

## **TI\_GERICHTE 35.2021.48 vom 4. Oktober 2021**

TI Tribunale d'appello, 2021-10-04, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_35.2021.48](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2021.48)

FR: TI\_GERICHTE 35.2021.48 du 4 octobre 2021

IT: TI\_GERICHTE 35.2021.48 del 4 ottobre 2021

### **Regeste**

In assenza di una CRPS (assenza accertata da una perizia amministrativa), i disturbi al piede destro sono stati giudicati privi di sostrato organico oggettivabile. Esame della causalità adeguata, finalmente negata

### **Erwägungen**

#### **E. 20**

luglio 2018 e riferimenti ivi menzionati). 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). 2.5. Il diritto alle prestazioni risultante da un infortunio assicurato presuppone l'esistenza di un nesso di causalità naturale tra l'evento dannoso e il danno alla salute. Questa condizione è adempiuta qualora si possa ammettere che, senza l'evento infortunistico, il danno alla salute non si sarebbe potuto verificare o non si sarebbe verificato nello stesso modo. Non occorre, invece, che l'infortunio sia stato la sola o immediata causa del danno alla salute; è sufficiente che l'evento, se del caso unitamente ad altri fattori, abbia comunque provocato un danno all'integrità corporale o psichica dell'assicurato, vale a dire che l'evento appaia come una *conditio sine qua non* del danno. È questione di fatto lo stabilire se tra evento infortunistico e danno alla salute esista un nesso di causalità naturale; su detta questione amministrazione e giudice si determinano secondo il principio della probabilità preponderante - insufficiente essendo l'esistenza di pura possibilità - applicabile generalmente nell'ambito dell'apprezzamento delle prove in materia di assicurazioni sociali (DTF 129 V 177 consid. 3. p. 181, 402 consid. 4.3 p. 406). Se un infortunio ha semplicemente scatenato un processo che sarebbe comunque insorto anche senza questo evento, il nesso di causalità naturale tra i disturbi accusati dall'assicurato e l'infortunio deve essere negato se lo stato morboso preesistente è ritornato ad essere quello che era prima dell'infortunio (*status quo ante*) oppure se ha raggiunto lo stadio che sarebbe prima o poi subentrato anche senza l'infortunio (*status quo sine*) (RAMI 1992 U 142 p. 75 consid. 4b; A. Maurer, *Schweizerisches Unfallversicherungsrecht*, p. 469; U. Meyer-Blaser, *Die Zusammenarbeit von Richter und Arzt in der Sozialversicherung*, in *Bollettino dei medici svizzeri* 71/1990, p. 1093). 2.6. 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). La più recente giurisprudenza federale applica la prassi relativa all'evoluzione psichica abnorme conseguente a infortunio nei casi in cui l'esistenza dei disturbi denunciati dalla persona assicurata è sì stata attestata da medici specialisti, ma non oggettivata mediante accertamenti strumentali e radiologici scientificamente riconosciuti. Secondo l'Alta Corte, in quei casi, l'assenza di postumi organici oggettivabili non esclude a priori l'esistenza di un nesso di causalità naturale con l'evento traumatico in questione (cfr. SVR 2012 UV n. 5 p. 17ss. consid. 5.1 e riferimenti ivi menzionati). L'esame della causalità naturale viene però momentaneamente sospeso, per procedere a un esame particolare dell'adeguatezza del nesso causale. Se da tale esame emerge non essere dato il necessario nesso di causalità adeguata, si può rinunciare a esperire ulteriori indagini sulla questione della causalità naturale tra l'infortunio e i disturbi lamentati (DTF 135 V 465 consid. 5.1). 2.7. In merito alla diagnosi di CRPS ( Complex regional pain syndrome ), è utile citare in particolare la sentenza 8C\_416/2020 del 15 luglio 2020, pubblicata in SVR 3/2021 UV n. 9 p. 48 ss., in cui il Tribunale federale ha formulato al riguardo le seguenti considerazioni: " (...). 5.1. Le syndrome douloureux régional complexe (ou complex regional pain syndrome [CRPS]), anciennement nommé algodystrophie ou maladie de Sudeck, a été retenu en 1994 par un groupe de travail de l'International Association for the Study of Pain (IASP). Il constitue une entité associant la douleur à un ensemble de symptômes et de signes non spécifiques qui, une fois assemblés, fondent un diagnostic précis (DR F. LUTHI/DR P.-A. BUCHARD/A. CARDENAS/C. FAVRE/DR M. FÉDOU/M. FOLI/DR J. SAVOY/DR J.-L. TURLAN/DR M. KONZELMANN, Syndrome douloureux régional complexe, in Revue médicale suisse 2019, p. 495). L'IASP a aussi réalisé un consensus diagnostique aussi complet que possible avec la validation, en 2010, des critères dits de Budapest, à savoir: 1) Douleur qui persiste et apparaît disproportionnée avec l'événement initial 2) Au moins un symptôme dans trois (critères cliniques) ou quatre (critères recherche) des quatre catégories suivantes: a) Sensoriel: le patient décrit une douleur qui évoque une hyperpathie et/ou une allodynie b) Vasomoteur: le patient décrit une asymétrie de température et/ou un changement de couleur et/ou une asymétrie de couleur c) Sudomoteur/oedème: le patient

