbe potuto verificare o non si sarebbe verificato nello stesso modo. Non occorre, invece, che l'infortunio sia stato la sola o

immediata causa del danno alla salute; è sufficiente che l'evento, se del caso unitamente ad altri fattori, abbia comunque provocato un danno all'integrità corporale o psichica dell'assicurato, vale a dire che l'evento appaia come una condizione sine qua non del danno. È questione di fatto lo stabilire se tra evento infortunistico e danno alla salute esista un nesso di causalità naturale; su detta questione amministrazione e giudice si determinano secondo il principio della probabilità preponderante - insufficiente essendo l'esistenza di pura possibilità - applicabile generalmente nell'ambito dell'apprezzamento delle prove in materia di assicurazioni sociali (cfr. RDAT II-2001 N. 91 p. 378; SVR 2001 KV Nr. 50 p. 145; DTF 126 V 360 consid. 5b; DTF 125 V 195; STFA del 4 luglio 2003 nella causa M., U 133/02; STFA del 29 gennaio 2001 nella causa P., U 162/02; DTF 121 V 6; STFA del 28 novembre 2000 nella causa P. S., H 407/99; STFA del 22 agosto 2000 nella causa K. B., C 116/00; STFA del 23 dicembre 1999 in re A. F., C 341/98, consid. 3, p., 6; STFA 6 aprile 1994 nella causa E. P.; SZS 1993 p. 106 consid. 3a; RCC 1986 p. 202 consid. 2c, RCC 1984 p. 468 consid. 3b, RCC 1983 p. 250 consid. 2b; DTF 115 V 142 consid. 8b, DTF 113 V 323 consid. 2a, DTF 112 V 32 consid. 1c, DTF 111 V 188 consid. 2b; Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in Basler Juristische Mitteilungen (BJM) 1989, p. 31-32; G. Scartazzini, Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale, Basilea 1991, p. 63). Al riguardo essi si attengono, di regola, alle attestazioni mediche, quando non ricorrano elementi idonei a giustificarne la disattenzione (cfr. DTF 119 V 31; DTF 118 V 110; DTF 118 V 53; DTF 115 V 134; DTF 114 V 156; DTF 114 V 164; DTF 113 V 46). Ne discende che ove l'esistenza di un nesso causalità tra infortunio e danno sia possibile ma non possa essere reputata probabile, il diritto a prestazioni derivato dall'infortunio assicurato dev'essere negato (DTF 129 V 181 consid. 3.1 e 406 consid. 4.3.1, DTF 117 V 360 consid. 4a e sentenze ivi citate). L'assicuratore contro gli infortuni è tenuto a corrispondere le proprie prestazioni fino a che le sequele dell'infortunio giocano un ruolo causale. Pertanto, la cessazione delle prestazioni entra in considerazione soltanto in due casi: - quando lo stato di salute dell'interessato è simile a quello che esisteva immediatamente prima dell'infortunio (status quo ante); - quando lo stato di salute dell'interessato è quello che, secondo l'evoluzione ordinaria, sarebbe prima o poi subentrato anche senza l'infortunio (status quo sine); (cfr. RAMI 1992 U 142, p. 75 s. consid. 4b; A. Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, p. 469; U. Meyer-Blaser, Die Zusammenarbeit von Richter und Arzt in der Sozialversicherung, in Bollettino dei medici svizzeri 71/1990, p. 1093). Secondo la giurisprudenza, qualora il nesso di causalità con l'infortunio sia dimostrato con un sufficiente grado di verosimiglianza, l'assicuratore è liberato dal proprio obbligo prestativo soltanto se l'infortunio non costituisce più la causa naturale ed adeguata del danno alla salute. Analogamente alla determinazione del nesso di causalità naturale che fonda il diritto alle prestazioni, l'estinzione del carattere causale dell'infortunio deve essere provata secondo l'abituale grado della verosimiglianza preponderante. La semplice possibilità che l'infortunio non giochi più un effetto causale non è sufficiente. Trattandosi della soppressione del diritto alle prestazioni, l'onere della prova incombe, non già all'assicurato, ma all'assicuratore (cfr. RAMI 2000 U 363, p. 46 consid. 2 e riferimenti ivi citati). 2.5. Il diritto alle prestazioni assicurative presuppone pure l'esistenza di un nesso di causalità adeguata tra l'evento dannoso e il danno alla salute. In caso di danno alla salute fisica, il nesso di causalità adeguata è generalmente ammesso, dal momento in cui è accertata la causalità naturale (cfr. DTF 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103). Per contro, la giurisprudenza ha elaborato più criteri per valutare l'adeguatezza del nesso di causalità tra un infortunio e dei disturbi psichici sviluppati successivamente dalla vittima. Essa ha dapprima classificato

gli infortuni in tre categorie, a seconda della dinamica: gli infortuni insignificanti o leggeri (per esempio, una caduta o scivolata banale), gli infortuni di media gravità e gli infortuni gravi. Per procedere a tale classificazione, non si deve considerare il modo in cui l'infortunio è stato vissuto dall'interessato ma piuttosto l'evento traumatico in quanto tale da un punto di vista oggettivo. In presenza di un infortunio di media gravità, occorre prendere in considerazione un certo numero di criteri, di cui i più importanti sono: - le circostanze concomitanti particolarmente drammatiche o la particolare spettacolarità dell'infortunio; - la gravità o particolare caratteristica delle lesioni lamentate, segnatamente la loro idoneità, secondo l'esperienza, a determinare disturbi psichici; - la durata eccezionalmente lunga della cura medica; - i disturbi somatici persistenti; - la cura medica errata che aggrava notevolmente gli esiti dell'infortunio; - il decorso sfavorevole della cura e le complicazioni rilevanti intervenute; - il grado e la durata dell'incapacità lavorativa dovuta alle lesioni fisiche. Non in ogni caso è necessario che tutti i criteri appena menzionati siano presenti. La presenza di un unico criterio può bastare per ammettere l'adeguatezza del nesso di causalità quando l'infortunio va classificato fra quelli al limite della categoria degli eventi gravi. Per contro, in presenza di un infortunio che si situa al limite di quelli insignificanti o leggeri, le circostanze da considerare devono cumularsi oppure rivestire un'importanza particolare affinché si possa ammettere il carattere adeguato del nesso di causalità (DTF 115 V 140s., consid. 6c/aa e bb e 409s., consid. 5c/aa e bb, 117 V 384, consid. 4c; RAMI 2002 U 449, p. 53ss. consid. 4a). 2.6. Vale qui comunque la pena di ricordare che la nozione di invalidità in ambito AI coincide di massima con quella vigente in materia LAINF (e di assicurazione militare), motivo per cui la determinazione della stessa, anche se viene apprezzata indipendentemente dal singolo assicuratore sociale, addebitabile ad un medesimo danno alla salute, conduce in via generale ad un uguale tasso (DTF 127 V 135, 126 V 291, 119 V 470 consid. 2b con riferimenti). Il TFA ha quindi ribadito la funzione coordinatrice del concetto unitario dell'invalidità nei diversi settori delle assicurazioni sociali. Questo per evitare che, in presenza della medesima fattispecie, diversi assicuratori apprezzino in modo differente il grado d'incapacità al guadagno (DTF 131 V 120). Ciononostante, il singolo assicuratore non è tenuto ad assumere automaticamente il grado d'invalidità fissato da un altro assicuratore senza predisporre i propri accertamenti, dall'altra parte esso non può determinare il tasso dell'incapacità al guadagno totalmente indipendentemente da quanto già deciso da un altro assicuratore sociale, non essendo tuttavia escluse delle differenti valutazioni (DTF 127 V 135; 126 V 292, 119 V 471). In tal senso, in una sentenza del 26 luglio 2000, pubblicata in DTF 126 V 128ss (cfr. anche Pratique VSI 2001 pp. 79ss), l'Alta Corte ha avuto modo di precisare che quando un infortunio è l'unica causa dell'invalidità, l'AI deve in linea di principio attenersi alla valutazione dell'invalidità cresciuta in giudicato in ambito LAINF. Solo in casi eccezionali, in presenza di motivi pertinenti, può essere determinato un diverso grado d'invalidità, ritenuto che una valutazione diversa non basterebbe, neppure se fosse sostenibile o persino equivalente (DTF 131 V 123). In una decisione U183/98 dell'8 luglio 1999, il TFA ha stabilito che l'assicuratore infortuni non deve scostarsi dalla valutazione dell'assicuratore AI, fintanto che quest'ultimo si fonda su un'istruzione approfondita, sia dal profilo medico che dal punto di vista professionale. Infine, gli organi dell'assicurazione invalidità non sono vincolati e devono scostarsi dalla valutazione dall'assicuratore infortuni, allorché, ad esempio, quest'ultimo abbia tralasciato di operare un raffronto dei redditi (AHI-Praxis 1998 p. 170). L'aspetto del coordinamento è in seguito stato relativizzato in successive sentenze nelle quali il Tribunale federale ha ritenuto non vincolante la

