

TI_GERICHTE 35.2024.3 vom 30. September 2024

TI Tribunale d'appello, 2024-09-30, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2024.3

FR: TI_GERICHTE 35.2024.3 du 30 septembre 2024

IT: TI_GERICHTE 35.2024.3 del 30 settembre 2024

Regeste

Corretta la decisione con la quale, basandosi sugli esiti della perizia pluridisciplinare eseguita secondo l'art. 44 LPGGA, è stato posto termine alle prestazioni di corta durata e rifiutato il diritto ad una rendita di invalidità e all'IMI

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). 2.3. Secondo il già citato art. 16 LAINF, l'assicurato totalmente o parzialmente incapace di lavorare a seguito d'infortunio o di malattia professionale ha diritto all'indennità giornaliera. Giusta l'art. 6 LPGGA, è considerata incapacità al lavoro qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica, di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo d'attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività. L'entità dell'incapacità lavorativa (e, quindi, il diritto all'indennità giornaliera ex art. 16 LAINF) deve essere valutata considerando le mansioni che l'assicurato è concretamente chiamato a compiere nell'esercizio della sua abituale professione. Nella RAMI 2004 U 529, p. 572ss., consid. 1.4., il TFA ha precisato che la definizione di incapacità al lavoro, così come quelle d'incapacità al guadagno e d'invalidità contenute nella LPGGA, corrispondono alle definizioni e ai principi dell'assicurazione contro gli infortuni elaborati finora dalla giurisprudenza. La questione di sapere se l'assicurato sia o meno incapace di lavorare in misura giustificante il riconoscimento del diritto a prestazioni deve essere valutata sulla base dei fatti forniti dal medico. Spetta al medico fornire una precisa descrizione dello stato di salute dell'assicurato e tracciare un esatto quadro degli impedimenti ch'egli incontra nell'esplicare determinate funzioni. Il medico indicherà per prima cosa se l'assicurato può ancora svolgere la sua professione, precisando quali sono le controindicazioni in quell'attività. Determinante ai fini della graduazione dell'incapacità lavorativa non è comunque l'apprezzamento medico-teorico, bensì la diminuzione della capacità di lavoro che effettivamente risulta dall'impedimento (RAMI 1987 K 720 p. 106 consid. 2, U 27 p. 394 consid. 2b e giurisprudenza ivi citata; RJAM 1982 n. 482 p. 79 consid. 2). L'assicurato che rinuncia a utilizzare la sua residua capacità oppure che non mette in atto i provvedimenti da lui ragionevolmente esigibili per sfruttare al meglio la propria capacità lavorativa è, ciò nonostante, giudicato per l'attività che egli potrebbe esercitare dimostrando buona volontà. Carenze di volontà risultanti da un'anomalia caratteriale non sono prese in

considerazione nell'ambito dell'assicurazione infortuni: possono essere, tutt'al più, considerate nell'ambito dell'assicurazione malattia se la loro causa è da ricercare in un'affezione patologica (DTF 101 V 145 consid. 2b; 111 V 239 consid. 1b e 2a; RAMI 1986 p. 56; 1987 p. 105 consid. 2; 1987 p. 393 consid. 2b; 1989 p. 106 consid. 1d; Ghélew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), Losanna 1992, p. 91). 2.4. Per costante giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale mentre invece nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (cfr. RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STF dell'8 luglio 2003 nella causa B., U 259/02, 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. 33ss. e RAMI 1999 U 356, p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto 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. 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 160ss, 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 n. 10 pag. 35 consid. 4b). 2.5. Nella concreta evenienza, dalla decisione formale del 7 dicembre 2021 (cfr. doc. 281) e del 16 dicembre 2022 (doc. 352) si evince che l'amministrazione ha ritenuto che, a decorrere dal 1° gennaio 2021, RI 1 abbia ritrovato una capacità lavorativa

del 90% rispetto ad un impegno del 100% nella sua abituale professione di segretaria medica presso uno studio medico (attività che ella svolgeva prima dell'incidento nella percentuale del 70%) e, ciò, facendo capo essenzialmente alla valutazione peritale pluridisciplinare in ambito ortopedico, angiologico e neurologico eseguita presso l'Istituto _____.

In effetti, dal rapporto peritale del 9 novembre 2021 (doc. 279) stilato dai dottori _____ (spec. FMH in neurologia), _____ (spec. FMH in ortopedia), _____ (spec. FMH in angiologia) e _____ (neuropsicologo), emerge che l'assicurata presenta le diagnosi in nesso causale con l'incidento di " Status nach Quetschung der unteren Extremitäten beidseits durch ein Auto am 21.1.2020 mit/bei S76.4 St. n. Quetschtrauma Oberschenkel/Knie links und S86.1 St. n. Quetschtrauma Unterschenkel links mit/bei posttraumatischer Thrombose der Vena poplitea links (I80.20), folgenlos ausgeheilt, intramuskulärem Hämatom im Oberschenkel links und vorübergehender Parese der linken unteren Extremität, neurosonografischem Nachweis einer langstreckigen Veränderung eines Astes des Nervus cutaneus femoris posterior mit Neuromentwicklung, persistierenden neuropathischen Schmerzen, ohne motorische Defizite; S76.4 St. n. Kontusion/Quetschung Oberschenkel/Knie rechts mit Hämatomentwicklung, folgenlos ausgeheilt ".

Esprimendosi a proposito delle cure, i periti hanno previsto la continuazione del trattamento infiltrativo per un periodo limitato e la fisioterapia una volta a settimana fino a un massimo di un anno. Quanto alla capacità lavorativa, i periti hanno considerato che, dal profilo ortopedico e angiologico, non sussistano particolari impedimenti nell'abituale professione di segretaria di studio medico con mansioni amministrative, mentre che, dal profilo neurologico, la capacità lavorativa residua sia del 90% rispetto ad un tempo di lavoro del 100%, precisando che " Das neuropathische Schmerzsyndrom reduziert die Leistungsfähigkeit um 10% aufgrund einer auf die Schmerzen fokussierten Wahrnehmung ".

Infine, i periti hanno ritenuto non adempiuti i criteri per assegnare un'indennità per menomazione dell'integrità (doc. 279). Con l'opposizione, il legale dell'assicurata ha contestato la valutazione peritale dell'_____, ponendo in evidenza tutta una serie di criticità e di elementi necessitanti, a suo modo di vedere, un chiarimento, da lui riassunti attraverso la presentazione dei seguenti ulteriori quesiti da sottoporre al vaglio dei periti: "

- Alla luce delle diagnosi concernenti la sindrome del dolore poste dal PD Dr. _____, si esprimano i Periti su quale è la diagnosi della sindrome del dolore dell'assicurata motivando le scelte in modo dettagliato.
- Considerando tutte le valutazioni neuroradiologiche e cliniche a disposizione agli atti, si esprimano i Periti su quali nervi periferici siano effettivamente coinvolti nella patologia posttraumatica dell'estremità inferiore sinistra dell'assicurata.
- I periti prendano posizione sui disturbi addotti dall'assicurata a livello della gamba ("Unterschenkel") di sinistra e ne discutano le cause.
- Le diagnosi elencate a p. 26/32 della Perizia sono da ritenere corrette o abbisognano di un aggiornamento?
- Le menomazioni estetiche presentate dall'assicurata con il loro impatto psicologico e sulla vita sociale dell'assicurata vengano rivalutate considerando le descrizioni delle menomazioni stesse fatte nell'ambito della valutazione peritale del 9 novembre 2021.
- Viste le conseguenze dell'incidento, ricordate in sede di opposizione, rivalutino i periti il principio e la percentuale di IMI da accordare all'fortunata.
- La capacità lavorativa dell'assicurata venga di nuovo valutata alla luce delle critiche espresse in merito." (Doc. 286).