décrit un oedème et/ou une asymétrie de sudation d) Moteur/trophique: le patient décrit une raideur et/ou une dysfonction motrice (faiblesse, trémor, dystonie) et/ou un changement trophique (pilosité, ongles, peau). 3) Au moins un signe dans deux des catégories suivantes (critères cliniques et recherche) : a) Sensoriel: confirmation d'une hyperpathie et/ou allodynie b) Vasomoteur: confirmation d'une asymétrie de température et/ou changement de couleur et/ou asymétrie de couleur c) Sudomoteur/oedème: confirmation d'un oedème et/ou asymétrie de sudation d) Moteur/trophique: confirmation d'une raideur et/ou dysfonction motrice (faiblesse, trémor, dystonie) et/ou changement trophique (pilosité, ongles, peau) 4) Il n'existe pas d'autre diagnostic qui explique de manière plus convaincante les symptômes et les signes cliniques Les critères ci-dessus sont exclusivement cliniques et ne laissent que peu de place aux examens radiologiques (radiographie, scintigraphie, IRM). L'utilisation de l'imagerie fait l'objet d'une controverse dans le milieu médical, mais garde un rôle notamment dans la recherche de diagnostics différentiels, ou lorsque les signes cliniques sont discrets ou incomplets ainsi que dans certaines formes atypiques (DRS K. DISERENS/P. VUADENS/PR JOSEPH GHKAIN, Syndrome douloureux régional complexe: rôle du système nerveux central et implications pour la prise en charge, in Revue médicale suisse 2020, p. 886; F. LUTHI/M. KONZELMANN, Le syndrome douloureux régional complexe [algodystrophie] sous toutes ses formes, in Revue médicale suisse 2014, p. 271). En pratique, si les critères 1 à 3 sont remplis et que le critère 4 est respecté, on doit considérer que le patient souffre d'un SDRC; toutefois la valeur prédictive positive n'est que de 76%. Si les critères sont partiellement remplis, il faut poursuivre le diagnostic différentiel et réévaluer le patient. Si les critères ne sont pas remplis, le patient a une probabilité quasi nulle d'avoir un SDRC (DR F. LUTHI/DR P.-A. BUCHARD/A. CARDENAS/C. FAVRE/DR M. FÉDOU/M. FOLI/DR J. SAVOY/DR J.-L. TURLAN/DR M. KONZELMANN, op. cit., p. 498). Le SDRC est quatre fois plus fréquent chez la femme, le plus souvent au membre supérieur, avec une prédominance entre 50 et 70 ans. L'introduction des critères de Budapest a réduit de 50% les diagnostics de SDRC (DRS K. DISERENS/P. VUADENS/PR JOSEPH GHKAIN, op. cit., p. 885 s.).

5.2. 5.2.1. S'agissant de l'admission d'un lien de causalité entre un accident et une algodystrophie, le Tribunal fédéral a considéré, dans un arrêt 8C\_384/2009 du 5 janvier 2010, que trois conditions cumulatives devaient être remplies: 1° la preuve d'une lésion physique après un accident (p. ex. un hématome ou une enflure) ou l'apparition d'une algodystrophie à la suite d'une opération nécessitée par l'accident; 2° l'absence d'un autre facteur causal de nature non traumatique (p. ex. état après un infarctus du myocarde, après une apoplexie, etc.); 3° une courte période de latence entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie (au maximum six à huit semaines). Dans l'arrêt en question, le Tribunal fédéral a nié l'existence d'un rapport de causalité naturelle avec une probabilité prépondérante entre un accident et un SDRC, dès lors que le délai de latence entre l'accident et l'apparition du SDRC était supérieur à une année. Pour arriver à cette conclusion, le Tribunal fédéral s'est fondé sur un article médical (B. KIENER ET R. KISSLING, Expertise et algodystrophie) paru en 1998 dans une brochure sur le SDRC (Algodystrophie, éditeurs E. BÄR/M. FELDER/B. KIENER) publiée par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) et Novartis.