valutazione dell'invalidità da parte dell'assicurazione infortuni o dell'assicurazione invalidità per l'altro assicuratore (DTF 131 V 362; VSI 2004 pag. 182 consid. 4.3 pag. 186 [I 564/02]; cfr. inoltre pure la sentenza U 148/06 del 28 agosto 2007, consid. 6, pubblicata in DTF 133 V 549). L'Alta Corte ha infatti statuito che l'assicuratore infortuni non è legittimato ad opporsi a una decisione o a ricorrere contro una decisione su opposizione dell'Ufficio AI riguardante il diritto alla rendita in quanto tale o il grado d'invalidità, e la valutazione dell'invalidità dell'assicurazione per l'invalidità non esplica effetti vincolanti nei suoi confronti (DTF 131 V 367 consid. 2.2.). Il medesimo principio vale anche nei confronti dell'Ufficio AI con riferimento alla valutazione effettuata dall'assicuratore infortuni (STF U 148/2006 del 28 agosto 2007, pubblicata in DTF 133 V 549). Successivamente il Tribunale federale ha ancora ribadito che, l'assicurazione per l'invalidità non è vincolata alla valutazione dell'invalidità dell'assicurazione contro gli infortuni (cfr. STF 9C_529/2010 del 24 gennaio 2011; DTF 133 V 549 consid. 6; STCA 32.2015.160 del 5 ottobre 2016, consid. 2.6, STCA 32.2016.90 del 10 aprile 2017, consid. 2.2 e STCA 35.2017.35 del 30 agosto 2017, consid. 2.3; STCA 32.2017.60 del 19 febbraio 2018, consid. 2.4; STCA 35.2017.109 del 13 giugno 2018, consid. 2.7.2; STCA 35.2017.111 del 20 giugno 2018, consid. 2.8.3). 2.7. Dalle carte processuali emerge che, con decisione del 31 agosto 2017, la CO 1 - dopo aver negato l'esistenza di un nesso di causalità adeguata tra i disturbi psicogeni e l'infortunio del 19 aprile 2014 - ha riconosciuto le spese di cura fino al 28 febbraio 2017 e il diritto alle indennità giornaliere sino al 31 agosto 2017, ha negato all'assicurato l'attribuzione di una rendita d'invalidità (in quanto, nel 2016 a fronte di un reddito annuo da valido di fr. 44'291.- rispettivamente da invalido di fr. 50'139.-, tenuto conto di una capacità lavorativa residua del 75%, i postumi infortunistici non influivano in alcun modo sull'incapacità di guadagno; grado di invalidità: 0%), riconoscendo un'indennità per menomazione dell'integrità del 25% (doc. 178), facendo capo al parere del 1° febbraio 2016 del dr. med. _____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia (doc. 98) e al parere del 6 febbraio 2017 del dr. med. _____, specialista FMH in medicina generale e chirurgia, (doc. 162). Questa valutazione è stata confermata integralmente dalla CO 1 con decisione su opposizione del 7 marzo 2018 (doc. 183). Da parte sua, il ricorrente fa valere, fondandosi in particolare sulle valutazioni del 5 giugno 2018 del Prof. dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia e traumatologia e chirurgia toracica, in ambito LAINF (Doc. XI-1) e in ambito LAI (Doc. XI-2), che il suo stato di salute a tutt'oggi non si è ancora stabilizzato, che esiste un nesso di causalità naturale ed adeguato tra i disturbi psicogeni e l'infortunio del 19 aprile 2014, che ha una capacità lavorativa residua massima del 25%, tenuto conto dei problemi fisici e psichici di cui soffre e che l'IMI che, tenuto conto pure dell'aspetto psichico, deve essere del 40% (doc. I). 2.8. 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 Nr. 10 p. 33 ss. e RAMI 1999 U 356 p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un

rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. In una sentenza 8C_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465 consid. 4.4 e consid. 4.7, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve, a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. Trattandosi invece di perizie affidate dagli assicuratori sociali a medici esterni all'amministrazione o a servizi specializzati indipendenti in ossequio alla procedure di cui all'art. 44 LPGa, esse godono di piena forza probatoria, a condizione che non esistano indizi concreti che ne mettano in dubbio l'affidabilità (cfr. STF 8C_839/2016 del 12 aprile 2017 consid. 3.2 e 8C_862/2014 del 2 aprile 2015 consid. 3.2 e riferimenti ivi citati). Per quel che concerne il valore probante di un rapporto medico, determinante è che esso sia completo sui temi sollevati, che sia fondato su esami approfonditi, che tenga conto delle censure sollevate dalla persona esaminata, che sia stato redatto in piena conoscenza dell'anamnesi, che sia chiaro nella presentazione del contesto medico e che le conclusioni dell'esperto siano motivate (cfr. SVR 2002 IV Nr. 21 p. 63; DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191ss.; DTF 122 V 160 ss., consid. 1c e riferimenti). L'elemento rilevante per decidere circa il valore probante, non è né l'origine del mezzo di prova né la sua designazione quale rapporto oppure quale perizia, ma semplicemente il suo contenuto (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti). È infine utile osservare che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va, tuttavia, precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (cfr. STFA I 811/03 del 31 gennaio 2005, consid. 5 in fine; STFA I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV Nr. 10 p. 35 consid. 4b). Vale qui altresì la pena di ricordare che la regola "post hoc, ergo propter hoc" (dopo questo, dunque a causa di questo) non ha valenza scientifica. La giurisprudenza federale ha stabilito che per il solo fatto d'essere insorto dopo l'infortunio, un disturbo alla salute non può già essere ritenuto una sua conseguenza. Tale argomento è insostenibile dal profilo della medicina infortunistica e inammissibile da quello probatorio (cfr. STF 8C_725/2012 del 27 marzo 2013 consid. 7.2.2: "Der Versicherte argumentiert weiter, "woher sonst, wenn nicht vom Unfall aus dem Jahre 1993, kommen die erwähnten Beschwerden an der linken oberen Extremität?" Die mit dieser rhetorischen Frage angerufene Beweisregel "post hoc ergo propter hoc" (vgl. BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 341 f.) ist jedoch praxismässig unfallmedizinisch nicht haltbar und beweisrechtlich nicht zulässig, ..."; STF 8C_355/2018 del 29 giugno 2018; STF 8C_245/2017 dell'8 agosto 2017; STF 8C_230/2017 del 22 giugno 2017; sul tema vedi pure Th. Frei, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, Friburgo 1998, p. 30, nota 96; A. Rumo-Jungo, Rechtsprechung des

Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Zurigo 1995, p. 41; STCA 35.2017.60 del 25 settembre 2017, consid. 2.5; STCA 35.2018.33 del 18 luglio 2018, consid. 2.6). 2.9. Dagli atti dell'incarto si evince che RI 1, a causa dell'infortunio del 19 aprile 2014, è stazto degente nel servizio di chirurgia ortopedica e traumatologia dell'Ospedale _____ di _____, fino al 25 aprile 2014, sottoponendosi il 22 aprile 2014 alla " sutura della ferita del dorso del piede " e il 24 aprile 2014 alla " riduzione chiusa ed osteosintesi falange prossimale alluce di destra con k-wire " (cfr. doc. 1, 7, 9 e 17). In seguito l'assicurato ha sviluppato all'arto inferiore destro una sindrome CRPS ed un disturbo neuropatico/nocicettivo (cfr., in particolare, doc. 40, 48, 64, 77, 93 e 162), a causa dei quali si è sottoposto a svariate visite/valutazioni mediche, alcune delle quali specialistiche (segnatamente in ambito neurologico, reumatologico e ortopedico). In particolare RI 1 si è sottoposto il 23 gennaio 2015 ad una visita medica eseguita dal dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia ortopedica e ortopedia, che ha diagnosticato un " importante morbo di Sudek " (doc. 40), il 4 marzo 2015 ad un consulto medico ad opera del dr. med. _____, specialista FMH in reumatologia e riabilitazione, che ha diagnosticato una " Sindrome di Sudeck al piede destro stadio II " (doc. 48), l'8 aprile 2015 ad una visita medica eseguita dal dr. med. _____, specialista FMH in neurologia (doc. 56) e il 15 giugno 2015 alla visita medica fiduciaria del dr. med. _____, specialista FMH in medicina generale e chirurgia (doc. 64). Il 1° settembre 2015 RI 1 è stato visitato dal dr. med. _____, Leitender Arzt Fusschirurgie della _____ di _____, che nel relativo rapporto di medesima data, ha osservato quanto segue: " Diagnose: • Residualbeschwerden Vorfuss medial betont rechts bei St. n. Quetschtrauma Vorfuss rechts am 19.04.2014 mit operativer Versorgung am 24.04.2014, Spital _____ • Aktuell Verdacht auf posttraumatische neuropathische Hauptschmerzkomponenten, differenzialdiagnostisch CRPS Stadium I • St. n. Fraktur Grundphalangen 1 - 3 sowie Metatarsale 1 diaphysär sowie Basis Metatarsale 2 und 3 inklusive Ossa cuneiformia rechts. " (doc. 77; n.d.r.: il grassetto non è della redattrice) In seguito l'assicurato ha sviluppato anche dei disturbi psicogeni (diagnosticati per la prima volta durante la visita specialistica peritale del 15 gennaio 2016 eseguita dal dr. med. _____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia; cfr., in particolare, doc. 98, 169.3, doc. E e doc. F). A causa della persistenza dei dolori, nonostante le cure fisioterapeutiche e medicamentose, il 7 marzo 2016 RI 1 è stato esaminato dal dr. med. _____, capo-servizio della divisione della terapia del dolore all'Ospedale _____ di _____, che - dopo aver posto quale problema principale una " CRPS cronica al piede destro in esiti da schiacciamento con fratture multiple alle falangi prossimali I-III e fratture delle ossa metatarsali I-II il 19.04.2014 " - ha osservato che: " Si tratta di un paziente 40enne che, a seguito di uno schiacciamento dell'avampiede destro nell'aprile 2014, ha sviluppato una CRPS con dolori locali che a tutt'oggi, nonostante i reiterati interventi terapeutici e le diverse valutazioni specialistiche, risultano gravemente invalidanti. Il paziente assume attualmente Lyrica 2x150 mg ma ha sospeso la medicazione con oppiacei (Targin) perché ininfluente; egli ha assunto un trattamento di lunga durata con bifosfonati, gli sono stati applicati blocchi simpaticolitici lombari, l'ergoterapia intensiva è risultata di scarso beneficio. (...). Ritengo che una neuromodulazione spinale possa essere a questo punto come possibile risorsa analgesica. (...)." (doc. 101). Il 19 settembre 2016 è stato quindi impiantato a RI 1 un elettrodo di stimolazione del ganglio spinale di L5 a destra, presso il Centro _____ dell' _____ (doc. 134.1). Il 14 ottobre 2016 il dr. med. Paolo Maino, Viceprimario del Centro _____ dell' _____, informava la