Espressamente interpellati dall'assicuratore infortunati per una presa di posizione (doc. 329), con complemento peritale del 30 agosto 2022 i periti dell'_____ si sono puntualmente espressi a proposito delle critiche del patrocinatore dell'assicurata (cfr. doc. 333). Essi hanno integralmente

confermato la validità della loro prima valutazione, rilevando che, da un punto di vista ortopedico, i disturbi soggettivi non possono essere spiegati come correlati all'incidente, dato che la lesione degenerativa del menisco su entrambi i lati e la gonartrosi su entrambi i lati non sono connesse all'incidente; quanto agli aspetti angiologici, i periti hanno osservato che i reperti flebologici mostrano la completa risoluzione della precedente trombosi posttraumatica della vena poplitea sinistra, senza residui, motivo per il quale non vi è alcuna patologia venosa che possa spiegare i persistenti disturbi dell'assicurata; infine, in ambito neurologico, hanno indicato che è stata rilevata neurosonograficamente un'alterazione a distanza di un ramo del nervo cutaneo femorale posteriore con sviluppo neuronale, che porta ad un dolore neuropatico persistente senza deficit neurologici motori (doc. 333). I periti dell'_____ hanno evidenziato come la loro valutazione coincide integralmente con quella fornita nella relazione dell'8 ottobre 2021 dal PD Dr. _____, il quale non ha riportato variazioni significative né nei risultati, né nelle diagnosi, rispetto alla sindrome dolorosa post-traumatica derivante dall'incidente, caratterizzata da dolore neuropatico e formazione di neuroma, come precedentemente diagnosticato nel referto peritale (doc. 333). Rispondendo, poi, alla precisa domanda di rivalutazione della capacità lavorativa dell'assicurata, tenendo conto delle critiche espresse dal legale in sede di opposizione, i periti hanno rilevato: " Die Ausführungen und Kritikpunkte, die von Rechtsanwalt RA 1 im Schreiben vom 03.01.2022 vorgebracht werden, ergeben keine neuen medizinischen Gesichtspunkte, sodass sich nach unserer Meinung auch keine neuen Argumente ergeben, die zu einer anderen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit führen würden. Konkret möchten wir folgendermassen Stellung nehmen zu den Ausführungen und Kritikpunkten von Rechtsanwalt RA 1: - Die Kritik von Rechtsanwalt RA 1, dass man in unserem Gutachten nicht unterscheiden könne, welches die spontan von der Versicherten gemachten Angaben und welches die Antworten der Versicherten auf die Fragen der Sachverständigen seien (S. 3 seines Schreibens), ist vollkommen unzutreffend. Sämtliche Angaben in Abschnitt 2 des Gutachtens (s. 10 bis 14 des Gutachtens) sind subjektive Angaben der Versicherten, die auf entsprechende Fragen im Erstgespräch gemacht wurden. Auch die in Abschnitt 5.1 bei den einzelnen fachspezifischen Beurteilungen aufgeführten subjektiven Beschwerden der Versicherten sind Angaben der Versicherten, die auf entsprechende Fragen der Sachverständigen gemacht wurden. Insofern stellen alle subjektiven Angaben der Versicherten Antworten auf die Fragen der Sachverständigen dar. - Die Kritik von Rechtsanwalt RA 1, dass in unserem Gutachten die von PD Dr. _____ gestellten Diagnosen aus neurologischer Sicht nicht diskutiert worden seien, ist ebenfalls unzutreffend. Die von PD Dr. _____ gestellten Diagnosen sind inhaltlich identisch mit der vom Neurologen im Gutachten gestellten Diagnose persistierender neuropathischer Schmerzen im Bereich des linken Beins ohne motorische Defizite bei St.n. nach Quetschtrauma des Oberschenkels und Unterschenkels links (S. 26 des Gutachtens). Der Umstand, dass PD Dr. _____ drei Diagnosen für die gleiche Problematik stellt bedeutet nicht, dass bei ihm andere oder mehr gesundheitliche Beeinträchtigungen beschrieben werden als in unserem Gutachten. Sowohl PD Dr. _____ als auch der neurologische Sachverständige beschreiben und diagnostizieren die exakt gleiche unfallbedingte gesundheitliche Beeinträchtigung, nämlich eine unfallbedingte neuropathische Schmerzproblematik, die selbstverständlich auch als chronischer posttraumatischer Schmerz oder als chronischer sekundärer muskuloskelettaler Schmerz in Verbindung mit strukturellen Veränderungen (Anmerkung: der betroffenen Nerven) anzusehen ist. Alle drei von PD Dr. _____ gestellten Diagnosen betreffen die gleiche

Problematik, nämlich einen neuropathischen Schmerz im linken Bein, was auch in unserem Gutachten anerkannt und diagnostiziert wurde. - Die Behauptung von Rechtsanwalt RA 1, dass wir die krampfartigen Beschwerden der Versicherten im linken Bein mit Ausstrahlung in die linke Wade nicht berücksichtigt hätten (S. 4 seines Schreibens) ist unzutreffend. Die krampfartigen Beschwerden sind Teil der neuropathischen Schmerzproblematik, was im neurologischen Teil der Beurteilung auf S. 23 bis 25 detailliert gewürdigt wurde. - Auf S. 5 und 6 seiner Beurteilung führt Rechtsanwalt RA 1, aus, dass wir in unserem Gutachten nicht zur Problematik einer Beeinträchtigung im Bereich des N. saphenus links Stellung genommen hätten. Im Bericht von PD Dr. _____ vom 08.10.2021 werde jedoch beschrieben, dass die Infiltration im Bereich des N. saphenus links zu einer Linderung der Schmerzen im Bereich des Knies und des Unterschenkels links im medialen Bereich geführt. Dies lege eine Beeinträchtigung im Bereich des N. saphenus links nahe, was im Gutachten nicht diskutiert worden sei. - Dazu ist festzuhalten: Der Nervus Saphenus ist ein rein sensibler Nerv, bei dessen Läsion keine motorischen Defizite zu besorgen sind. Der Nervus saphenus innerviert über den Ramus infrapatellaris die Haut unterhalb der Kniescheibe wo die Versicherte uns gegenüber keinerlei Schmerzangaben machte. Der von der Versicherten berichtete Schmerz im Unterschenkel ist durch die Verletzung des N. cutaneus femoris posterior hinlänglich zu erklären. Eine partielle Beteiligung des N. Saphenus ist allenfalls möglich (Rami cutanei medialis), hätte jedoch mit Blick auf eine Arbeitsunfähigkeit und eine IE keinerlei Auswirkungen, weil eine funktionelle Beeinträchtigung aus einer (ohnein allenfalls möglichen) Traumatisierung der rami cutanei nicht resultiert. - Zu klären sei gemäss Rechtsanwalt RA 1 auch der Satz auf S. 23 des Gutachtens: «Verblieben seien aber nonstop bestehende Schmerzen an der Innenrückseite des distalen linken Unterschenkels, im Bereich der linken Kniekehle und des proximalen, dorsomedialen linken Unterschenkels. Hierbei handelt es sich um eine subjektive Beschwerdeangabe, die die Versicherte in der neurologischen Exploration gemacht hat. Diese Beschwerden sind erklärbar durch die neuropathischen Schmerzen, worauf wir in unserem Gutachten detailliert eingegangen sind. Es ergeben sich von unserer Seite diesbezüglich keine Ergänzungen. Unfallbedingte Störungen der Motorik liegen auf neurologischem Gebiet nicht vor. - Rechtsanwalt RA 1 schreibt auf S. 7, dass wir uns nicht detailliert zu den diversen von der Versicherten gemachten Einschränkungen im Alltag geäußert hätten. Die Versicherte mache geltend, dass sie nicht längere Zeit sitzen oder reiten könne, dass sie das linke Bein im Alltag nicht längere Zeit belasten könne und die Statik der Beine verändert sei, dass sie nicht längere Zeit in aufrechter Position verbleiben und nicht längere Strecken gehen könne, dass sie nicht rennen könne, dass das Gleichgewicht auf dem linken Bein vermindert sei, dass sie sich nicht hinknien könne und dass sie ganz allgemein in ihrem Alltag eingeschränkt sei und nicht mehr Sport treiben könne wie vor dem Unfall. Dazu hätten wir uns im Gutachten nicht detailliert geäußert. Wir möchten an dieser Stelle wiederholen, dass auf orthopädischem und angiologischem Gebiet keine unfallbedingten Beeinträchtigungen bestehen, die diese subjektiven Beschwerden der Versicherten erklären würden. Unfallfremd besteht auf orthopädischem Gebiet eine degenerative Meniskusläsion beidseits und eine Gonarthrose beidseits, was erklärt, warum die Versicherte bei allen Tätigkeiten Mühe hat, die die Kniegelenke belasten. Unfallkausal besteht hingegen eine neuropathische Schmerzproblematik, was die von der Versicherten gemachten Angaben zu Einschränkungen in ihren Aktivitäten und ihrem Alltag nicht hinlänglich erklären kann. Eine nennenswerte Gleichgewichtsproblematik kann zudem in der orthopädischen und der neurologischen Untersuchung nicht objektiviert

werden. Eine nennenswerte Schwellung im Bereich der linken unteren Extremität lag zudem gemäss angiologischer und neurologischer Beurteilung in unserem Gutachten nicht vor. Schliesslich ist auch darauf hinzuweisen, dass die Beschwerden der Versicherten im Bereich des rechten Handgelenks funktionell im Hinblick auf die im Gutachten zu beantwortenden Fragen keine nennenswerte Bedeutung haben, unabhängig von der Ätiologie. Sie führen weder zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit noch zu einem Integritätsschaden. Insofern ist es irrelevant, dass Dr. _____ und Dr. _____ diese Problematik unterschiedlich bewerten. - Rechtsanwalt RA 1 ist der Meinung, dass die ästhetischen Veränderungen im Hinblick auf den Integritätsschaden berücksichtigt werden müssten. Wir haben schon weiter oben dargelegt, dass die Fotos der unteren Extremitäten, die wir in unserem Gutachten dokumentiert haben, zeigen, dass es sich um minimale ästhetische Veränderungen handelt, die keinen Integritätsschaden begründen.