5.2.2. Depuis lors, grâce aux recherches scientifiques entreprises, de nouvelles et importantes connaissances sur la physiopathologie du SDRC ont pu être acquises, lesquelles ont motivé un remaniement complet de la brochure en question qui a été actualisée et rééditée sous le titre "SDRC Syndrome douloureux régional complexe" (W. JÄNIG/R. SCHAUMANN/W. VOGT [éditeurs]) en 2013. Dans un article paru dans ladite

brochure, ses auteurs expliquent que la question de la causalité doit être résolue en étudiant en particulier l'évolution en fonction du temps et en prenant en compte les critères de Budapest ainsi que d'autres facteurs ayant marqué significativement le décours. Selon ces auteurs, ce n'est qu'une fois que l'expert a posé un diagnostic de SDRC qu'il faut, s'agissant de la causalité accidentelle, démontrer qu'une lésion corporelle de l'extrémité concernée s'est bien produite; si tel est le cas, se pose alors la question de savoir si le SDRC est apparu durant la période de latence correspondante de six à huit semaines (R. SCHAUMANN/W. VOGT/F. BRUNNER, Expertise, in: SDRC Syndrome douloureux régional complexe, 2013, p. 130 s.). Cette période de latence de six à huit semaines ne constitue qu'une valeur empirique et ne fait nullement l'objet d'un consensus médical. Au demeurant, elle a été proposée en 1998, soit avant que les critères diagnostiques du SDRC aient été établis. On ne saurait dès lors établir, sur le plan juridique, une règle absolue quant au délai dans lequel les symptômes du SDRC devraient se manifester. ” 2.8. Nel caso di specie, con la nota sentenza 35.2018.117, questo Tribunale ha ritenuto che, a fronte della presenza agli atti di valutazioni specialistiche tra loro contraddittorie, segnatamente a proposito della realizzazione dei criteri diagnostici di Budapest (da una parte gli apprezzamenti dei medici fiduciari dell'amministrazione, dott. \_\_\_\_\_ e PD dott. \_\_\_\_\_, dall'altra i referti della Clinica \_\_\_\_\_, della Clinica \_\_\_\_\_ e dell'Ospedale universitario di \_\_\_\_\_, nonché del dott. \_\_\_\_\_, attivo presso l'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_), la questione riguardante l'esistenza di una CRPS, così come quella concernente la sua eziologia, dovesse essere oggetto di un approfondimento peritale esterno ex art. 44 LPG. In esecuzione di quanto ordinatogli con il giudizio di rinvio, nel corso del mese di febbraio 2020, l'assicuratore convenuto ha ordinato l'esecuzione di una perizia bidisciplinare, neurologica e ortopedica, a cura dei dottori \_\_\_\_\_, spec. FMH in neurologia, e \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia ortopedica (doc. 385). Dal relativo referto, datato 21 agosto 2020 (doc. 392; traduzione in lingua italiana sub doc. 399), si evince che gli esperti hanno personalmente visitato la ricorrente il 16, rispettivamente il 17 giugno 2020 (p. 1). Dopo aver ricostruito l'anamnesi dell'insorgente (p. 2-27) e averne descritto lo status clinico e radiologico, i periti hanno diagnosticato, dal profilo ortopedico e per quanto qui d'interesse, dei disturbi cronici localizzati tra la coscia e l'avampiede in stato dopo frattura della falange distale dell'alluce il 26 febbraio 2011, dopo frattura della falange prossimale del mignolo il 5 agosto 2014, dopo lesione del piede il 6 ottobre 2014, radiologicamente il 9 ottobre 2014 e alla TAC del 14 ottobre 2014 nessun indizio per una frattura del mesopiede, alla RMN del 25 novembre 2014 rappresentazione di una frattura da stress del III. metatarso con callo osseo, anamnesticamente prima diagnosi di CRPS I posta il 12 marzo 2015, radiologicamente nessuna identificabile frattura o altrimenti rilevante alterazione (RMN del 2 febbraio 2017), dal profilo clinico nessuna rilevante alterazione dell'estremità. Per quanto attiene invece al profilo neurologico, gli esperti hanno affermato di non poter formulare alcuna diagnosi con o senza influsso sulla capacità lavorativa (p. 36). In merito alla questione di sapere se la sintomatologia denunciata dall'assicurata all'arto inferiore destro correla con un danno organico oggettivabile, i dottori \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ hanno innanzitutto rilevato che, al momento del consulto, in base all'esame neurologico, non è stata accertata l'esistenza di una CRPS secondo i criteri di Budapest. In quell'occasione, la ricorrente accusava una iperalgesia non molto pronunciata e allodinia al tatto, anche se in primo piano vi era un'ipoestesia tattile e dolorifica interessante la gamba e il piede destro. Per contro, non è stato refertato alcun elemento a favore di un disturbo vasomotorio, sudomotorio, motorio o trofico, di modo che non si è potuto porre la diagnosi