CO 1 che: " (...) Il paziente è stato valutato fino al 26.09.2016. Purtroppo, nonostante un'ottima copertura dell'area dolente con la stimolazione elettrica, il paziente, al contrario di quello che capita abitualmente, ha avvertito addirittura un aumento dei dolori riferendo una sensazione di intorpidimento del piede che percepiva come fastidiosa e che aumentava al sua difficoltà nella deambulazione. Ha inoltre riferito nausea e vomito con sensazione di giramento di testa per cui nonostante le diverse modifiche sull'impostazione della stimolazione si è deciso di sospendere il test dopo 7 giorni e di rimuovere l'elettrodo in data 26.09.2016. Purtroppo, visto il fallimento del tentativo di neuromodulazione, non abbiamo ulteriori proposte antalgiche a disposizione se non quelle medicamentose già in corso. (...)" (doc. 134.1) Il 21 dicembre 2016 il dr. med. _____, ha attestato quanto segue: " (...) Ricordo che il paziente presenta una problematica algica cronica invalidante al piede destro, che persiste a distanza di 2 anni e mezzo dall'evento traumatico scatenante. Egli ha sviluppato una CRPS conclamata con dolori locali, segni di disfunzione neurovegetativa, limitazioni della mobilità articolare locale ed osteopenia diffusa del piede; è stato applicato l'abituale trattamento farmacologico della CRPS e si sono fornite cure ergoterapiche mirate. Ho seguito il paziente dalla fine dal 2014 all'inizio del 2016 assicurando la continuità della cura fino al tentativo di trattamento tramite neuromodulazione radicolare, che è stato eseguito nella primavera di quest'anno presso l'Ospedale _____; anche quest'ultimo approccio terapeutico non ha permesso di attenuare i dolori né di migliorare le conseguenti limitazioni funzionali ed è stato di conseguenza abbandonato. Alla mia attuale visita rilevo una condizione clinica identica a quanto documentato in precedenza. Il paziente presenta dolori continui all'avampiede destro ed a livello della caviglia, l'appoggio completo del piede alla stazione eretta ed alla marcia è impossibile, il paziente deambula con il sostegno di 2 stampelle caricando solo brevemente il calcagno. A tuttora attiva la medicazione con Lyrica 2x150 mg, che si associa a Dafalgan 2-3 g/die; il paziente non assume da tempo alcun oppiaceo (un trattamento con Targin 6 stato sospeso nel 2015 perché privo di benefici e mal tollerato). È chiaro che a questo punto le opzioni terapeutiche residue si limitano a misure palliative generiche con scarse prospettive di recupero funzionale. Da parte mia propongo un ciclo di infusioni con Ketamina a basso dosaggio secondo un protocollo specifico per la CRPS, che prevede una somministrazione settimanale del farmaco sotto monitoraggio cardiovascolare per 4 volte con eventuali ripetizioni successive ad intervalli crescenti a dipendenza della risposta clinica. Dal punto di vista lavorativo persistono massicce limitazioni funzionali. La capacità lavorativa in attività che richiedono la posizione eretta o la deambulazione è indiscutibilmente dello 0%. La capacità lavorativa in posizione seduta non può essere considerata completa poiché i dolori al piede impediscono anche il mantenimento in posizioni statiche prolungate senza carico; è pensabile una reintegrazione professionale di prova al 50% in attività svolte in posizione seduta, compatibilmente con le competenze professionali presenti. La capacità lavorativa non può essere migliorata con ausili medici specifici, le prospettive di recupero funzionale a lungo termine sono scarse. (...)" (doc. 146) Il 4 gennaio 2017 il dr. med. _____, specialista FMH in medicina generale, ha scritto al medico fiduciario quanto segue: " (...) Ho quindi avuto modo di sentire la maggior parte dei colleghi coinvolti (Dr. _____, Dr. _____, Dr. _____ e da ultima la dr.ssa _____). I miei colleghi concordano, anche a seguito dei vari tentativi e delle risposte infruttuose ottenute, che il paziente sia da considerare come caso psicosomatico (probabilmente nel senso di una sindrome post-traumatica/disturbo somatoforme con amplificazione somatica e sociale del disagio). (...). Dato il caso ed i vari tentativi di terapia in ambito del dolore cronico

rivelatisi infruttuosi ritengo che in questo caso e contesto l'unica opzione con intento curativo, sebbene siano passati quasi tre anni dall'accaduto, rimanga quella di un tentativo di riabilitazione psicosomatica intensiva (in regime di degenza). Altri interventi sarebbero solo effettuati con un intento palliativo. L'intervento in regime stazionario permetterebbe di lavorare in modo intensivo ed in modo integrato (psicofisico) al fine di riuscire per quanto possibile a rielaborare ed integrare il trauma occorso non solo sul piano fisico ma anche psichico e sociale con vari approcci terapeutici (terapia sensomotoria, sostegno psicologico, fisioterapia/rinforzo muscolare, counselling motivazionale, rilassamento ecc.). Mi è difficile poter esprimere una prognosi, proprio anche per il fatto che è passato diverso tempo, ma senza un tentativo intensivo è anche molto verosimile che il caso si trasformi a tutti gli effetti in un caso psichiatrico con una prognosi non di certo più favorevole che se fosse trattato in un contesto psicosomatico. Va infine considerato che questo investimento, se dovesse dimostrarsi efficace, avrebbe un impatto non indifferente sui costi sociali generati dal caso qualora il paziente dovesse invece rimanere come ora o peggiorare. Visto il potenziale non indifferente di recupero, va come scritto sopra sospesa la decisione proposta dall'Al fino ad una rivalutazione dopo aver investito sul paziente come sopra proposto. Sono quindi convinto che il paziente meriti questo tipo di intervento/approccio ed ho già verificato in primis la volontà del paziente che si è dimostrato d'accordo e collaborante. Il paziente è motivato a guarire e non intende voler restare a carico delle assicurazioni sociali senza aver tentato tutto il possibile per recuperare per quanto possibile uno stato ad integrum o perlomeno una gestione migliore della situazione attuale. In vista di una decisione di copertura dei costi per una riabilitazione in ambito psicosomatico che spero sarà positiva a ho verificato anche le premesse positive per un contratto terapeutico (d'impegno) del paziente. Contemporaneamente alla presente provvedo pertanto alla formale richiesta per una riabilitazione psicosomatica in regime di degenza, presso la clinica _____, la CO 1 deciderà in merito dopo aver ricevuto la sua valutazione. (...)" (doc. 148) Nel proprio apprezzamento medico del 6 febbraio 2017 il dr. med. _____, specialista FMH in medicina generale e chirurgia, nonché esperto in medicina infortunistica e medico fiduciario della CO 1, al termine della visita del 10 gennaio 2017, ha concluso quanto segue: " (...) esiti di infortunio in data 19 aprile 2014 a seguito del quale il paziente ha subito • trauma da schiacciamento al piede destro (...). Il decorso è complicato da una algodistrofia di Sudeck importante (CRPS) stadio 2, attualmente regredita allo stadio I, trattata con le classiche terapie medicamentose e nell'ambito della terapia del dolore mediante simpaticolisi lombare. Contestualmente da menzionare anche la componente di neuropatia del ramo plantare mediale del nervo tibiale sensitivo destro accertata mediante prove elettrofisiologiche; alla deambulazione, sovraccarico in sede laterale del piede causa tendenza a portare la caviglia in supinato. Permangono importanti algie, impedimento alla deambulazione normale che avviene con stampelle, carico solo sulla parte laterale, atteggiamento del piede in prono-supinato, atrofia muscolare, impedimento funzionale di tutte le articolazioni dalla caviglia verso distale. Attualmente è pure manifesta una tendenza depressiva. E' stato proposto al paziente un approccio psicosomatico con supporto fisiatrico e psicologico in regime stazionario procedere che il paziente rifiuta. Vi è inoltre la proposta nell'ambito della terapia del dolore mediante infusioni con Chetamina secondo protocollo specifico per la CRPS verso cui il paziente, dopo approfondito colloquio, risulta pure avverso. A distanza di oltre due anni e mezzo dall'infortunio, si è confrontati con uno stato da considerare stabilizzato situazione che, in ossequio alla Lainf, pone in essere la chiusura del caso con definizione dei postumi permanenti. (...). RISPOSTA AI QUESITI