Rechtsanwalt RA 1 moniert, dass der neurologische Sachverständige nicht beschreiben würde, welche Hautzonen von der Sensibilitätsstörung in der unteren linken Extremität betroffen seien, sondern ausgehend von der Diagnose direkt die Symptome im Innervationsbereich des N. cutaneus femoris posterior beschreiben würde. Zudem würde der neurologische Sachverständige nicht auf die Befunde der MRI-Untersuchung von Dr. _____ vom 05.03.2021 eingehen, wo Neurome auf dem Ramus cutaneus des N. obturatorius links festgestellt wurden. Eine Pathologie des N. obturatorius links werde vom neurologischen Sachverständigen nicht diskutiert. Es würden deshalb diagnostische Unklarheiten verbleiben, die geklärt werden müssten. Eine motorisch relevante Pathologie des Nervus obturatorius, welche die Muskeln Musculus adductor brevis, Musculus adductor longus, Musculus gracilis, Musculus pectineus, Musculus obturatorius externus, Musculus adductor magnus betrafte, konnte im Rahmen der neurologischen Untersuchung nicht festgestellt werden. Insbesondere bestanden weder Paresen, noch Muskelatrophien, welche dem Innervationsbereich des n. obturatorius zugeordnet werden konnten. Das MRI zeigte ohnehin nur eine Bildgebung, vereinbar mit Neurombildung lediglich im Bereich eines Hautastes des Nervus obturatorius links, möglicherweise im Rahmen einer fibrovaskulären post-liponekrotischen Einklemmung oder auch infolge einer direkten Quetschung mit neuralen posttraumatischen Schäden. Bei fehlenden motorischen Ausfällen und allenfalls möglicher rein sensibler Störung der Hautinnervation ergeben sich wiederum keine funktionell relevanten Defizite. Insoweit bleiben die Auffälligkeiten im MRI ohne Relevanz in Hinblick auf Arbeitsfähigkeit und IE. Zusammenfassend ergeben sich für uns auch unter Berücksichtigung der Ausführungen von Rechtsanwalt RA 1 sowie des Berichts von PD Dr. _____ vom 08.10.2021 keine neuen medizinischen Sachverhalte. Wir halten deshalb an den Ausführungen in unserem Gutachten vom 09.11.2021 fest." (Doc. 333) Anche questo complemento peritale è stato criticato dal legale dell'assicurata, il quale si è essenzialmente rifatto, in termini di motivazione, alla puntuale disamina della valutazione peritale dell'_____ svolta dal marito (neurologo) dell'interessata nello scritto del 25 gennaio 2023 (cfr. doc. 372 e 372/1). In tale occasione, il dr. _____ ha espresso le proprie perplessità in merito alle conclusioni alle quali sono giunti i periti dell'_____, evidenziando, in particolare, a proposito degli aspetti neurologici, che il perito ha tenuto conto dell'esistenza di un solo neuroma e non di una serie di neuromi, mettendo pure in evidenza come nel rapporto del 26 maggio 2021 il dr. _____, primario di Neurologia presso la Clinica _____ di _____, abbia diagnosticato una " sindrome dolorosa neuropatica della gamba sinistra soprattutto sulla parte mediale-distale della coscia, mediale della gamba nel territorio ad innervazione del nervo otturatorio e del nervo safeno, in

relazione al grave infortunio delle due gambe accentuato a sinistra " (cfr. doc. 372/1). Con complemento peritale del 2 maggio 2023, gli esperti dell' _____ si sono puntualmente confrontati con le critiche del dr. _____, confermando integralmente la loro precedente valutazione, basata sui dati oggettivi, sottolineando di non avere mai negato l'esistenza di una neuropatia all'arto inferiore causata da un neuroma di origine traumatica. Essi si sono in particolare così espressi: " (...) Unsere Stellungnahme: Die Begutachtung der Versicherten und die gutachtliche Beurteilung des Sachverhaltes erfolgte gemäss den Standards der involvierten Fachgebiete. Zum besseren Verständnis seien zunächst die vorliegenden Informationen aus dem Dossier vorgeschaltet. Gemäss Befundbericht MRI Oberschenkel und Bein links vom 14.02.2020 bestand ein Hämatom in chronischer subakuter Phase am Oberschenkel distal im Sinne einer Läsion vergleichbar zu Morel-Lavallée. Bei einer solchen Verletzung handelt es sich um ein Abscheren der Subcutis bzw. Faszie von darunterliegendem Gewebe durch Druck- und Scherkräfte. Die Versicherte sei nach dem Unfall vom 21.01.2020 vom Unfalltag an bis zum 07.02.2020 stationär behandelt worden. Diagnostisch wurde ein Quetschtrauma am linken Bein mit posttraumatischer Thrombose der Vena poplitea links beschrieben. Die Versicherte sei vom 07.02.2020 bis 17.03.2020 stationär rehabilitiert worden. Folgende Hauptdiagnose wurde gestellt: Schmerzbedingte funktionelle Einschränkung der Autonomie und des Gehens sekundär zu einem schweren Quetschtrauma der unteren Extremität links > rechts nach Unfall am 21.01.2020, kompliziert durch ein intramuskuläres Hämatom des linken Oberschenkels mit darauffolgender vorübergehender Parese der unteren Extremität links, einer posttraumatischen Thrombose der Vena poplitea links und einem Hämatom am rechten Oberschenkel. Das Gehen sei schmerzbedingt weiterhin verlangsamt und eingeschränkt. Bei Austritt persistiere weiterhin eine Einschränkung beim Gehen. Es bestehe bei Austritt eine inkomplette Remission aufgrund der traumatischen Gewebsverletzung mit Schmerzen, laut Bericht Klinik _____. Die Versicherte sei vom 20.07.2020 bis 07.08.2020 teilstationär in der Klinik _____ rehabilitiert worden. Diagnostisch wird von einer residuellen schmerzbedingten funktionellen Einschränkung beim Gehen nach schwerem Quetschtrauma der unteren Extremitäten ausgegangen. Bei Austritt hätte die Versicherte weiterhin Schmerzen VAS 4/10 beim Aufwachen im Bereich des linken Oberschenkels und Beins beklagt. Ausgelöst würden die Schmerzen durch eine längere sitzende Position und durch statisches Stehen. Die Versicherte könne nicht knien. Durch Gehen erfahre sie Linderung. Dr. _____, Chefarzt Neurologie der _____, diagnostiziert im Mai 2021 ein neuropathisches Schmerzsyndrom im Bein links mit Schwerpunkt medialer distaler Oberschenkel > mediale Unterschenkelinnenseite (Versorgungsgebiet Nervus obturatorius und Nervus saphenus), aufgetreten im Anschluss an ein schweres Quetschtrauma der Beine bds. linksbetont am 21.01.2020 mit anamnestisch schweren Hämatomen des linken Beines und intermittierend Paresen (anamnestisch Plexusparese mit Ausfall des Nervus peroneus), sowie mit posttraumatischer Thrombose Vena poplitea links. Subjektiv persistiere eine erhebliche Restsymptomatik mit Schmerzen am distalen Oberschenkel von brennendem Charakter. Die Haut sei bei leichter Berührung massiv schmerzhaft. Die Versicherte könne nur auf der Glutealmuskulatur sitzen. Das Gehen sei deutlich eingeschränkt. Die Beinachse habe sich verändert und die Schmerzen seien permanent vorhanden. Die Behandlung mit Lyrica habe wegen Nebenwirkungen abgebrochen werden müssen. Im Nervenultraschall bestehe keine eindeutige Pathologie des Nervus saphenus links. Der Nerv lasse sich gut darstellen. Das Schmerzsyndrom gehe über das sensible Versorgungsgebiet des Nervus obturatorius hinaus. In der aktuellen Sonografie habe er den