di CRPS I. È parimenti stata esclusa la diagnosi di CRPS II, posto che, né anamnesticamente né all'esame clinico neurologico, sono emersi indizi a favore di una lesione nervosa sottostante, le ripetute elettroencefalografie alla gamba destra essendo risultate sempre normali (p. 41). D'altro canto, i periti amministrativi si sono chiesti se, nel passato, RI 1 ha eventualmente sofferto di una CRPS. Al riguardo, essi sono pervenuti alla conclusione che, da un punto di vista neurologico, la diagnosi di una CRPS non risulta chiaramente documentata, e ciò in base alle considerazioni seguenti: "(...) Sulla base del decorso documentato si evince che la sospetta diagnosi di CRPS è stata posta per la prima volta in occasione di un consulto presso la Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ in data 12 marzo 2015. Nel relativo rapporto i risultati concernenti la presenza di gonfiore e ipertermia al piede destro sono stati poi descritti in modo un po' contraddittorio. In base alla formulazione linguistica usata sembra abbastanza probabile che in realtà fosse intesa l'assenza di ipertermia. Tuttavia, se sulla base del rapporto della clinica \_\_\_\_\_ si suppone che fosse presente ipertermia e anche un gonfiore, in linea di principio sarebbero soddisfatti due criteri oggettivi dei quattro necessari ai sensi dei criteri di Budapest per la diagnosi di CRPS. In contrasto con questi rilievi, il reumatologo dott. \_\_\_\_\_ riporta solo qualche settimana dopo assenza di gonfiore, alterazione di colore o ipertermia al piede destro, con ipoalgesia diffusa e nessun aumento della sudorazione. Secondo questa descrizione, i criteri di Budapest non sarebbero più soddisfatti alcune settimane dopo il primo rapporto della Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ del 12 marzo 2015. Queste valutazioni senz'altro contraddittorie si ripetono poi negli anni successivi per tutto il decorso documentato in questo dossier, in cui al riguardo risultano degne di nota, ad esempio, le valutazioni degli specialisti del dolore presso il Centro \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ degli anni 2018 e 2019, nelle quali il dolore è classificato come non chiaramente attribuibile. Queste affermazioni appaiono importanti anche perché la paziente, in base a quanto da lei attualmente affermato, presuppone che finora tutti i medici abbiano in linea di principio ipotizzato la presenza di una CRPS, ad eccezione di un medico \_\_\_\_\_ che ha esaminato il caso per conto della CO 1. Pertanto, queste dichiarazioni da parte della paziente ancora una volta non rispecchiano il decorso in base agli atti, in cui i disturbi sono stati in alcuni casi classificati come poco chiari e non corrispondenti a una CRPS. In base al decorso secondo gli atti, evidenze di una CRPS I in realtà non sono mai state accertate in modo inequivocabile; questo vale, ad esempio, anche per l'esame ortopedico del 6 novembre 2015 a \_\_\_\_\_ e anche per l'esame reumatologico del 6 dicembre 2017 presso la Clinica universitaria \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_. Dallo studio dell'andamento del decorso secondo gli atti si ha l'impressione che la diagnosi di CRPS sia stata spesso semplicemente adottata dagli esaminatori successivi e non sia più stata verificata in modo chiaro e inequivocabile. Di conseguenza, da punto di vista neurologico, si può attualmente ipotizzare che a partire dall'infortunio del 6 ottobre 2014 la diagnosi di CRPS non sia stata chiaramente documentata in passato." (doc. 399, p. 20) Occorre immediatamente precisare che la traduzione in lingua italiana della frase "wenn man aber gemäss dem vorliegenden Bericht aus der \_\_\_\_\_ davon ausgeht, dass sowohl eine Überwärmung als auch eine Schwellung vorlagen, wären im Prinzip die geforderten zwei von vier objektiven Kriterien eines CRPS gemäss den Budapest-Kriterien erfüllt." (doc. 396, p. 19), non restituisce il reale senso della medesima. In effetti, la traduzione corretta è "tuttavia, se sulla base del rapporto della Clinica \_\_\_\_\_ si suppone che fosse presente ipertermia e anche un gonfiore, sarebbero di principio soddisfatti due criteri oggettivi (su quattro) richiesti per ammettere la diagnosi di CRPS in base ai criteri di Budapest." In