PERITALI. Ad 5 I disturbi soggettivi sono più che obiettivabili. Ad 6 – Causalità Non sono ravvisabili fattori estranei all'infortunio che ci occupa o agli atti terapeutici ad esso conseguiti. Nella fattispecie la situazione interessante l'arto inferiore destro (piede, caviglia, dita) è in nesso causale diretto con l'infortunio in causa. Ad 7 – Prognosi Rese le spiegazioni nel corso del colloquio con i coniugi RI 1, risulta impossibile attendersi sensibili miglioramenti della situazione mediante qualsivoglia terapia. Il paziente non intende sottoporsi alle terapie proposte; la terapia con Ketamina, a me conosciuta e già protocollata secondo i parametri della Evidence-based medicine, (EBM), sappiamo non dare comunque enormi garanzie di successo; non sono, per contro, a conoscenza dei protocolli dell'approccio della medicina somatica con tutti i supporti accompagnatori in quanto non ho potuto reperire pubblicazioni di riferimento con statistiche al riguardo. In ogni caso il paziente non desidera sottoporsi ad altre terapie. Ad 8 - Ulteriori provvedimenti Il paziente necessita di stampelle, in ragione di almeno un paio all'anno. E' necessario proseguire l'assunzione regolare di Lyrica 2 x 150 mg. al giorno e Dafalgan alto dosato quotidianamente. Non mi esprimo sull'aspetto psichiatrico che è stato approfondito compiutamente a livello specialistico. Ad 9 - Capacità lavorativa in mansione di tuttofare il paziente è da considerare invalido almeno nella misura del 50%-60% e solo a fronte dei soli postumi infortunistici. Non vi sono componenti extra infortunistiche che concorrono ad una diminuzione della capacità lavorativa. Ad 9.2 - Impedimenti, esigibilità, limitazioni Il paziente non è in grado di deambulare con le stampelle per oltre 300-400 metri poiché, caricando sulle stampelle, l'appoggio del piede destro avviene unicamente sulla parte laterale prevalentemente calcaneare. Il signor RI 1 non è in grado di salire e scendere in maniera ripetitiva, non è in grado di deambulare sui talloni e sulle punte, non è in grado di accovacciarsi od inginocchiarsi; non è in grado di portare pesi (nessun peso) deambulando. Egli può lavorare in posizione seduta per la durata di circa 40 alternando poi la posizione eretta per circa 5 minuti. L'utilizzo senza carico delle braccia non è limitato. La tenuta della presenza sulla giornata lavorativa, allo stato attuale, non potrà superare la durata di 6 ore sulle 8 ore. Un reintegro professionale dovrà avvenire in maniera progressiva, inizialmente durante 2-3 ore al giorno per la durata di tre mesi per poi aumentare gradualmente a scadenza bimensile raggiungendo le 6 ore ed introducendo la pausa del mezzogiorno. (...)" . Ad 10 - Valutazione menomazione alla integrità fisica Sulla base legale degli articoli 24 e 25 LAINF e articolo 36, all. 3 OAINF la valutazione della menomazione alla integrità fisica è stimata come segue: Valutazione: 25% secondo pubblicazione medica Suva, tabella 5.2 per stato comparabile ad artrosi di grado grave dell'articolazione di Liesfranc con componente di lesione neurologica del ramo plantare mediale del nervo tibiale sensitivo destro dimostrata agli esami neurofisiologici." (doc. 162; n.d.r.: il grassetto non è della redattrice) Il 6 marzo 2017 la dr.ssa med. _____, psichiatra curante dell'assicurato dal 19 dicembre 2016, dopo aver posto la diagnosi di episodio depressivo di media gravità (ICD-10:F 32.1) e di sindrome posttraumatica da stress (ICD-10:F 43.1), ha concluso per una prognosi incerta, tenuto conto della incertezza del potenziale di reintegro nel mondo del lavoro, in quel momento non ancora esplorato, e del ritiro della patente (doc. 169.3) risalente al 7 febbraio 2017 (doc. 161). In data 29 marzo 2017 la psichiatra curante ha attestato un'IL del 100% dal 19 aprile 2014 al 31 marzo 2017 e una IL del 50% dal 1° aprile 2017 e continua a tempo indeterminato in un'attività adeguata ai limiti funzionali somatici indicati del medico fiduciario nel rapporto del 6 febbraio 2017 (doc. 172.2). Il 21 giugno 2017 il dr. med. _____, specialista FMH in ortopedia e traumatologia, ha attestato quanto segue: " (...) Il signor RI 1 è stato effettivamente vittima di un incidente di grado

medio al piede destro che tuttavia è stato complicato dalla ben nota CRPS (nota anche come algoneurodistrofia) che ha portato a dei reliquati severi. Tali reliquati hanno comportato dei sintomi non solo (anche se soprattutto) al piede destro ma anche ad altri distretti, primo di tutti quello psichico e secondariamente ad altri distretti muscolo-scheletrici quali la schiena (lombosciatalgia destra attualmente in fase di studio mediante una risonanza magnetica) e le spalle (a causa del costante utilizzo delle stampelle). Nel complesso i sintomi e l'impotenza funzionale hanno costretto il signor RI 1 ad un lungo periodo di inabilità ed alla impossibilità di mobilizzarsi autonomamente a piedi per tratti superiori ai 400 metri. Essendogli stata ritirata la patente è quindi dipendente da terzi per muoversi in auto quando deve percorrere tragitti superiori a 400 metri. Questa limitazione trova conferma all'esame obiettivo, in cui si notano tra tutte un'ipotonotrofia del polpaccio (-2.8 cm a destra, risultato della scarsa mobilità e dello scarso appoggio del piede a terra), un'ipersensibilità alla palpazione soprattutto delle dita IV del piede e a livello del meso e retro piede (che rende quindi difficile appoggiare il peso a terra con un carico completo), nonché una ridotta mobilità della caviglia (flessione plantare ridotta di 12° e flessione dorsale ridotta di 17° rispetto alla caviglia controlaterale). La percentuale di abilità lavorativa fissata dal Dr. _____ è quindi dal mio punto di vista del tutto plausibile alla luce del mancato beneficio di tutte le terapie proposte (non ultimo l'impianto di uno stimolatore elettrico a livello spinale poi rimosso). In altre parole propongo anch'io un reinserimento lavorativo di 3 ore al giorno per progredire, eseguendo prima una rivalutazione ad esempio ogni 2-3 settimane ad un massimo di 6 ore/die con la necessità di offrire una postazione di lavoro adeguata (evitare di dover mantenere a lungo la stessa posizione, evitare di salire/scendere le scale ripetutamente, evitare di sollevare pesi). È inoltre da considerare il tragitto che il signor RI 1 dovrà fare dal suo domicilio al posto di lavoro che a mio avviso deve essere in vicinanza di una fermata dei mezzi pubblici e ben raggiungibile a piedi senza dover percorrere lunghe distanze." (doc. 175.1) Il 5 giugno 2018 l'assicurato è stato visitato dal Prof. dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia e traumatologia e chirurgia toracica, in ambito LAINF (Doc. XI-1) e in ambito LAI (Doc. XI-2), che aveva consultato privatamente. Nella relativa "perizia" in ambito LAINF relativa alla visita del 30 maggio 2018, il Prof. dr. med. _____ (Doc. XI-1), ha attestato quanto segue: "(...) Diagnosi Stato dopo importante trauma da schiacciamento dell'avampiede mediale destro con multiple fratture dei metatarsi mediali, traumatizzazione del Lisfranc, fratture dislocate multiple delle prime tre falangi prossimali mediali e lacerazione della pelle dorsale del piede destro. Insorgenza di una sindrome di Sudeck - CRPS grave che durante il decorso di 4 anni ha raggiunto un punteggio di 16 punti su 16 nello score di severità della CRPS (allegato). Persiste tuttora un punteggio di 14 su 16. Grave decondizionamento fisico con atrofie muscolari diffuse agli arti inferiori, prevalente a destra. Perdita della simmetria posturale e del controllo cerebrale della simmetria con atteggiamento scoliotico della colonna, insorgenza di coxopatia dolorosa a destra. Grave perdita di funzione del piede e dell'arto inferiore destro causata da persistenza di disestesia dolorosa e allodinia dell'avampiede destro. Neuropatia da schiacciamento del ramo plantare mediale del N. plantare (Dr. _____). Prognosi Il caso non è ancora stabilizzato. La ginnastica condotta da un fisioterapista e la mobilizzazione in piscina possono ancora migliorare la condizione fisica. Un coaching psico-sociale mirato può aumentare il raggio di mobilità, la risocializzazione e la ricerca di un'attività lavorativa. D'accordo con la valutazione indicata nella perizia del Dr _____? Il paziente al momento è gravemente inabile per qualsiasi tipo di lavoro. Non gli si può sottoporre un'attività alla stazione eretta e nemmeno un'attività