Nervus saphenus bei eingeschränkter Beurteilbarkeit darstellen können, ohne eindeutige Pathologie im Canalis adductorius bzw. im subsartoriellen Kompartiment. Der nächste Schritt wäre nach Ansicht von Dr. _____ zu klären, ob für die neuropathischen Schmerzen vorwiegend der Nervus saphenus oder der Nervus obturatorius verantwortlich sei, oder beide. Er überweist deshalb die Versicherte zur weiteren Abklärung an Herrn Dr. PD _____. Zudem veranlasst er eine MR-Neurografie im Tessin zur besseren Darstellung des Nervus saphenus und auch des Nervus obturatorius. Im Bericht des Instituts _____ vom 04.06.2021 wird eine posttraumatische, durch den Unfall vom 21.01.2020 herbeigeführte neuropathische Schmerzproblematik mit maximaler Ausprägung an der Oberschenkel- und Unterschenkelinnenseite beschrieben. Bis hierhin ist der Verlauf mit den beschriebenen Befunden und den differenzialdiagnostischen Erwägungen gut nachvollziehbar und steht auch nicht in Widerspruch zu unseren Beurteilungen. Im Wesentlichen stellte sich die Frage, ob im Adduktorenkanal durch die Quetschung der N. saphenus und/oder der N. obturatorius geschädigt wurden. Das MRI von Oberschenkel/Kniegelenke bds. vom 05.03.2021 zeigt in der Bildgebung einen Befund, vereinbar mit Neuromformationen vom Typ spindle cell im Bereich des kutanen Astes des Nervus obturatorius links, anteriorer Anteil. Es ist offensichtlich, dass der MRI-Befund lediglich die Schädigung mit der Neurombildung im kutanen Ast des N. obturatorius klar darstellt. Dabei ist es für die Entwicklung der funktionellen Auswirkungen unerheblich, ob es sich um ein Neurom oder mehrere handelt, weil die Neurombildung lediglich einen rein sensiblen Hautast («ramo cutaneo terminale anteriore del nervo adduttore») betrifft und nicht motorische Anteile im N. obturatorius. Diese würden zu Paresen in der Adduktorenmuskulatur des Oberschenkels führen, welche weder bei uns vorgelegen haben noch in Berichten der behandelnden Neurologen erwähnt wurden. Der Radiologe Dr. _____ beurteilt die Bilder von März 2021 nochmals. Der Nervus saphenus erscheine komplett frei. Auch der mediale Ast erscheine komplett unauffällig. Ein pathologischer Bereich sei jedoch leichtgradig sichtbar weiter hinten im Bereich des Oberschenkels distal ohne Beteiligung des Hauptastes. Es könnte sich um die Beteiligung eines anastomotischen Astes zwischen dem Gebiet des Nervus obturatorius und des Nervus saphenus handeln, ohne Beteiligung des Hauptastes des Nervus saphenus. Er empfiehlt deshalb auf eine direkte Behandlung des Nervus saphenus zu verzichten. Im Institut _____ wird eine Infiltrationsbehandlung durchgeführt. Die durchgeführte Infiltration des Nervus saphenus im Bereich des Canalis adductorius hätte eine Schmerzreduktion im Bereich des medialen Knies/Unterschenkels links erbracht. Im Bereich des dorsalen Oberschenkels hätte sich im mittleren Drittel des Oberschenkels im Bereich der von der Versicherten beschriebenen schmerzhaften Stelle, eine langstreckige Veränderung eines Astes des Nervus cutaneus femoris posterior mit neuromatösen Veränderungen des Nervs gezeigt. Hier bestünden auch trophische Veränderungen der Haut, die Haut scheinbar etwas eingezogen zu werden, vereinbar mit den im Ultraschall an dieser Stelle festgestellten subkutanen Bindegewebsveränderungen. Aufgrund des Unfallhergangs scheinbar es naheliegend, dass die Quetschverletzung des Oberschenkels zu einer mechanischen Schädigung des Nervus cutaneus femoris posterior geführt hätte. In der Folge hätten sich diese Neuromata in continuitatem gebildet, die nun diese starken neuropathischen Schmerzsymptome verursachen würden. Der Nervus cutaneus femoris posterior ("hinterer Oberschenkelhautnerv") ist ebenfalls ein rein sensibler Nerv, der aus dem Kreuzgeflecht (Plexus sacralis) stammt. Er innerviert die Haut der Oberschenkelhinterseite bis zur Kniekehle. Hier gab die Versicherte in der Begutachtung zur Schmerzsymptomatik und

-lokalisation an, verblieben seien aber nonstop bestehende Schmerzen an der Innenrückseite des distalen linken Unterschenkels, im Bereich der linken Kniekehle und des proximalen, dorsomedialen linken Unterschenkels. Der Schmerzcharakter sei im distalen Drittel des Oberschenkels brennend, im Bereich des proximalen Unterschenkeldrittels eher stechend. Bei Berührung in diesem Bereich komme es zu einschiessenden, elektrisierenden, aber auch zum Teil sehr heftigen brennenden Schmerzen. Manchmal komme es spontan zu einschiessend elektrisierenden Schmerzen an der Rückseite des linken Oberschenkels bis in den Unterschenkel und die Ferse ziehend. Die Statik des linken Beines habe sich nach dem Unfall verändert. Sie habe eine vermehrte Valgusstellung («X-Bein») im linken Kniegelenk entwickelt. Ferner habe sie manchmal das Gefühl einer Instabilität in der linken Hüfte. Die Beschwerden seien so ausgeprägt, dass sie nicht lange sitzen könne. Der Druck der Sitzfläche auf den dorsalen Oberschenkel verstärke die Schmerzen deutlich. Diese beklagte Beschwerdesymptomatik ist vereinbar mit einer Schädigung des N. cutaneus femoris posterior, das Innervationsgebiet ist in der nachfolgenden Abbildung grün gekennzeichnet. (...). Der N. cutaneus femoris posterior versorgt sensibel wie dargestellt rückseitige Areale von Oberschenkel, Kniegelenk und Unterschenkel. Dies entspricht im Wesentlichen auch der von der Versicherten beschriebenen Schmerzlokalisation. Motorische Ausfälle sind damit aber nicht verbunden. Der Ramus cutaneus des N. obturatorius, ramus anterior versorgt einen kleinen Hautbereich am dorsomedialen Oberschenkel, angrenzend an das Innervationsareal des N. cutaneus femoris posterior sensibel. Schlussendlich ist bei Prüfung der Sensibilität daher auch nicht genau zu differenzieren, ob die im MRI dokumentierte Neurombildung im terminalen Hautast des N. obturatorius oder neurosonographisch im Verlauf des N. cutaneus femoris posterior postulierte Neurombildung das Schmerzsyndrom verursacht. Paresen wurden jedenfalls anlässlich unserer Untersuchungen nicht festgestellt und sind bei Schädigung rein sensibler Nervenäste auch nicht zu erwarten. Ein neuropathisches Schmerzsyndrom wurde von uns zu keinem Zeitpunkt negiert und wir haben dieses Schmerzsyndrom auf eine traumatisch bedingte, und damit auch unfallkausale Neurombildung zurückgeführt, nach Beschwerdeschilderung und klinischem Befund massgeblich durch die Schädigung am N. cutaneus femoris posterior bedingt. Eine Beteiligung durch die Neurombildung in einem Hautast des N. obturatorius mag vorliegen, führt aber keineswegs zu einer zusätzlichen Funktionseinschränkung. Unerheblich ist es dabei auch, ob sich an den beteiligten Hautnerven ein langstreckiges oder mehrere Neurome gebildet haben, weil die daraus resultierenden neuropathischen Schmerzen ein gleichgelagertes Beschwerdebild verursachen und neben dem Schmerzsyndrom eben keine Neurogenen Paresen vorliegen. Schmerzassoziierte Beschwerden und daraus resultierende Funktionseinbussen haben wir im Gutachten berücksichtigt. Auch wenn die Versicherte beispielsweise bei längerem Sitzen durch Druck auf die Oberschenkelrückseite vermehrt Schmerzen verspürt, so ist aus unserer Sicht das subjektiv beklagte Ausmass der Funktionseinbussen in der Tätigkeit und auch allgemein in ihrer Lebensqualität nicht vollumfänglich nachvollziehbar. Die Angaben zur psychosozialen Lebensqualität sind überwiegend subjektiver Natur und damit auch nicht Gegenstand der Begutachtung. Schlussendlich ist Schmerz aber auch eine subjektive Wahrnehmung und die versicherungsmedizinische Bewertung hat sich auf objektive Befunde abzustützen, nicht jedoch auf die subjektiv quälende Beschwerdewahrnehmung. Wir gehen davon aus, dass die Versicherte in der angestammten Tätigkeit als Arztsekretärin ihre Sitzposition bei der Tätigkeit verändern kann, teilweise administrative Arbeiten am Stehpult ausüben kann, manche Aufgaben auch stehend oder gehend verrichtet und bleiben deswegen auch bei

unserer bisher vertretenen Einschätzung einer Arbeitsfähigkeit von 90%". (Doc. 379) Con la decisione su opposizione, l'assicuratore infortuni ha quindi confermato quanto già deciso in precedenza (doc. A3). Con l'impugnativa, l'insorgente ha ribadito le proprie precedenti obiezioni, chiedendo che l'incarto venga rinviato all'amministrazione affinché disponga una perizia esterna ai sensi dell'art. 44 LPGA che possa accertare la sua incapacità lavorativa del 70% (doc. I). A sostegno di tale pretesa, oltre alla documentazione medica già agli atti, il legale ha in particolare prodotto: - referto del 6 dicembre 2023 del dr.

