

TI_GERICHTE 35.2024.32 vom 11. November 2024

TI Tribunale d'appello, 2024-11-11, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2024.32

FR: TI_GERICHTE 35.2024.32 du 11 novembre 2024

IT: TI_GERICHTE 35.2024.32 del 11 novembre 2024

Regeste

L'accertamento peritale (a seguito di una precedente decisione di rinvio del TCA) posto alla base della decisione dell'amministrazione, incompleto e carente, non può essere considerato probante. Atti rinviati affinché venga celermente posto in essere un complemento peritale esaustivo e completo

Erwägungen

E. 26

ottobre 1999. Vedi pure: STF 9C_807/2014 del 9 settembre 2015; STF 9C_585/2014 dell'8 settembre 2015). nel merito 2.2. Nel caso di specie, o ggetto della lite è sapere se la CO 1 era legittimata, dopo aver considerato lo stato di salute dell'interessato stabilizzato a partire dal 1° aprile 2019, a rifiutargli il diritto ad una rendita, oppure no. Pure criticata l'entità dell'IMI accordatagli, reputata troppo esigua. 2.3. Giusta l'art. 10 LAINF, l'assicurato ha diritto alla cura appropriata dei postumi d'infortunio (cfr. DTF 109 V 43 consid. 2a; art. 54 LAINF) e, in applicazione dell'art. 16 LAINF, l'assicurato totalmente o parzialmente incapace di lavorare (cfr. art. 6 LPGA) a seguito d'infortunio, ha diritto all'indennità giornaliera. Il diritto all'indennità giornaliera nasce il terzo giorno successivo a quello dell'infortunio. Esso si estingue con il ripristino della piena capacità lavorativa, con l'assegnazione di una rendita o con la morte dell'assicurato. Il diritto alle cure cessa qualora dalla loro continuazione non sia da attendersi un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato (art. 19 cpv. 1 seconda frase LAINF), un miglioramento insignificante non basta. Non vi è un sensibile miglioramento delle condizioni di salute, se la misura terapeutica in questione è in grado soltanto di alleviare momentaneamente dei dolori causati da uno stato altrimenti stazionario. Se un miglioramento non è più possibile, la cura termina e l'assicurato può pretendere una rendita d'invalidità (sempre che presenti un'incapacità di guadagno del 10% almeno). Una volta terminata la cura medica, delle misure terapeutiche possono essere assunte soltanto alle condizioni di cui all'art. 21 LAINF e soltanto se l'assicurato è stato posto al beneficio di una rendita. Se ciò non è il caso, spetta all'assicurazione contro le malattie prendere a proprio carico il trattamento (cfr. STF 8C_50/2018 del 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). 2.4. 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 LPGA, 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 LPGA, 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 che egli incontra nell'esplicare determinate funzioni. Il medico indicherà per prima cosa se l'assicurato può ancora svolgere la sua professione, precisando quali sono le controindicazioni in quell'attività. 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). 2.5. 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).

2.6. Con sentenza di rinvio STCA 35.2021.91 dell'11 aprile 2022 questo Tribunale ha ritenuto indispensabile sottoporre ai periti dell'_____ i referti del dr. _____, del dr. _____ e del Prof. dr. _____ prodotti dall'insorgente, reputando che gli stessi contenessero elementi concreti e oggettivi in grado di mettere in dubbio le conclusioni peritali. Questo Tribunale ha, quindi, rinviato gli atti all'amministrazione affinché ordinasse un complemento peritale ed emanasse, poi, una nuova decisione in merito al diritto a prestazioni.