in posizione seduta su tutto l'arco della giornata. Al massimo in posizione seduta gli si può sottoporre di lavorare 1/4 della giornata, permettendogli di cambiare posizione ogni 10-30 minuti per ovviare alle sensazioni brucianti che s'installano quando mantiene la stessa posizione. Il rendimento in una professione che rispettasse queste condizioni può essere quantificato al 20% e non al 50%-60% come elencato nella perizia. Ritengo che la capacità lavorativa dell'assicurato è al momento del 20% (...). Un'evoluzione positiva può essere attesa nel corso dei prossimi 5 anni. Si ritiene adeguata una rivalutazione al più presto tra due anni. E' possibile che con l'aiuto alla ricerca di un'attività anche per qualche ora giornaliera, vista l'abilità del paziente al computer e alla gestione di elenchi o liste, quest'inabilità lavorativa dell'80% possa essere portata anche a un 50% nel corso dei prossimi 5 anni. (...)" (doc. XI-1; ndr: il grassetto non è della redattrice) Nella relativa "perizia" in ambito LAI relativa alla visita del 30 maggio 2018, il Prof. dr. med.

_____ (Doc. XI-2), il medesimo specialista ha attestato quanto segue: " (...) Ad 3.) Qual è stata l'evoluzione di questi disturbi? Negli ultimi mesi i disturbi si sono stabilizzati e il paziente vi si è adattato. Il riconquistato permesso di guida gli ha permesso di allargare il suo raggio di mobilità e di rendersi utile parzialmente nell'economia domestica andando a prendere con l'auto le figlie a scuola. Vi una diminuzione dell'asimmetria della colorazione cutanea e della asimmetria della sudorazione. Ad 4.) Il caso è stabilizzato? Quali cure mediche o indagini mediche sono necessarie? Le cure mediche ora necessarie consistono in un coaching psicosociale che lo stimoli a riconquistare sempre di più la propria mobilità malgrado i sintomi dolorosi, che lo esorti a prolungare il raggio d'azione alla deambulazione con i bastoni, a eseguire regolari esercizi di ginnastica mattutina per tener mobili anche, dorso, ginocchia e caviglie, il tutto completato da almeno 3 volte alla settimana sedute di mobilizzazione in piscina. Particolarmente si chiede che la ginnastica insegnata da un fisioterapista gli permetta di simmetrizzare il portamento ora gravemente compromesso dal carico mono-podale e riconquistare con esercizi autonomi di desensibilizzazione la giusta percezione della sensibilità al piede destro. Le cure medicamentose psichiatriche sono da mantenere in decrescendo, curando soprattutto ancora per qualche mese la presa di un sonnifero notturno (già prescritto). Non sono indicati ulteriori intervento medici o psichiatrici, ad eccezione del citato coaching psicosociale, che lo aiuti nel frattempo a cercare una occupazione lavorativa parziale congrua con le sue limitazioni fisiche. (...). Ad 6.) Prognosi. Il caso non è ancora stabilizzato. La ginnastica condotta da un fisioterapista e la mobilizzazione in piscina possono ancora migliorare la condizione fisica. Un coaching psico-sociale mirato può aumentare il raggio di mobilità, la risocializzazione e la ricerca di un'attività lavorativa. (...)" (ndr: il corsivo non è della redattrice). Interpellato da questo Tribunale in merito alle considerazioni espresse dallo specialista in questione, il dr. med.

_____, ha osservato quanto segue nello scritto del 13 agosto 2018: " Esigibilità lavorativa, rispettivamente capacità lavorativa in attività adeguata: in base al riscontro clinico da me accertato in data 10 gennaio 2017, valutai una capacità lavorativa in attività adeguata nella misura massima del 75% da raggiungere gradualmente, iniziando dapprima con 2-3 ore di lavoro al giorno per la durata di tre mesi, incrementando gradualmente le ore a scadenza bimensile per raggiungere le 6 ore quotidiane, inserendo in ogni caso la pausa di mezzogiorno. A questo riguardo, nella perizia del Prof. _____ non vi sono elementi atti a cambiare la mia posizione per le seguenti ragioni: come ho spiegato nel mio scritto del 25 luglio scorso ho chiesto di prendere conoscenza delle conclusioni peritali del Prof.

_____ per verificare se fossero intervenuti cambiamenti evidenti fra lo stato clinico da me rilevato nel gennaio 2017 e quello rilevato dal Prof. _____ il 5.6.2018 ovvero a