_____, medico ospedaliero capoclinica del Servizio di neurologia dell'Ospedale _____, il quale, posta la diagnosi di "esiti di trauma da schiacciamento (21.10.2020) con: neuropatia (e neuromi multipli) dei nervi safeno e surale, condizionante severo dolore neuropatico residuo; esiti cicatriziali dopo ematoma profondo", ha posto la seguente valutazione: " Valutazione Ritengo che la paziente abbia avuto una neuropatia dei nervi safeno e surale sinistra di origine compressiva, su trauma da schiacciamento (con sindrome compartimentale); questa neuropatia causa tuttora il dolore lamentato dalla paziente. Ho risolto le contratture miofasciali evidenziate all'esame obiettivo lungo il decorso dei nervi ottenendo una migliore mobilizzazione dell'arto e la riduzione del dolore alla coscia sinistra. Provarei a ridurre gradualmente il Cymbalta fino alla sua sospensione. Mi rendo disponibile ad eventuali nuovi trattamenti con dry-needling. Procedere - Accertamenti: non previsti - Modifiche della terapia: consiglio la riduzione/sospensione del Cymbalta e trattamenti con dry needling - Prossimo controllo: al bisogno - Inabilità lavorativa: si conferma l'inabilità in corso (abile al 30%)." (Doc. A12); - referto del 14 dicembre 2023 del dr. _____, Primario della Clinica _____, indirizzato al dr. _____, del seguente tenore: " Diagnosi riabilitativa Esiti di trauma da schiacciamento AI sin. 21. 01.2020 Esiti cicatriziali dopo ematoma profondo con esiti (neuromi multipli del n. otturatorio sin) Egregio collega, in data 4.10.2023 ho rivalutato ambulatorialmente la paziente summenzionata per la valutazione del decorso clinico-riabilitativo sugli esiti disabilitanti dell'incidente della circolazione del 20.01.2020. Riferisco sul bilancio clinico-riabilitativo. Non ritorno sui dettagli clinici, limitandomi a rievocare gli esiti posttraumatici riportati in diagnosi e obiettivati dall'imaging dei tessuti molli, che obiettivano la ragione neuro-cicatriziale come danno e eziologia specifica della sintomatologia ancora riferita nel territorio del nervo otturatore di sinistra. Il trattamento fino a tutt'oggi si è avvalso della combinazione di tecniche manuali distrettuali specifiche, balneoterapia e di sedute di fisio ed ergoterapia. Le misure riabilitative sono integrate da infiltrazioni mirate profonde e guidate sulle lesioni neurali e da trattamento di dry needling cutaneo. La paziente riporta persistenza di una sindrome da impaccio funzionale. Questa viene descritta come limitata capacità nel mantenere a lungo la stazione seduta per la comparsa di disestesie dolorose poplitee mediali e conseguente necessità di cambiare posizione. Il disturbo compare sia in flessione moderata di gamba (durante la posizione seduta), come pure in posizione di flessione massimale durante la posizione accovacciata. La posizione eretta per compiti che la suppongono a lungo (condizione di carico bipodalico) scatena precocemente una riflessa necessità di cambiare postura per alterata propriocettività plantare omolaterale. Si tratta di sollecitazioni posturali che competono alla funzionalità abituale dell'arto inferiore ancora oggi non mantenibili per comparsa precoce di algie disestesiche o non ripetibili ciclicamente per effetto della mancata resistenza allo sforzo (endurance) dei gruppi muscolare di coscia e gamba interessati dal "compito" motorio o dalla postura. In conclusione: a tutt'oggi i disturbi risentiti impattano ancora significativamente in alcuni compiti non eludibili della vita quotidiana di casalinga, come in

quelli specifici imposti dalla professione di segretaria. Sebbene a distanza di più di tre anni dal trauma, dal punto di vista della cinetica del tempo richiesto per il recupero funzionale, la sintomatologia riferita dalla paziente non sorprende considerata l'eziologia neurogena posttraumatica e quindi la improbabile restitutio ad integrum del danno neurale. Dal profilo clinico-riabilitativo è per coerenza determinante il proseguimento dei trattamenti di fisioterapia, massoterapia e balneoterapia, come terapie di mantenimento e adiuvanti al trattamento invasivo mirato infiltrativo sui neuromi posttraumatici. Quest'ultimo a seconda delle indicazioni poste dallo specialista. Inabilità lavorativa: invariata (la paziente è abile al 30% nelle mansioni tollerate di segretaria)." (Doc. A13); - referto del 21 dicembre 2023 del PD dr. _____ dell'Institut _____, indirizzato al dr. _____, del seguente tenore: " Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit von RI 1 Zuweisungsgrund 1.

Neuropathisches Schmerzsyndrom Bein links ICD-11 Diagnose: 1. MG30.51 Chronic peripheral neuropathic pain 2. MG30.20 Chronic post traumatic pain 3. MG30.31 Chronic secondary musculoskeletal pain associated with structural changes Beurteilung und Procedere Frau RI 1 leidet unter chronischen neuropathischen Schmerzen, welche durch die traumatisch entstandenen subcutanen multiplen Nervenmarkierungen generiert werden (s. Bild).

Befriedigende Therapieoptionen als diejenigen, welche durchgeführt wurden und aktuell immer noch werden existieren im Moment nicht. - Chronischen neuropathischen Schmerzen führen bei Frau RI 1 aus verschiedenen Gründen zu erheblichen

Schwierigkeiten beim Arbeiten: - Intensive Schmerzsymptome: Neuropathische Schmerzen können oft zu intensiven und schwer zu kontrollierenden Attacken führen, was die Konzentration und Aufmerksamkeit beeinträchtigen kann. - Es wird durch diese Schmerzen eine eingeschränkte Beweglichkeit erlebt. Dies kann die Fähigkeit beeinträchtigen, bestimmte berufliche Aufgaben auszuführen, insbesondere wenn diese körperliche Anstrengung erfordern. - Müdigkeit und Erschöpfung: Chronische Schmerzen führen bei Frau RI 1 bisweilen zu Schlafstörungen, was wiederum zu Müdigkeit und Erschöpfung während des Tages führt. Dies kann die Fähigkeit zur Bewältigung von

Arbeitsanforderungen weiter beeinträchtigen. - Kognitive Beeinträchtigungen: Neuropathische Schmerzen können u. U. auch kognitive Funktionen beeinflussen, einschliesslich Gedächtnis und Denkvermögen. Dies kann die Leistungsfähigkeit bei anspruchsvollen beruflichen Aufgaben beeinträchtigen. - Psychologische Auswirkungen: Chronische Schmerzen sind sehr belastend für die Psyche und können zu Gesundheitsproblemen führen, was sich negativ auf die Arbeitsfähigkeit auswirken kann.