2.7. Nella concreta evenienza, dalla decisione formale del 13 febbraio 2023 si evince che l'amministrazione ha ritenuto che lo stato di salute dell'interessato fosse stabilizzato a decorrere dal 13 marzo 2019, momento a partire dal quale egli andava considerato abile al lavoro in misura completa nello svolgimento della propria attività di operaio, tuttofare, verniciatore/imbianchino, a condizione di non dover sollevare carichi superiori ai 10 kg con il braccio destro, così come pure in altre attività adatte, rispettose della capacità funzionale e di carico residua. Tali conclusioni trovano il loro fondamento nel complemento peritale dell'_____ del 10 gennaio 2023, il quale ha confermato la correttezza delle conclusioni peritali del 27 maggio 2019 e del 19 dicembre 2019 (cfr. doc. 348). In tale complemento peritale, redatto dopo la sentenza di rinvio 35.2021.91 dell'11 aprile 2022, gli esperti dell'_____ (nella traduzione in italiano) si sono così espressi: "(...) Il nostro parere dal punto di vista della chirurgia della mano (Dr. _____) Con la comunicazione del 23.07.2020 il Prof. _____ descrive una riduzione dei potenziali di azione motori e sensoriali del nervo radiale destro. Durante il nostro esame peritale del 20.11.2019 è stato raggiunto un movimento attivo di 80° nell'articolazione del gomito destro, l'estensione è stata possibile fino a un deficit di 10° (si veda la nostra perizia del 19.12.2019). Tale referto non è compatibile con una lesione prossimale rilevante del nervo radiale. Durante l'esame del 26.06.2020, secondo quanto indicato dal Prof. _____, nel tentativo di mobilizzare la mano l'assicurato avrebbe provato un dolore intenso e reagito con una contrazione reattiva dell'estremità. Una contrazione reattiva della muscolatura presuppone una risposta nervosa di tale muscolatura. In caso di danneggiamento dei nervi motori, non sarebbe possibile una

simile contrazione. La CRPS II ipotizzata nelle ulteriori spiegazioni non trova riscontro nella perizia neurologica e di chirurgia della mano destra del 20.11.2019, non risulta alcuna variazione vegetativa distrofica, la pelle presenta la stessa temperatura su entrambi i lati e nel corso di tale esame non è stato percepito alcun dolore da pressione nell'area della mano destra. L'assicurato non ha riferito alcun dolore spontaneo o in stato di riposo. Nel corso dei nostri esami, i criteri di Budapest non sono stati in nessun caso soddisfatti, nemmeno lontanamente. Durante l'esame del 20.11.2019 il profilo muscolare nell'area dell'articolazione della spalla destra, della parte superiore del braccio destro, dell'avambraccio destro nonché nell'area del palmo della mano risultava armonico senza alcuna atrofia circoscritta o totale della muscolatura. Allo stesso modo, dalla relativa misurazione non è emersa alcuna differenza tra i due lati per quanto riguarda il volume delle estremità inferiori. In un braccio completamente inutilizzabile e senza alcuna conduzione motoria dei nervi è inevitabile che si formino rapidamente notevoli atrofie muscolari, sia nell'avambraccio sia nella mano. Il mancato utilizzo quotidiano della relativa estremità non è plausibile in presenza di un trofismo muscolare conservato. Nell'integrazione all'obiezione dell'_____ del 25.05.2020 lo specialista medico-assicurativo Dr. _____ critica il fatto che nella perizia di _____ non siano state prese in considerazione ulteriori lesioni, ossia una frattura multifragmentale della testa del radio e una frattura non dislocata del processo coronoideo dell'ulna destra, una frattura nasale non dislocata e una frattura del tetto dell'orbita. Tutte le lesioni menzionate sono elencate nella lista della diagnosi della perizia del 20.11.2019 al punto 6, così come nel referto radiologico dell'articolazione radiale-omerale nonché dell'articolazione del gomito con artrosi post-traumatica moderata. Queste moderate variazioni artrosiche post-traumatiche dell'articolazione radiale-omerale non sono in grado di spiegare la dimostrata perdita totale di pronazione e supinazione. Di conseguenza, in base alla corrispondente tabella SUVA per le artrosi post-traumatiche è stata stimata una menomazione dell'integrità del 10%. Non vi sono indicazioni di ulteriori menomazioni post-traumatiche dell'integrità a livello neurologico o di chirurgia traumatologica della mano. Il nostro parere dal punto di vista neurologico (Dr. _____) In data 23.07.2020 il Prof. _____ scrive che la sensibilità nell'avambraccio risulterebbe ridotta e corrisponderebbe all'area del nervo cutaneo laterale dell'avambraccio destro. I potenziali di azione motori e sensoriali nel nervo radiale destro sarebbero ridotti. L'esame elettromiografico documenterebbe pertanto un leggero dolore nell'area mediale del plesso brachiale destro e una grave lesione parziale del ramo interosseo del nervo radiale destro. A tale riguardo, dal punto di vista neurologico viene osservato quanto segue: nel nostro esame neurologico ed elettrofisiologico del 20.11.2019 erano interessate la zona del nervo cutaneo laterale (dal nervo muscolocutaneo) e del ramo sensoriale terminale del nervo radiale sul retro della mano (l'assicurato ha lamentato qui una perdita di sensibilità). Quanto segue smentisce un danno clinicamente rilevante al nervo radiale ovvero al fascicolo posteriore del plesso brachiale: - neurografie con sensibilità normale del nervo radiale (_____ 2019) - nervo ascellare intatto (nessuna debolezza del muscolo deltoide, nessun disturbo di sensibilità alla parte superiore del braccio destro) - nessuna debolezza prossimale del braccio (muscolo sottoscapolare) - referto EMG normale del muscolo deltoide - riflesso simmetrico e mediamente vivace del tendine del tricipite (nervo radiale) Il Prof. _____ ipotizza ora un danno al nervo radiale «nell'area del gomito». Tuttavia, ciò non trova conferma nell'esame del 2019, a fronte di una somma dei potenziali nervosi con sensibilità normale. Quanto segue smentisce un danno clinicamente rilevante del nervo muscolocutaneo ovvero del fascicolo laterale del