distanza di praticamente un anno mezzo dalla mia visita. In effetti vi è un cambiamento riferito alla misurazione delle masse muscolari degli arti inferiori. Nei due punti di analogo rilevamento, gamba/polpaccio e avampiede/arco piede, le misurazioni sono le seguenti: gamba/polpaccio: Prof. _____ polpaccio destro cm. 31 sinistro cm. 34 Dott. _____ gamba (polpaccio) destra cm. 27.5 sinistra cm. 32.5 Differenza destra + cm. 3.5 sinistra + cm. 1.5 sec. recente rilievo Prof. _____ avampiede/arco piede: Prof. Martinoli arco piede destro cm. 22.5 sinistra cm. 22.5 Dott. Simoni avampiede destro cm. 21.3 sinistra cm. 23 Differenza destra + cm. 1.2 sinistra + cm. 1.5 Questi rilevamenti depongono per un maggiore utilizzo dell'arto inferiore destro per esempio nella deambulazione, nei movimenti di flesso-estensione della caviglia destra; guadagnare cm. 3.5 nella circonferenza massima della gamba destra è un elemento rilevante ed è la prima motivazione che mi induce a mantenere la mia posizione. Per il secondo motivo cito e riporto, quali premesse, quanto affermò il paziente in occasioni delle visite peritali o dei contatti con i curanti e non (Dott. _____, Prof Martinoli, il sottoscritto) che mi permetteranno poi di finalizzare la motivazione: Consulenza psichiatrica Dott. _____, 1.2.2016, il quale riassumeva quanto il paziente riferiva: "si alza generalmente fra le 07/07.30 insieme ai figli e alla moglie, accompagna spesso i figli a scuola con l'auto e va a riprenderli. Passa il resto della mattinata davanti alla TV o va in piscina ove talvolta incontra qualche amico. Il sabato o la domenica mattina va con la moglie a fare le spese. Pranza solitamente con la moglie e i figli e li riporta a scuola con la sua auto. Il pomeriggio lo trascorre per lo più in casa davanti alla TV o al computer. Anche alla sera sta prevalentemente in casa a guardare la TV e va a coricarsi verso le 22.00-22.30. A giorni riesce ad addormentarsi senza problemi particolari altre volte fa più fatica. Solitamente dorme durante la notte (ma non sempre). Ogni tanto fa esercizi con la cyclette che ha in casa, anche se questi esercizi spesso peggiorano i suoi dolori". Visita Prof. _____, 30.5.2018 il quale riporta quanto riferito dal paziente: "ha riavuto il permesso di guida; guida per corti tragitti, da 50 massimo 100 km. aziona gas e freno con l'esterno del piede destro ; aiuta la moglie andando a prendere i ragazzi a scuola con l'auto; va una volta alla settimana in piscina; non riesce a portare le scarpe normali "; in riferimento alle occupazioni giornaliere il paziente ha segnalato di passare il tempo soprattutto alla TV oppure lavorando al computer: su quest'ultimo tema ha dimostrato anche la sua abilità e cognizioni in materia in presenza del Prof. _____. Al sottoscritto il paziente riferì analoga situazione come pure di avere l'impressione di una certa stabilizzazione dei sintomi. Queste indicazioni confermano come il paziente sia in grado di rimanere seduto per un ragionevole tempo (TV, computer) guida 50 -100km. alternando stazione seduta prevalente 45-50minuti 3-5 minuti in piedi; di conseguenza è ragionevole pensare che egli sia in grado di compiere lavori confacenti in queste posizioni con le tempistiche da me indicate in perizia in modo da permettere al paziente di riabituarsi al lavoro. Il Prof _____ ritiene che il paziente dovrebbe sottoporsi ancora a terapie, in particolare fisioterapia e un coaching psico-sociale. Nelle mie conclusioni peritali, sotto la voce conclusioni, indicavo come, prima di procedere alla definizione del caso, erano stati proposti al paziente due approcci terapeutici: dapprima un approccio psicosomatico con supporto fisiatrico e psicologico in regime stazionario, rifiutato dal paziente; ulteriormente proposti, nell'ambito della terapia del dolore, un trattamento mediante infusioni con Ketamina secondo protocollo specifico per CRPS verso cui il paziente dimostrò completa avversità. Per quelle motivazioni, in ossequio alla Lainf, si portò il caso a definizione essendo la situazione abbastanza stabile e non potendo più offrire terapie utili a migliorare lo stato del paziente. Infine menziono uno stralcio di una

valutazione clinica del Dott. _____, specialista nella terapia del dolore, in data 20.12.2016 il quale aveva, appunto, proposto il ciclo di infusioni con Ketamina secondo protocollo CRPS. In quel mentre proprio lo specialista si esprime su impedimenti ed esigibilità nell'ambito lavorativo pensando ad un ripristino della capacità lavorativa non superiore al 50% in mansioni sedentarie e a titolo probatorio. (...)" (doc. XVIII+I; n.d.r.: il grassetto e il corsivo non sono della redattrice). In merito al parere del medico fiduciario, il Prof. dr. med. _____, nello scritto del 21 agosto 2018 (Doc. L), ha rilevato quanto segue: " (...) Sono contento del fatto che il dr _____ abbia condiviso i reperti obiettivi da me certificati nella mia perizia del 5 giugno 2018. In modo particolare rilevo che a ragione il dr _____ fa notare che la muscolatura del RI 1 al polpaccio sia aumentata di diametro dal momento della sua visita al momento della mia visita a certificare un maggior uso della gamba da parte del paziente. Faccio notare comunque che mancano ancora ben 3 cm per raggiungere il diametro della gamba sana. Ci troviamo dunque di fronte a una grave e ancora persistente atrofia muscolare a significare l'uso in risparmi della gamba lesionata pur se con segni di miglioramento. Per quanto riguarda la possibilità di eseguire un lavoro anche seduto mi permetto di elencare qui sotto in corsivo le osservazioni e i rilievi da me registrati nella perizia che avevo stilato il 5.6.2018 a commento del progetto di decisione dell'Ufficio Al del 17 aprile 2018. Soggettivamente: (...). Oggettivamente: Reperti alla visita dal 30.05.2018 Il paziente ha raggiunto il mio domicilio accompagnato con l'auto dalla moglie fino al posteggio di _____ e compiendo a piedi un tragitto di circa 100 m lievemente in salita. Alla fine della salita a casa mia ho constatato un affaticamento e una lieve dispnea che cessa subito. Raggiunge il mio studio medico situato al secondo piano salendo i due piani di scale con le stampelle uno scalino alla volta con prudenza. Rifà dopo la visita il percorso a ritroso nella stessa maniera. Anche inosservato, la sua deambulazione ai bastoni è prudente e l'appoggio col piede destro è solo parziale sul bordo esterno Durante la visita in presenza della moglie rimane seduto sul divano per un buon quarto d'ora. Si alza poi perché lo esorto a mostrarmi la postura e la deambulazione. Non riesce a restare in piedi appoggiato alle grucce più di un quarto d'ora; deve di nuovo sedersi, per poi alzarsi nuovamente non appena sente riprendere il bruciore al piede destro. La moglie lo aiuta a levare le calze e a rimetterle. Richiesto di mettersi le calze da solo, riesce a mettersi soltanto la sinistra, mentre senza l'aiuto della moglie fa fatica anche da sdraiato a infilare il piede destro nella calza. Non riesce a raccogliere oggetti da terra e con grande abilità mediante una gruccia si aggiusta nella direzione adeguata le ciabatte in maniera da infilarle con il piede. Porta solo ciabatte di confezione tipo "croc", foderate di pelliccia di lana artificiale senza ritenuta posteriore, malgrado questa gli sia stata consigliata dal perito durante il riesame di guida. Non riesce a piegarsi da seduto per tagliarsi le unghie dei piedi. La notte deve alzarsi spesso, dorme appoggiato sul fianco sinistro e tiene la gamba destra al di fuori delle lenzuola e delle coperte poiché non sopporta il contatto di esse. Da questi rilievi si evidenzia chiaramente che il paziente è impossibilitato nell'eseguire qualsiasi attività alla stazione eretta e massicciamente limitato nelle attività da svolgere da seduto per la presenza di persistenti dolori spontanei tipici della sindrome CRPS che lo affliggono praticamente in tutte le posizioni e in tutti i tipi di appoggio. Rilevo a questo proposito che la CRPS affligge non solo il piede lesionato ma anche se pur in maniera decrescente verso prossimale tutto l'arto inferiore afflitto. Proprio per questi aspetti gravemente limitanti della capacità lavorativa confermo la mia valutazione della esigibilità lavorativa attuale rispettivamente capacità lavorativa in attività adeguata del 20%. Essa è congrua con la mia valutazione ad uso dell'Al della abilità lavorativa nel lavoro domestico