sintesi, i dottori \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ hanno quindi sostenuto che, dal profilo neurologico, "... i vari disturbi a carico dell'apparato locomotore, e quindi anche alla gamba destra, non possono essere correlati a un chiaro quadro oggettivo a livello del sistema nervoso centrale o periferico. L'infortunio del 6 ottobre 2014 non ha causato lesioni riconoscibili a carico del sistema nervoso centrale o periferico. Di conseguenza, dal punto di vista neurologico attualmente non vi è alcuna limitazione della capacità lavorativa della paziente per tutte le attività." (doc. 399, p. 21 – il corsivo è del redattore). Per quanto concerne gli aspetti ortopedici (e sempre per quanto qui interessa), trattandosi specificatamente del piede destro, i periti hanno osservato quanto segue: "(...) nel 2011 è stata riportata una frattura della falange distale dell'alluce, il cui consolidamento è stato ripetutamente documentato. Il 6 agosto 2014 è stata descritta una frattura della prima falange del V dito e il 9 ottobre 2014 il dott. \_\_\_\_\_ ha riportato una distorsione della caviglia nonché gonfiore a livello di II e III metatarsale (senza menzionare il momento dell'infortunio). Al contrario, nel rapporto del medico \_\_\_\_\_ della CO 1 del 25 ottobre 2016 è stata indicata tra le diagnosi una contusione del piede con frattura del III metatarsale del 12 ottobre 2014. La radiografia del 9 ottobre 2014 e la TC del 15 ottobre 2014 non hanno mostrato fratture a questo livello ma la RM del 26 novembre 2014 ha evidenziato una frattura non dislocata del III metatarsale in fase di guarigione. Il trattamento è stato di nuovo di tipo conservativo. La RM del 13 gennaio 2015 ha evidenziato il parziale consolidamento della frattura del III metatarsale e, in data 30 gennaio 2015, in presenza di diagnosi di consolidamento ritardato formulata dalla clinica \_\_\_\_\_, è stata eseguita una singola terapia con onde d'urto, che secondo il rapporto del 12 marzo 2015 e in base alle affermazioni anamnestiche odierne non avrebbe apportato alcun miglioramento. Nello stesso rapporto è stata descritta una dolorabilità diffusa alla palpazione dell'avampiede e del mesopiede, ma per quanto riguarda i rilievi clinici oggettivi solo un leggero gonfiore. Fatta eccezione per una decalcificazione irregolare (a macchie), la radiografia del piede non ha mostrato anomalie, e in quest'occasione è stata apparentemente diagnosticata per la prima volta una CRPS I, dichiarando chiaramente a proposito dei rilievi clinici oggettivi che "lo stato del piede è blando ad eccezione del dolore". A questo punto erano già trascorsi cinque mesi dall'evento del 6 ottobre 2014. Per quanto riguarda le ulteriori valutazioni anamnestiche del piede destro si fa riferimento alla mappa e contraddittoria documentazione sopra descritta. Nell'ultimo esame di RM disponibile del piede destro del 2 febbraio 2017 non sono distinguibili fratture né altre alterazioni rilevanti. (...). Nella vastissima documentazione non sono mai chiaramente confermati i criteri di Budapest, e palesemente non esiste alcuna documentazione fotografica tipica di una CRPS ma è stato piuttosto rilevato un quadro algico generalizzato. Nel prosieguo si è verificata una completa regressione delle alterazioni al piede destro." (doc. 399, p. 22 e p. 24) Rispondendo alla questione di sapere se "... i criteri di Budapest rimangono sempre costanti nel tempo o mostrano cambiamenti in funzione di alcuni fattori di influenza" e, in caso di risposta affermativa, "... di quali fattori di influenza si tratta", gli esperti amministrativi hanno spiegato che "... sia i sintomi sia i reperti non devono essere necessariamente costanti nel corso del tempo e al riguardo si fa riferimento alla letteratura di seguito indicata (...). Nella paziente non è però possibile indentificare al riguardo alcun fattore di influenza inequivocabile nel decorso registrato dall'infortunio del 6 ottobre 2014. Tuttavia, si sottolinea ancora una volta a questo punto che il decorso post-traumatico della paziente è assolutamente degno di nota e insolito, dato che nel corso degli anni si è verificato un aumento del dolore e non, come ci si aspetterebbe in un normale decorso post-traumatico,