Nächste Konsultation: 10.01.2024." (Doc. A14) 2.6. Chiamato ora a pronunciarsi, questo Tribunale ricorda innanzitutto, a proposito della richiesta ricorsuale avanzata dal legale dell'insorgente di rinviare gli atti all'amministrazione affinché ordini una perizia ai sensi dell'art. 44 LPGA, che la perizia dell'Istituto _____ è già stata commissionata ed eseguita nel rispetto della procedura di cui all'art. 44 LPGA. Dagli atti emerge, infatti che il precedente legale dell'assicurata (a quel momento l'avv. _____), con scritto del 12 aprile 2021, è stato invitato dall'amministrazione a pronunciarsi in merito al centro peritale proposto, disponendo all'uopo di un termine fino al 3 maggio 2021 per presentare osservazioni (cfr. doc. 214). In seguito, egli è stato informato anche riguardo al nome dei periti e al catalogo dei quesiti peritali (cfr. doc. 227). Con scritto del 9 giugno 2021 l'allora patrocinatore ha confermato che l'assicurata sarebbe stata puntualmente presente alle visite prefissate, sollevando tuttavia delle obiezioni riguardo alla necessità di visita presso il dr. phil. _____, a suo parere " del tutto irrilevante alla luce della tipologia del danno fisico già accertato " (doc. 237). Con scritto del 16 luglio 2021 indirizzato al suo legale, CO

1, applicando la procedura di avvertimento e secondo l'art. 43 cpv. 3 LPGA, ha invitato l'assicurata a sottoporsi alla valutazione peritale (nel frattempo annullata in quanto ella non era disposta a recarsi due volte a _____ e visto che, secondo la dichiarazione del marito dell'interessata, nessuna persona all'istituto _____ era in grado di comunicare in italiano), pena, in caso contrario la pronuncia da parte dell'assicuratore LAINF sulla base degli atti (cfr. doc. 251). Cessata la rappresentanza da parte dell'avv. _____, CO 1, in data 3 agosto 2021, ha poi ribadito all'assicurata stessa i termini della diffida secondo l'art. 43 cpv. 3 LPGA, invitandola a volersi sottoporre alle visite peritali presso _____. In caso contrario, una decisione sarebbe stata presa sulla base degli atti (cfr. doc. 257). In data 17 agosto 2021 l'avv. RA 1, subentrato in qualità di patrocinatore dell'assicurata, ha comunicato ad CO 1 che “ si rimane in attesa della convocazione all' _____ per gli esami di ortopedia, neurologia e angiologia ” (cfr. doc. 262). L'avv. RA 1 ha, poi, avuto modo di esporre ulteriori quesiti, i quali sono stati oggetto di un complemento peritale da parte degli esperti dell' _____ (cfr. doc. 328-329). Alla luce di quanto appena esposto, non vi è, quindi, dubbio alcuno che la perizia dell' _____ e i suoi successivi complementi siano fondati sull'art. 44 LPGA, come del resto pure indicato dall'amministrazione nella risposta di causa. Per costante giurisprudenza federale, le perizie elaborate da medici esterni all'amministrazione hanno piena forza probante nell'ambito dell'apprezzamento dei fatti. Il giudice se ne scosta soltanto 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). 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). D'altro canto, è pure utile segnalare che, secondo la giurisprudenza federale in materia di assicurazioni sociali, non è importante la diagnosi o l'insorgere dell'evento (malattia o infortunio; cfr. DTF 142 III 671, consid. 3.7.3 e 3.8) ma le sue conseguenze sulla capacità lavorativa (sul tema, cfr. STF 9C_49/2012 del 12 luglio 2012 consid. 6 con riferimenti) e che non spetta alla giurisdizione delle assicurazioni sociali decidere su divergenze mediche scientifiche ma unicamente stabilire nel caso concreto il diritto alle prestazioni secondo le circostanze e tenuto conto dei pareri medici (cfr. STF 8C_874/2011 del 20 gennaio 2012 consid. 5.2 e rinvio alla DTF 134 V 231 consid. 5.3 pag. 234; STCA 32.2017.24 del 28 agosto 2016 consid. 2.7.2; STCA 32.2018.123 del 6 giugno 2019 consid. 2.8; STCA 32.2019.24 del 28 gennaio 2020 consid. 2.4; STCA 32.2019.47 del 24 febbraio 2020 consid. 2.8; STCA 32.2019.63 del 27 aprile 2020 consid. 2.11; STCA 32.2019.219 del 15 luglio 2020 consid. 2.7 e riferimenti ivi citati e STCA 32.2021.60 del 21 febbraio 2022 consid. 2.9.3 e riferimenti ivi citati). 2.7. Fatte queste premesse, nella concreta evenienza, questo Tribunale ritiene di potere fondare il proprio giudizio sull'apprezzamento pluridisciplinare dell' _____ e i suoi relativi complementi, posti a fondamento della decisione su opposizione qui impugnata, che vanno considerati pienamente probanti sia in merito alla valutazione delle prestazioni di corta durata, sia per quanto concerne la valutazione della capacità lavorativa e del diritto all'IMI. 2.7.1. Innanzitutto, analizzando l'aspetto della stabilizzazione dello stato di salute, questo Tribunale non reputa condivisibili le critiche ricorsuali volte a contestare la decisione su opposizione impugnata, già solo per il fatto che, contrariamente alle conclusioni peritali, non sarebbe ancora stato raggiunto lo stato anteriore, come rilevato dal dr. _____ in data 14 dicembre 2023 (cfr. doc. A13, “ sebbene a distanza di più di tre anni dal trauma, dal

punto di vista della cinetica del tempo richiesto per il recupero funzionale, la sintomatologia riferita dalla paziente non sorprende considerata l'eziologia neurogena posttraumatica e quindi la improbabile restitutio ad integrum del danno neurale"). Come correttamente rilevato dall'assicuratore infortuni nella risposta di causa, corrisponde al vero che la sindrome del dolore neuropatico rende impossibile un ripristino del suo stato di salute esistente immediatamente prima dell'infortunio. I periti, del resto, hanno espressamente indicato che " Die Frage nach dem Status quo sine entfällt, da keine unfallfremden Faktoren vorliegen. Der Status quo ante wird wegen der eingetretenen morphologischen Veränderungen am linken Bein auch nach Eintreten des Endzustands voraussichtlich nicht mehr zu erreichen sein " (cfr. doc. 279). Ciò non impedisce tuttavia di considerare lo stato di salute stabilizzato secondo i tempi stabiliti dai periti, i quali si sono in merito così espressi: " 4.1. Kann mit eiener Fortsetzung der ärztlichen Behandlung der Unfallfolgen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit noch eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes erreicht werden (Eintritt des sog. Medizinischen Endzustands)? Auf orthopädischem und angiologischem Gebiet: Nein. Eine relevante Verbesserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes ist auch durch eine Fortsetzung der ärztlichen Behandlung nicht mehr zu erwarten. Auf neurologischem Gebiet: Ja. Es ist davon auszugehen, dass sich die neuropathischen Schmerzen mit den weiteren Infiltrationsbehandlungen und der Physiotherapie innerhalb 1 Jahres deutlich verbessern werden. Der medizinische Endzustand wird somit aus neurologischer Sicht voraussichtlich in 1 Jahr erreicht werden. 4.2. Wenn nein, wann wurde bezüglich der Folgen des Unfalles vom 21.01.2020 der Endzustand erreicht? Auf orthopädischem und angiologischem Gebiet: Der medizinische Endzustand wurde orthopädisch per 24.9.2020 erreicht (siehe Bericht der Klinik _____ vom 24.9.2020), angiologisch wurde der medizinische Endzustand am 27.11.2020 erreicht (Bericht vom 27.11.2020 der ambulanten Untersuchung der Angiologischen Abteilung des Hospitale _____). Auf neurologischem Gebiet wird der medizinische Endzustand voraussichtlich in 1 Jahr eintreten. (...) 5.1. Medizinischer Endzustand noch nicht erreicht: 5.1.2 Wenn der medizinische Endzustand noch nicht erreicht ist, welche Massnahmen ärztlicher oder therapeutischer Natur sind in welcher Intensität notwendig (konkreter Behandlungsplan unter Berücksichtigung der Grundsätze der Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit/Wissenschaftlichkeit)? Aus orthopädischer und angiologischer Sicht ergeben sich keine weiteren notwendigen Behandlungen, mit Ausnahme der Notwendigkeit einer Versorgung mit Unterschenkelkompressionsstrümpfen. Aus neurologischer Sicht indiziert ist aufgrund der neuropathischen Schmerzen eine Fortsetzung der begonnenen Infiltrationsbehandlung für 6 weitere Sitzungen nach Massgabe der behandelnden Ärzte, sowie Physiotherapie 1 -mal pro Woche, für maximal 1 Jahr. Die von der Versicherten aktuell noch durchgeführte teilstationäre tagesklinische Rehabilitationsbehandlung an 3 Tagen in der Woche ist aus neurologischer Sicht nicht mehr indiziert ist ." (Doc. 279 pag. 30) A mente del TCA queste considerazioni dei periti non vengono smentite dal referto del 14 dicembre 2023 nel quale il dr. _____ ha indicato che i trattamenti di fisioterapia, massoterapia e balneoterapia rappresentano delle " terapie di mantenimento e adiuvanti al trattamento invasivo mirato infiltrativo sui neuromi posttraumatici " (cfr. doc. A13). In tale contesto è utile sottolineare che la circostanza che, successivamente al 30 ottobre 2022, l'insorgente necessitasse ancora di misure conservative (in particolare, di fisioterapia, massoterapia e balneoterapia e/o medicinali) volte a evitare un aggravamento dei disturbi denunciati (dolori e/o limitazioni funzionali) è irrilevante (cfr. in particolare, per quanto concerne la fisioterapia, STCA