che avevo fissato al 10 %. La impressione generale sia dai dati soggettivi che da quelli oggettivi è che l'intensità della devastante CRPS sia in regressione (da un massimo di 16 punti agli attuali 14 (secondo lo score CRPS citato da Frank Birklein e Violetta Dimova nella pubblicazione Complex regional pain syndrom: an up to date. Pain Rep 2017 Nov 2(26):e624). Siamo comunque a 4 anni dall'incidente e sicuramente l'adattamento a una attività stazionaria da eseguirsi seduta con le pause menzionate dal dr Simoni irrealistico: tanto dura l'invalidità causata da questa malattia (che per fortuna solo raramente accompagna dei traumi), tanto dura la regressione dei sintomi della CRPS. Per questo mi ero espresso ipotizzando un possibile miglioramento dell'abilità lavorativa non prima di due anni. (...)" (doc. L; n.d.r.: il grassetto e il corsivo non sono della redattrice). 2.10. Stante quanto precede, è incontestato che l'assicurato abbia sviluppato una CRPS a seguito dell'infortunio del 19 aprile 2014, tuttavia la documentazione agli atti (in particolare, le divergenti valutazioni del dr. _____ e del Prof. dr. med. _____ riassunte al precedente considerando) non consentono di stabilire, perlomeno con il grado della verosimiglianza preponderante, il decorso (e le ripercussioni sullo stato di salute e sulla capacità lavorativa residua dell'assicurato) avuto da tale patologia. Trattasi di un aspetto determinate ai fini della valutazione della presente fattispecie. In effetti, con riferimento al nesso di causalità adeguato negato dall'assicuratore LAINF per quanto concerne i disturbi psicogeni sviluppati dall'assicurato, va rilevato che il sinistro occorso a RI 1, tenuto conto della sua dinamica oggettiva riassunta al consid. 1.1, va classificato tra gli eventi di media gravità all'interno della categoria intermedia, conformemente alla giurisprudenza cantonale e federale (cfr. STCA 35.2017.29 del 17 agosto 2017; STCA 35.2005.94 del 24 aprile 2006; STF U 18/01 del 19 ottobre 2001). Per ammettere l'adeguatezza del nesso causale, è quindi necessaria la presenza di un fattore in maniera particolarmente incisiva oppure devono essere adempiuti almeno tre dei criteri di rilievo (cfr. STF 8C_897/2009 del 29 gennaio 2010 consid. 4.5, pubblicata in SVR 2010 UV Nr. 25 p. 100 seg.) enunciati al consid. 2.5. Ora, l'assicuratore LAINF ha già riconosciuto adempiuti come il criterio attinente ai "disturbi somatici persistenti" e quello della "durata dell'incapacità lavorativa dovuta alle lesioni fisiche" (cfr. doc. 149). In siffatte circostanze il decorso della CRPS risulta decisivo nella valutazione del criterio relativo al "decorso sfavorevole della cure e le complicazioni rilevanti intervenute", che, se parimenti adempiuto, imporrebbe il riconoscimento di un nesso di causalità adeguato tra i disturbi psicogeni sviluppati dall'assicurato e l'evento infortunistico del 19 aprile 2014. Laddove, a seguito di ulteriori accertamenti medici, dovesse essere riconosciuto pure un nesso di causalità naturale, i disturbi psicogeni andrebbero presi in considerazione ai fini della vertenza, incluso per la determinazione della stabilizzazione dello stato di salute dell'assicurato come pure della capacità di lavoro residua e dell'IMI. Va pure considerato che l'accertamento del decorso della CRPS risulta decisivo anche ai fini della determinazione della stabilizzazione dello stato di salute dell'assicurato come pure della capacità di lavoro residua e dell'IMI. Da questi profili, quindi, la presente fattispecie necessita di un complemento d'istruttoria. In conclusione, stante quanto appena esposto, sulla base degli atti (e non potendo ritenere convincenti e pienamente probanti le considerazioni del dr. med. _____ alla luce delle argomentazioni sollevate dal Prof. dr. med. _____ riassunte al precedente considerando), questo Tribunale non può, con la necessaria tranquillità, escludere che, come sostenuto dal ricorrente, per un verso, i disturbi psichici di cui soffre si trovino in un nesso di causalità naturale e adeguato con l'infortunio in discussione e andrebbero, quindi, presi in considerazione ai fini della determinazione della stabilizzazione del suo stato di salute

come pure delle prestazioni di lunga durata LAINF alle quali ha diritto rispettivamente che, per altro verso, il suo stato di salute non è stabilizzato a causa del decorso sfavorevole della CRPS che ha avuto pure dei risvolti maggiormente gravosi sulla sua capacità di lavoro residua, rispetto a quanto considerato dall'assicuratore LAINF. 2.11. Pertanto, per le ragioni che precedono, questa Corte, tutto ben considerato, ritiene che vi siano elementi sufficienti per rendere im prescindibile la messa in atto, da parte dell'assicuratore LAINF, innanzitutto, di un approfondimento peritale specialistico volto ad accertare il decorso della CRPS e le relative conseguenze di tale patologia sulla stabilizzazione dello stato di salute dell'assicurato come pure sulla sua capacità lavorativa residua, e, secondariamente, a dipendenza del risultato di tale accertamento, di una verifica del nesso di causalità adeguato dei disturbi psichici e, se ammesso, di un accertamento medico volto a chiarire se è pure dato un nesso di causalità naturale tra essi e l'infortunio in discussione. Gli atti devono, quindi essere rinviati all'amministrazione per ulteriori accertamenti, incluso l'aggiornamento degli atti AI. Sulla base delle relative risultanze, l'assicuratore LAINF sarà poi chiamato a definire nuovamente il diritto alle prestazioni dell'assicurato dal profilo materiale e temporale. 2.12. Il patrocinatore dell'insorgente ha chiesto il richiamo dell'intero incarto AI n. 756.4516.9652.75 riguardante il suo assistito, l'esperimento di una perizia medica giudiziaria, l'audizione testimoniale del suo cliente, del signor _____ e della dr.ssa. _____ (inclusa la produzione della cartella clinica dell'assicurato). Per quanto concerne l'audizione testimoniale del ricorrente, non essendo stata presentata una domanda esplicita di procedere a un'udienza pubblica (cfr. STF 9C_578/2008 del 29 maggio 2009 consid. 4.8.; DTF 122 V 55 consid. 3a con riferimenti) ma soltanto una richiesta di audizione personale (al riguardo, si veda il doc. IX; cfr. SVR 2009 IV Nr. 22 p. 62; DTF 125 V 38 consid. 2), il TCA rinuncia all'audizione in quanto superflua ai fini dell'esito della vertenza. Alla luce di quanto appena esposto (cfr. consid. 2.12), il TCA rinuncia anche all'assunzione di ulteriori prove. 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).