una diminuzione per lo meno parziale dei disturbi.” (doc. 399, p. 26). 2.9. Per costante giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale mentre invece nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (cfr. RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STF U 259/02 dell'8 luglio 2003 consid. 2.1.1; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in BJM 1989, p. 30ss.). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10 p. 33 ss. e RAMI 1999 U 356 p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. In una sentenza 8C\_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve, a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. Trattandosi invece di perizie affidate dagli assicuratori sociali, durante la procedura amministrativa, a medici esterni all'amministrazione o a servizi specializzati indipendenti, esse godono di piena forza probatoria, a condizione che non esistano indizi concreti che ne mettano in dubbio l'affidabilità (cfr. STF 8C\_862/2014 del 2 aprile 2015 consid. 3.2 e riferimenti ivi citati). Per quel che concerne il valore probante di un rapporto medico, determinante è che esso sia completo sui temi sollevati, che sia fondato su esami approfonditi, che tenga conto delle censure sollevate dalla persona esaminata, che sia stato redatto in piena conoscenza dell'anamnesi, che sia chiaro nella presentazione del contesto medico e che le conclusioni dell'esperto siano motivate (cfr. SVR 2002 IV Nr. 21 p. 63; DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191ss.; DTF 122 V 160 ss., consid. 1c e riferimenti). L'elemento rilevante per decidere circa il valore probante, non è né l'origine del mezzo di prova né la sua designazione quale rapporto oppure quale perizia, ma semplicemente il suo contenuto (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti). È infine utile osservare che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va, tuttavia, precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (cfr. STF I 811/03 del 31 gennaio 2005, consid. 5 in fine; STF I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV Nr. 10 p. 35 consid. 4b). 2.10. Chiamato a pronunciarsi nella concreta evenienza, questo Tribunale rileva che, a seguito della sentenza cantonale di rinvio, l'amministrazione ha incaricato i dottori \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ di periziare l'assicurata, nel rispetto della procedura di cui all'art. 44 LPG. La rappresentante

della ricorrente ha infatti potuto pronunciarsi sulla necessità in quanto tale della perizia, sui periti designati e sul catalogo dei quesiti da sottoporre loro (cfr. doc. 376, 380, 381 e 382). In questo senso, il TCA non può quindi seguire la ricorrente laddove definisce gli esperti amministrativi come “ i due periti della CO 1 ”, le cui conclusioni “... difficilmente andranno in contrasto con il loro “datore di lavoro” ...” (doc. I, p. 5 e 6). Sempre in questo contesto, si prende atto del fatto che “l’CO 1 limita il numero dei mandati a ogni singolo perito per salvaguardare l’indipendenza economica degli stessi.” (doc. III, p. 2). In applicazione della giurisprudenza federale, le perizie elaborate da medici esterni all’amministrazione hanno piena forza probante nell’ambito dell’apprezzamento dei fatti. Il giudice non se ne scosta se non in presenza di indizi concreti suscettibili di far dubitare della loro fondatezza ( cfr., fra le tante, la STF 9C\_168/2020 del 17 marzo 2021 consid. 3.2 e la giurisprudenza ivi menzionata ). Il Tribunale federale ha sottolineato che le perizie amministrative non vanno messe in dubbio, soltanto perché esse dovessero giungere a conclusioni diverse dai medici curanti (cfr. la STF 8C\_6/2019 del 26 giugno 2019 consid. 4.1). Una perizia fondata sull’art. 44 LPGa ha dunque un valore probatorio maggiore rispetto ai rapporti medici interni all’amministrazione, ove è sufficiente un minimo dubbio sull’affidabilità e sulla concluzione degli stessi, perché l’assicurato sia sottoposto a esame medico esterno (cfr. DTF 135 V 465 consid. 4.7 e la STCA 35.2018.88 del 10 dicembre 2018). 2.11. Attentamente vagliato l’insieme della documentazione agli atti, questo Tribunale ritiene di poter fondare il proprio giudizio sull’apprezzamento enunciato dai dottori \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_, specialisti proprio nella materia che qui interessa, secondo i quali l’esistenza di una CRPS (di tipo 1 e di tipo 2) non risulta sufficientemente dimostrata, né al momento della consultazione peritale né in passato. Il TCA non ignora che agli atti figurano pareri specialistici che hanno invece postulato l’esistenza di una tale patologia. Del resto, è proprio per questa ragione che, con la sentenza 35.2017.113, il TCA aveva ritenuto che vi fossero dei dubbi circa la fondatezza dell’apprezzamento enunciato dai medici interni all’amministrazione (in questo senso, le critiche che l’insorgente ha sollevato nei confronti dell’operato del dott. \_\_\_\_\_ [cfr., in particolare, doc. V], appaiono decisamente superate e, perciò, irrilevanti) e rinviato gli atti a quest’ultima affinché disponesse un approfondimento peritale esterno . Con il loro referto, gli esperti amministrativi hanno saputo spiegare, in maniera senz’altro convincente e approfondita (fondandosi sui reperti acquisiti in occasione delle visite peritali, rispettivamente sui dati anamnestici risultanti dalla documentazione a loro disposizione), i motivi per i quali, nel caso di specie, non si può ammettere che RI 1 soffra, rispettivamente abbia sofferto (perlomeno dal momento in cui l’assicuratore convenuto ha sospeso le proprie prestazioni), di una CRPS all’arto inferiore destro. In particolare, dagli atti di causa emerge che, diversamente da quanto sostiene la ricorrente, non è vero che tutti gli altri specialisti intervenuti hanno riconosciuto la presenza della patologia in discussione. Innanzitutto, e per una maggiore comprensione, è utile rilevare che nella prassi clinica, dove si tratta di curare il più rapidamente possibile ogni caso di vera CRPS, si può rinunciare ai criteri di ricerca. Tuttavia, in ambito peritale, una specificità di 0.68 (ottenuta applicando i criteri utilizzabili nella prassi clinica) viene ritenuta insufficiente, posto che, in questo particolare contesto, tutti i falsi negativi vanno identificati ed esclusi nella misura del possibile. Proprio per questa ragione, occorre accordare la preferenza ai criteri di ricerca , comportanti la specificità più elevata (0.94) (cfr. Jänig/Schaumann/Vogt (ed.), SDRC - Syndrome douloureux régional complexe, Suva 2013, p. 19, menzionata nella sentenza 8C\_416/2020 citata in precedenza). D’altro canto, se è vero che i medici della \_\_\_\_\_, della Clinica