plesso brachiale: - riflesso del tendine del bicipite simmetrico e mediamente vivace (_____ 2019) - referto EMG normale del muscolo bicipite A causa del dolore, nel 2019 non è stato possibile verificare la funzionalità della muscolatura dell'avambraccio destro innervata dal nervo radiale. L'ampiezza della somma dei potenziali nervosi documentata dal Prof. _____ (destra 1,2 μ V) rappresenta formalmente un peggioramento del referto precedente (9,9 μ V). Tuttavia, i valori dell'ampiezza motoria non costituiscono un criterio per la diagnosi di un danno al plesso. Possono risultare ridotti in caso di danno nervoso periferico o radicolare, di malattie dei muscoli e dei relativi tendini nonché a seguito di atrofie, ad esempio per inattività. L'ipotesi di una lesione parziale grave del ramo interosseo del nervo radiale come risultato di un danno al plesso non è plausibile a fronte dei suddetti referti normali. In data 23.07.2020 il Prof. _____ ha inoltre scritto che l'esame elettromiografico del 07.07.2020 avrebbe rilevato segni di reinnervazione collaterale con leggeri segni di una denervazione nella zona del muscolo bicipite brachiale, del muscolo tricipite brachiale e del flessore radiale del carpo destro. A tale riguardo a nostro avviso va detto quanto segue: la valutazione qualitativa dei singoli potenziali dei muscoli non consente una valutazione affidabile, in assenza di una documentazione dettagliata nell'ambito di una miografia quantitativa. I segni di una reinnervazione collaterale e di una leggera denervazione non consentono un'interpretazione clinica ai fini della spiegazione della rivendicata limitazione funzionale. Nel 2019 non vi erano segni di denervazione nel muscolo bicipite brachiale e nel muscolo deltoide. Le leggere anomalie nel tracciato di interferenza sono state ricondotte a una tensione muscolare soltanto di grado medio. Inoltre, la limitazione funzionale oggettivata nell'esame del 2019 interessava in particolare anche l'area di competenza del nervo mediano (a livello clinico ed elettrofisiologico in relazione a una CTS). Qui il Prof. _____ ha rilevato referti elettrofisiologici normali. Riassumendo, dopo una nuova verifica dei risultati dell'esame documentati nel 2019 nonché dei risultati dell'esame del Prof. _____, non si può tuttora desumere una limitazione della funzionalità della muscolatura del braccio e della mano destra a seguito di un danno al plesso. Valutazione riepilogativa e parere In sintesi, dal punto di vista neurologico e della chirurgia traumatologica della mano non vi sono argomenti debitamente motivati per una modifica della valutazione riportata nella perizia del 20.11.2019. Confermiamo quindi la nostra valutazione." (Doc. 351) Queste conclusioni peritali sono state contestate dalla rappresentante legale dell'assicurato, la quale ne ha messo in evidenza, già in sede di opposizione (cfr. doc. 357), lacune ed incongruenze che ne inficerebbero, a suo modo di vedere, il valore probatorio, sottolineando in particolar modo come i periti, in spregio a quanto indicato dal TCA nella sentenza di rinvio 35.2021.91 dell'11 aprile 2022, non si siano minimamente confrontati con quanto attestato dal dr. _____. A comprova delle proprie critiche, ella ha trasmesso le seguenti prese di posizione dei medici dr. _____ e Prof. dr. _____: - con referto del 7 aprile 2023 il dr. _____, medico chirurgo specialista in ortopedia e traumatologia, ha criticato il complemento peritale degli specialisti dell'_____, il quale non ha commentato né analizzato quanto da lui esposto nel precedente referto del 5 agosto 2020. Questo il tenore delle obiezioni sollevate dal dr. _____: " Apprezzamento. Il sig. RI 1 mi ha richiesto un compendio alla mia precedente valutazione in considerazione degli ulteriori sviluppi del suo caso. Premetto che mi limiterò alla valutazione degli argomenti di carattere ortopedico traumatologico di cui mi sono occupato in precedenza, lasciando ad altri specialisti del campo le considerazioni più strettamente di carattere neurologico. Siamo di fronte ad un assicurato che in occasione dell'evento in esame ha subito un traumatismo multiplo. Dalla