35.2022.68 del 28 novembre 2022, consid. 2.6 e i numerosi rinvii giurisprudenza federali e cantonali ivi menzionati). Decisivo ai fini del giudizio è soltanto che a quel momento lo stato di salute dell'assicurata riconducibile al danno infortunistico non poteva più essere sensibilmente migliorato grazie ad ulteriori terapie. In esito a tutto quanto precede, il TCA ritiene dunque dimostrato, perlomeno con il grado della verosimiglianza preponderante abitualmente applicato nel settore delle assicurazioni sociali (DTF 138 V 218 consid. 6 pag. 221 con riferimenti), che al più tardi al momento in cui l'amministrazione ha posto termine alle prestazioni di corta durata (in casu , il 30 ottobre 2022), non vi erano più provvedimenti terapeutici suscettibili con probabilità preponderante di migliorare notevolmente lo stato di salute infortunistico dell'insorgente e che, pertanto, il suo stato di salute infortunistico era ormai stabilizzato ai sensi dell'art. 19 cpv. 1 LAINF. Stante ciò, l'amministrazione era pertanto legittimata a dichiarare estinto il diritto alle prestazioni di corta durata da quella data e a valutare le prestazioni di lunga durata (rendita d'invalidità e IMI).

2.7.2. Passando quindi all'esame della capacità lavorativa dell'assicurata, aspetto indispensabile al fine di valutare l'eventuale diritto ad una rendita, questo Tribunale non ha alcun valido motivo per scostarsi dalla approfondita valutazione espressa in proposito dai periti dell'_____. Questi ultimi, infatti, con considerazioni puntuali e convincenti, hanno valutato lo stato di salute dell'interessata, giungendo alla conclusione che ella, da un punto di vista ortopedico e angiologico, non presenta limitazioni legate all'infortunio che le impediscano di svolgere il suo abituale lavoro di segretaria medica con funzioni amministrative, mentre dal punto di vista neurologico la sua capacità di svolgere la propria attività abituale, tenuto conto della neuropatia che la affligge, è del 90% rispetto ad un impiego al 100%. Il TCA non ignora le ripetute obiezioni sollevate dal legale dell'interessata, già esposte in sede di opposizione e fondate, per l'essenziale, sulla valutazione medica del marito, neurologo, dell'assicurata, anche sulla base dei referti degli specialisti che si sono e si stanno occupando del caso, attestando una capacità lavorativa del 30%. Sostanzialmente, secondo il dr. _____, i periti dell'_____, al contrario di tutti gli altri specialisti privatamente consultati, avrebbero mal interpretato i disturbi dell'interessata, ignorando le diagnosi poste dal PD dr. _____ (cfr. lettera del 25 gennaio 2023 allegata all'opposizione di cui al doc. 372). Questo Tribunale evidenzia, tuttavia, come l'assicuratore infortuni abbia, a due riprese, invitato i periti dell'Istituto _____ a prendere specifica posizione in merito alle diverse critiche sollevate dalla controparte, corredate da copiosa documentazione medica, le quali sono state oggetto dei due approfonditi complementi peritali del 30 agosto 2022 e del 2 maggio 2023 sopra illustrati (cfr. doc. 333 e 379 al consid. 2.5.). In tali complementi, i periti si sono puntualmente e accuratamente confrontati con le critiche del dr. _____ e, in particolare, con le valutazioni del PD dr. _____, spiegando in maniera motivata e convincente le ragioni per le quali quanto addotto non è in grado di modificare le loro conclusioni peritali. I periti hanno sottolineato come non vi siano discrepanze rispetto a quanto valutato dal PD dr. _____, il quale non ha descritto nulla di diverso né in termini di diagnosi, né nei risultati, rispetto alla sindrome dolorosa neuropatica di origine traumatica riconosciuta e diagnosticata anche in sede peritale. Essi hanno in special modo evidenziato che il fatto che il PD dr. _____ abbia posto tre diagnosi per la stessa problematica non implichi l'esistenza di un danno diverso o più grave rispetto a quanto valutato nella perizia. Sia il PD dr. _____ che il perito neurologo, difatti, hanno descritto e diagnosticato il medesimo danno alla salute consistente in un dolore neuropatico correlato all'incidente. I periti hanno quindi posto l'accento sul fatto di non avere mai

negato l'esistenza di una sindrome dolorosa neuropatica, causata dalla formazione di un neuroma di origine traumatica, aggiungendo come sia irrilevante stabilire se si è in presenza di un neuroma esteso o di più neuromi sui nervi cutanei coinvolti, dato che il dolore neuropatico che ne deriva provoca un disturbo simile e non vi sono paresi neurogene aggiuntive alla sindrome dolorosa (cfr. complemento peritale del 2 maggio 2023, doc. 379, sopra esposto al consid. 2.5.). Tali considerazioni peritali appaiono ben motivate, convincenti e non vi è, dunque, motivo per distanziarsene. L'esistenza di una neuropatia, derivante dalla presenza di un neuroma, di eziologia traumatica, appare quindi definitivamente appurata, pacifica e non controversa tra le parti. Di conseguenza, nella misura in cui gli ulteriori e più recenti referti medici specialistici prodotti in sede ricorsuale (cfr. doc. A12-13-14) insistono sulla presenza di più neuromi e non di uno solo, rispettivamente sul coinvolgimento di altri nervi (safeno e otturatorio), il TCA deve concludere che gli stessi non mettono in evidenza elementi concreti di novità atti a sminuire il valore probatorio della perizia dell' _____ e dei suoi complementi, posti alla base della decisione su opposizione impugnata. Parimenti, anche l'attestazione della continuazione di una capacità lavorativa del 30% nella professione di segretaria di studio medico (cfr. doc. A12 e A13), senza tuttavia sostanziare le ragioni a giustificazione di una così importante e nettamente maggiore incidenza in termini di capacità lavorativa delle limitazioni derivanti dalla neuropatia rispetto a quanto valutato nell'apprezzamento peritale, non è sufficiente, di per sé, ad adempiere ai rigorosi requisiti necessari per rimettere in discussione le conclusioni della perizia svolta secondo la procedura dell'art. 44 LPGA. Nonostante l'amministrazione, in sede di risposta di causa, non si sia specificatamente espressa riguardo alla più recente documentazione medica prodotta con il ricorso e che non era già presente agli atti, il TCA constata che questi "nuovi" referti si limitino sostanzialmente a ribadire considerazioni già espresse nella copiosa precedente refertazione, sulla quale i periti dell' _____, come ricordato sopra (cfr. consdi. 2.5.), hanno già avuto modo di esprimersi in due occasioni (cfr. doc. 333 e doc. 379). Nel referto del 6 dicembre 2023, infatti, il dr. _____ ha confermato un'abilità del 30%, a causa di una neuropatia di natura traumatica, a suo parere derivante da neuromi multipli dei nervi safeno e surale, condizionante severo dolore neuropatico residuo (doc. A12). Tale diagnosi, come visto in precedenza, è già stata oggetto di approfondimento da parte dei periti, i quali, dopo una lunga dissertazione riguardante i diversi nervi interessanti l'arto inferiore, hanno sottolineato di non avere in nessun momento negato l'esistenza di una sindrome dolorosa neuropatica attribuibile ad una formazione traumatica di neuroma (cfr. doc. 379). Non occorre quindi dilungarsi oltre sull'argomento. Anche il referto del 14 dicembre 2023 del dr. _____ non apporta nuovi elementi, che non siano già stati oggetto di approfondimento da parte dei periti dell' _____. Lo specialista, difatti, dopo aver indicato la presenza di una sintomatologia ancora riferita nel territorio del nervo otturatore di sinistra e avere ricordato i trattamenti effettuati, ha elencato le limitazioni lamentate dall'assicurata, che "impattano ancora significativamente in alcuni compiti non eludibili della vita quotidiana di casalinga, come in quelli specifici imposti dalla professione di segretaria", concludendo per la continuazione di un'abilità lavorativa del 30% nelle mansioni tollerate di segretaria (doc. A13). Ora, al riguardo, il TCA rileva che nel complemento del 30 agosto 2022 (doc. 333) i periti dell' _____ si sono lungamente confrontati sia con il tema del coinvolgimento del nervo otturatore, sia con le limitazioni quotidiane lamentate dall'assicurata ed elencate dal dr. _____. Essi hanno rilevato che durante l'esame neurologico non è stata rilevata una patologia di rilevanza motoria del