\_\_\_\_\_ e dell'Ospedale universitario di \_\_\_\_\_, così come il dott. \_\_\_\_\_, responsabile dell'ortopedia presso l'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, hanno ammesso l'esistenza di una CRPS di tipo 1 (cronica, rispettivamente in fase di remissione), è altrettanto vero che dai loro rispettivi referti non risulta che essi abbiano proceduto a un (attento) esame dei criteri diagnostici di Budapest. Tale esame è invece stato compiuto dagli specialisti del Centro \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, presso il quale l'insorgente è stata periziata per ben due volte. A margine della degenza del maggio 2018, i dottori \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_, l'uno Primario del Centro per la medicina del dolore, l'altro Responsabile della neurologia, hanno formulato la diagnosi differenziale di esiti di CRPS di tipo 1 accertata anamnesticamente (diagnosi principale di dolore cronico persistente a carico della gamba e del piede destro non chiaramente classificabile) e negato l'adempimento dei criteri di Budapest (CRPS severity score di 10 punti su 17). In proposito, essi hanno precisato che i sintomatomi denunciati dall'assicurata non erano "... chiaramente attribuibili a una CRPS. In base a quanto riferisce la paziente, sussistono ancora segni di una CRPS, ma a parte una discreta asimmetria di temperatura (piede destro più freddo del sinistro), non è possibile obiettivare altri segni. Come segni secondari, si è messa in evidenza una chiara dolorabilità alla pressione sul distretto del tendine di Achille e sull'aponeurosi plantare, per cui riepilogando presumiamo eventualmente la presenza di una CRPS residua e concomitante componente miofasciale. La paziente riferisce di avere la sensazione che l'arto inferiore destro non le appartenga più, per cui è presente anche una centralizzazione del dolore." (doc. 303, p. 2). In occasione della successiva visita del 25 luglio 2019, i dottori \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ hanno confermato la diagnosi differenziale di CRPS di tipo 1 accertata anamnesticamente (come anche la diagnosi principale) in presenza di un CRPS severity score positivo (13 punti su 17), esprimendo tuttavia alcune riserve a quest'ultimo riguardo. A loro avviso, in effetti, il criterio di Budapest n. 4 (assenza di un'altra diagnosi che possa spiegare i dolori) non poteva venir valutato con sicurezza, alla luce del decorso avuto dalla problematica. In linea di principio, il fatto che i disturbi si siano estesi a tutta la gamba destra a partire dal terzo distale del femore, non è certamente tipico per una CRPS, tanto più che essi persistono inalterati dalla primavera del 2015 circa, rispettivamente nella loro attuale manifestazione dalla (nuova) caduta avvenuta nell'ottobre 2015. Nell'insieme, va ritenuto un dolore cronico aspecifico dopo frattura del piatto tibiale nell'ottobre 2015. Inoltre, emerge un'importante componente psicosociale del dolore, espressione di un sentimento d'ingiustizia legato alla valutazione di decorso da parte dell'CO 1. Infine, sempre secondo i medici di \_\_\_\_\_, l'accresciuta sintomatologia neurologica, quale l'iperalgia puntoria e l'allodinia, come pure la disfunzione motoria e le alterazioni trofiche, confrontata con i reperti refertati nel maggio 2018, deve essere interpretata con prudenza, siccome è poco verosimile che la CRPS possa notevolmente peggiorare dopo quasi quattro anni a partire dall'ottobre 2015. Tutt'al più, si è presenza di un aggravamento aspecifico a fronte di dati anamnestici rimasti immutati (doc. 353, p. 3). Tutto ben considerato, questo Tribunale ritiene che dalla documentazione agli atti non emergano indizi concreti atti a far dubitare della correttezza del parere espresso dai dottori \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_. In esito a tutto quanto precede, è dimostrato, perlomeno con il criterio della verosimiglianza preponderante, caratteristico del settore della sicurezza sociale (cfr. DTF 125 V 195 consid. 2 e riferimenti; cfr., pure, Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 320 e A. Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Zurigo 2003, p. 343), che, al più tardi a far tempo dal mese di giugno 2017, i disturbi denunciati dalla ricorrente