documentazione dell'iter di cura emerge che il trauma ha colpito, con alterazioni strutturali evidenti, diverse parti del corpo: cranio e massiccio facciale con diverse fratture, arto superiore destro con interessamento diretto di gomito e polso e lesione nervosa, polso sinistro, ginocchio sinistro. Il quadro si è poi complicato con una Complex Regional Pain Syndrome (CRPS) dell'arto superiore dominante destro. Nel complemento peritale dello _____ i periti si soffermano sul quadro neurologico e sulla diagnosi di CRPS. Non affrontano in concreto le obiezioni e la valutazione di pertinenza ortopedica da me eseguita. Essi si limitano a rimandare alla loro precedente valutazione del novembre 2019. In tale visita essi si soffermano esclusivamente sulla articolazione del gomito ma, pur citando nel decorso secondo atti, elementi riguardanti polsi e massiccio facciale, in concreto non esaminano tali parti e sostanzialmente non le considerano nella valutazione dei postumi infortunistici. Riguardo il polso destro la instabilità della radio ulnare distale non viene in alcun modo considerata né esaminata. Per quanto riguarda il polso sinistro siamo invece di fronte ad una dissociazione scafo lunata con lesione del legamento scafo lunato e della fibrocartilagine triangolare nonché del complesso legamentoso medio carpale. Ciò è stato chiaramente dimostrato dalla RM del 7/9/2017. A questo proposito giova ricordare che le lesioni evidenziate sono di chiara genesi traumatica. La compresenza di edema osseo alla RM è ulteriore riprova di detta genesi e della datazione recente, evidentemente riferibile all'evento in questione. La compresenza di note artrosiche, peraltro comuni in soggetti di questa età, nulla toglie alle conseguenze dirette dell'infortunio che hanno determinato chiaramente lesioni strutturali traumatiche immediate e semmai hanno ulteriormente peggiorato la situazione provocando una variazione direzionale dell'artrosi. Il quadro imputabile al ginocchio sinistro non viene nemmeno esaminato dal punto di vista clinico con una chiara omissione nella valutazione del caso. Per quanto riguarda gli esiti dolorosi delle rotture del massiccio facciale esse sono considerate semplicisticamente come ininfluenti. Pare però difficile accettare che fratture complesse necessitanti una osteosintesi, con disturbi soggettivi permanenti e compatibili con le fratture stesse non abbiano alcun influsso sulla capacità lavorativa e sulla menomazione all'integrità. Quanto alla diagnosi di CRPS i periti della _____ si rifanno unicamente alla loro precedente visita. Non considerano il fatto che la diagnosi trova conferma nelle valutazioni indipendenti non solo dei dottori _____, _____ e _____, ma anche dei medici che hanno avuto in cura l'assicurato per lungo tempo. L'affermazione poi che l'edema all'arto superiore sia facilmente provocabile mantenendo per alcuni giorni l'arto in posizione declive appare dal punto di vista medico non condivisibile, dato che il tono vasale è indipendente dalla volontà del soggetto ed un arto sano mantenuto in posizione declive difficilmente acquisisce un edema strutturato quale quello presente nel sig. RI 1. Il fatto poi che la presenza dell'edema sia descritta a più riprese dai medici che hanno avuto in cura l'assicurato rende questa ipotesi del tutto inverosimile, a meno che si voglia pensare che il paziente abbia passato gli ultimi anni immobile con arto declive in attesa delle varie visite a cui si è sottoposto. Gli stessi periti della _____ riconoscono che la sola frattura del capitello radiale non è sufficiente a spiegare i deficit ed i disturbi del sig. RI 1. Questa affermazione, lungi dal dimostrare un atteggiamento simulatorio del paziente, è invece una ammissione del fatto che il quadro clinico è spiegabile con le ulteriori patologie e con la CRPS che ostinatamente i periti si rifiutano di riconoscere. Venendo poi alla IMI i periti _____ stimano una percentuale del 10% esclusivamente per quanto riguarda il gomito. Premesso che ritengo la valutazione IMI da me eseguita come corretta e tuttora valida, anche seguendo i periti nel loro ragionamento non si comprende come non abbiano considerato una percentuale per le