nervo otturatore e che non erano presenti né paresi né atrofie muscolari imputabili alla zona di innervazione del nervo otturatore. Quanto alle limitazioni funzionali, i periti hanno escluso che il dolore neuropatico posttraumatico possa adeguatamente spiegare quanto sostenuto dall'interessata, aggiungendo che non vi sono altri disturbi di natura infortunistica in ambito ortopedico ed angiologico che possano giustificare tali contestazioni soggettive dell'assicurata. Essi hanno, invece, constatato la presenza, in ambito ortopedico, di una lesione degenerativa del menisco su entrambi i lati e di una gonartrosi su entrambi i lati, non correlate all'infortunio, atte a motivare perché l'assicurata riscontra difficoltà a svolgere tutte le attività che mettono a dura prova le articolazioni del ginocchio (doc. 333). Anche nell'ulteriore complemento peritale del 2 maggio 2023 i periti hanno in maniera ben motivata e convincente confermato le loro conclusioni peritali, sottolineando di avere tenuto conto dei disturbi legati al dolore e alla conseguente perdita di funzionalità, mettendo in evidenza che, dal loro punto di vista, l'entità della perdita di funzionalità lamentata soggettivamente nell'attività lavorativa e anche nella sua qualità di vita in generale non appare del tutto comprensibile. I periti, ricordato che anche il dolore è una percezione soggettiva mentre la valutazione medica assicurativa deve basarsi su riscontri oggettivi, hanno ribadito che la persona assicurata, nella sua tradizionale attività di segretaria medica, nello svolgimento della quale può cambiare la sua posizione seduta durante il lavoro, può svolgere alcuni lavori amministrativi alla scrivania in piedi, nonché svolgere alcuni compiti stando in piedi o camminando, ha una capacità lavorativa del 90% (doc. 379). Infine, analoghe considerazioni possono essere poste anche con riferimento al referto del 21 dicembre 2023 del PD dr. _____, il quale ha ribadito le note diagnosi - che, come già approfonditamente valutato dai periti nei loro complementi peritali, coincidono con la diagnosi di dolore neuropatico pure accertato dalla perizia dell'_____ – illustrando le ripercussioni che il dolore ha sulla vita dell'assicurata, in termini di concentrazione, riposo notturno, stanchezza, limitazioni cognitive (cfr. doc. A14). Da notare, inoltre, che nonostante nel referto del

E. 21

dicembre 2023 del PD dr. _____ sia stata indicata una successiva consultazione per il 18 gennaio 2024, il legale dell'assicurata, pur disponendo di un termine per produrre nuove prove (cfr. doc. VI), non ha fatto pervenire a questo Tribunale ulteriori aggiornamenti. Come già illustrato sopra, i periti hanno a due riprese, nei loro complementi, affrontato il tema delle limitazioni funzionali imputabili al dolore neuropatico, confermando la correttezza delle loro conclusioni peritali. Il TCA non ha motivo di distanziarsene, in mancanza di elementi concreti che possano rimetterne in dubbio la validità, ritenuto che il PD dr. _____ non si confronta con le ragioni che impedirebbero all'assicurata di svolgere la propria attività di segretaria di studio medico presso lo studio del marito, nel rispetto delle limitazioni indicate dai periti (cambiamento di posizione seduta / in piedi), con una capacità lavorativa del 90% proprio per tenere conto del fatto che “ Das neuropatische Schmerzsyndrom reduziert die Leistungsfähigkeit um 10% aufgrund einer auf die Schmerzen fokussierten Wahrnehmung ” (doc. 279). Il TCA rileva che in una STF 8C_15/2024 del 14 agosto 2024 l'Alta Corte, confermando il giudizio cantonale che aveva a sua volta avallato la decisione dell'amministrazione, ha attribuito pieno valore probante alla valutazione peritale in particolare neurologica che, esprimendosi riguardo al caso di un assicurato afflitto da frequenti episodi di attacchi di emicrania, concludeva comunque per una piena abilità lavorativa, nonostante le assenze dal lavoro, di breve durata, causate da tali attacchi. Il TF ha evidenziato che l'assicurato non ha spiegato le ragioni che gli

impedirebbero di lavorare a tempo pieno , nel rispetto delle limitazioni poste dall'esperto. Essendo quindi stato accertato che l'assicurata ha ritrovato una capacità lavorativa del 90% nello svolgimento dell'abituale professione di segretaria di studio medico, svolta nella misura del 70% prima del danno alla salute, è a ragione che l'amministrazione le ha rifiutato il diritto ad una rendita di invalidità. 2.7.3. Da ultimo, il TCA ritiene corretta la perizia anche con riferimento alla valutazione dell'indennità per menomazione dell'integrità. Al riguardo, i periti si sono così espressi: " Auf orthopädischem Gebiet: Nach Kenntnis der klinisch objektivierbaren Befunde ist eine Integritätsentschädigung nach Kenntnis der Suva Tabelle 17 nicht geschuldet. Die Erheblichkeitsgrenze ist nicht erreicht. Auf angiologischem Gebiet liegt kein Integritätsschaden vor. Auf neurologischem Gebiet: Da es sich bei der Neuromentwicklung um einen rein sensiblen Nervenast ohne motorische Defizite handelt, kommt ein Integritätsschaden wegen Funktionsstörungen an den unteren Extremitäten gemäss Suva-Tabelle nicht in Betracht. Ein Integritätsschaden würde Lähmungserscheinungen oder Funktionsstörungen mit Bewegungseinschränkungen voraussetzen. Diese sind aus neurologischer Sicht aber nicht feststellbar." (Doc. 279 pag. 31) Le critiche che erano state sollevate in merito da parte del dr. _____ sono, del resto, già state sottoposte al vaglio dei periti, i quali nel complemento peritale del 2 maggio 2023 hanno ribadito la correttezza del loro apprezzamento, indicando: " Die ästhetischen Veränderungen sind minim und rechtfertigen keinen Integritätsschaden. Die neurologische Problematik mit neuropathischen Schmerzen ohne motorische Defizite rechtfertigt ebenfalls keinen Integritätsschaden. Auf orthopädischem und angiologischem Gebiet ergeben sich ebenfalls keine unfallbedingten gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die eine Integritätsschaden rechtfertigen würden ." (Doc. 333 pag. 4) Il TCA non ha motivo per distanziarsi da tali valutazioni, le quali non sono, comunque, state contestate attraverso la presentazione di un referto medico specialistico di senso contrario. 2.7.4. Alla luce di quanto sopra esposto, a mente del TCA non emergono, quindi, indizi concreti atti a sminuire il valore probatorio attribuito alla perizia dell' _____ posta a fondamento della decisione su opposizione impugnata. Al riguardo, è utile segnalare che, per costante giurisprudenza federale, non basta un diverso parere dei medici curanti per mettere in dubbio una perizia amministrativa (cfr. la STF 8C_6/2019 del 26 giugno 2019 consid. 4.1). Stante tutto quanto precede, il TCA ritiene pienamente probante la valutazione peritale posta alla base della decisione su opposizione impugnata, senza che si riveli necessario dare seguito agli ulteriori atti istruttori pretesi dal legale dell'insorgente (in particolare la messa in atto di una nuova perizia). 2.8. L'art. 61 lett. a LPGA, in vigore fino al 31 dicembre 2020, prevedeva che la procedura deve essere semplice, rapida, di regola pubblica e gratuita per le parti ; la tassa di giudizio e le spese di procedura possono tuttavia essere imposte alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. In data 1° gennaio 2021 è entrata in vigore una modifica della LPGA. L'art. 61 lett. a LPGA prevede ora unicamente che la procedura deve essere semplice, rapida e, di regola pubblica. Dalla medesima data è entrato in vigore l'art. 61 lett. f bis LPGA secondo cui in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. Trattandosi di una controversia relativa a prestazioni LAINF, il legislatore non ha previsto di prelevare le spese. Sul tema, cfr. anche STF 9C_369/2022 del 19 settembre 2022; STF 9C_368/2021 del 2 giugno 2022; SVR 2022 KV Nr. 18 (STF 9C_13/2022 del 16 febbraio 2022); STF 9C_394/2021 del 3 gennaio 2022; STF 8C_265/2021 del 21 luglio 2021 (al riguardo cfr. A. Bernasconi, Actualités du TF,

8C_265/2021 du 21 juillet 2021 - frais judiciaires pour les tribunaux cantonaux des assurances selon la révision de la LPGA du 21 juin 2019, in SZS/RSAS 2/2022 p. 107).

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