all'arto inferiore destro non erano spiegabili con una patologia organica oggettivabile, specificatamente con una CRPS (né di tipo 1 né di tipo 2). Il TCA può peraltro esimersi dal disporre ulteriori misure istruttorie (in particolare, l'esperimento di una perizia giudiziaria, come richiesto dall'insorgente), visto che esse non fornirebbero verosimilmente nuovi e rilevanti elementi di valutazione. In proposito, va ricordato che, per costante giurisprudenza, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato ( valutazione anticipata delle prove ), si rinuncerà ad assumere altre prove, senza che ciò costituisca una lesione del diritto di essere sentito sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (cfr. DTF 144 V 361 consid. 6.5; STF 8C\_739/2020 del 17 febbraio 2021 consid. 5.4). 2.12. In presenza di disturbi per i quali non si è potuto trovare un sufficiente sostrato organico oggettivabile, come è il caso nella presente fattispecie (cfr. supra , consid. 2.11), occorre procedere a un esame particolare della causalità adeguata in applicazione della giurisprudenza federale relativa all'evoluzione psichica abnorme conseguente ad infortunio ai sensi della DTF 115 V 133 (cfr. supra , consid. 2.6). Chiamato a classificare gli eventi traumatici assicurati, questo Tribunale osserva che dalle carte processuali si evince che RI 1 è rimasta vittima di cadute tutto sommato piuttosto banali. In data 6 ottobre 2014, mentre saliva le scale interne della casa anziani in cui lavorava, ella è inciampata in un gradino ed è caduta (cfr. doc. 50). Il 9 settembre 2015, l'insorgente è nuovamente caduta svolgendo degli esercizi di fisiochinesiterapia in piscina (cfr. doc. 107). Infine, in data 6 ottobre 2015, nel camminare all'indietro nei pressi della sua abitazione, l'assicurata è finita con le gambe in un tombino rimasto aperto (doc. 115). Ora, secondo il TCA, ritenuto che comuni cadute e scivolate vanno considerate infortuni leggeri (DTF 115 V 139 consid. 6a), non vi è alcun dubbio che i sinistri di cui è rimasta vittima l'assicurata devono essere classificati nella predetta categoria degli infortuni insignificanti o leggeri (cfr., ad esempio, STF 8C\_291/2012 dell'11 giugno 2012, riguardante il caso di un assicurato caduto dalle scale che aveva riportato una contusione alla caviglia sinistra oppure la STF U 347/01 del 9 gennaio 2003 consid. 5.2, concernente un'assicurata scivolata su fondo ghiacciato che si era procurata delle contusioni all'anca destra). In queste condizioni, l'adeguatezza del nesso di causalità può essere negata a priori (cfr. STF 8C\_140/2021 del 3 agosto 2021 consid. 4.3.4). In esito a tutto quanto precede, è dunque a ragione che l'istituto assicuratore resistente ha negato la propria responsabilità in merito ai disturbi interessanti l'arto inferiore destro, rivelatisi privi di sufficiente sostrato organico oggettivabile. 2.13. L'art. 61 lett. a LPGA, in vigore fino al 31 dicembre 2020, prevedeva che la procedura deve essere semplice, rapida, di regola pubblica e gratuita per le parti ; la tassa di giudizio e le spese di procedura possono tuttavia essere imposte alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. In data 1° gennaio 2021 è entrata in vigore una modifica della LPGA. L'art. 61 lett. a LPGA prevede ora unicamente che la procedura deve essere semplice, rapida e, di regola pubblica. Dalla medesima data è entrato in vigore l'art. 61 lett. f bis LPGA secondo cui in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. Secondo l'art. 82a LPGA (Disposizione transitoria, cfr. RU 2021 358), ai ricorsi pendenti dinanzi al tribunale di primo grado al momento dell'entrata in vigore della modifica del

giugno 2019 si applica il diritto anteriore. In concreto, il ricorso è del 22 maggio 2021 per cui si applica la nuova disposizione legale. Trattandosi di una controversia relativa a prestazioni LAINF, il legislatore non ha previsto di prelevare le spese (sul tema, cfr. la STF 8C\_265/2021 del 21 luglio 2021).

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