altre lesioni. Ricordo che in presenza di una IMI del 10% per il gomito è corretto e doveroso considerare anche le percentuali inferiori al 5% come IMI aggiuntiva facendo una valutazione globale del danno all'integrità comprendente le altre lesioni. In conclusione la risposta dei periti dell' _____ non affronta la maggior parte degli elementi evidenziati a suo tempo. Essa elude numerosi aspetti relativi alle patologie di carattere traumatico che hanno colpito entrambi i polsi, il massiccio facciale ed il ginocchio. Per quanto riguarda la CRPS si limitano a rimandare alla loro visita in modo del tutto apodittico senza spiegare per quali motivi la loro valutazione, unica nel suo genere in questo caso, si discosti da tutte le altre valutazioni dei medici che hanno seguito il caso per scopi di cura o di valutazione medico assicurativa. Non spiegano nemmeno i motivi per cui la obiettività da loro rilevata contrasta con le descrizioni eseguite a più riprese dai medici curanti in tempi diversi. In buona sostanza si discostano, unici nel caso, dalle valutazioni degli altri medici che hanno seguito il paziente senza esaminarne in modo critico i motivi e spiegarne le ragioni. Pertanto, in assenza di una critica strutturata e di chiarimenti convincenti da parte dei periti dello _____, ritengo che la valutazione da me eseguita ad agosto 2020 sia completa, coerente e rappresentativa della situazione dell'assicurato, e la confermo integralmente." (Doc. 357/1); - con presa di posizione del 18 aprile 2023, il Prof. _____, specialista in neurologia e ortopedia, ha così commentato il complemento peritale dell'Istituto _____: " Oggetto: il signor RI 1 il 22 dicembre 2016, durante il lavoro cade da una scala dall'altezza di 2-3 metri e subisce un politrauma interessante regione cranio facciale, arto superiore destro, polso e mano sinistra, ginocchio sinistro e riporta anche lesioni nervose che comportano dolore cronico e limitazione funzionale ad entrambe le mani, in particolare alla destra. Dall'incidente il signor RI 1 non ha ripreso la propria attività a causa del dolore e della limitazione funzionale conseguente a limitata mobilità della mano, dell'avambraccio e della spalla di destra. Mi è stato richiesto dal collega specialista in ortopedia dottor _____ di valutare il signor RI 1 per quanto riguarda gli aspetti neurologici e del dolore, la valutazione complessiva del danno e gli aspetti riguardanti le lesioni ossee sono presi in carico dal dottor _____. 1) I Periti _____ riportano che "L'esame elettromiografico documenterebbe pertanto un leggero dolore". Questa osservazione è concettualmente errata: l'esame elettromiografico non può documentare il dolore. L'esame elettromiografico può documentare eventuali lesioni nervose se presenti. Nel caso l'esame documenta segni di pregressa lesione del plesso brachiale e una aggiuntiva lesione del nervo radiale a valle del gomito (ramo interosseo del nervo radiale). 2) I Periti _____ affermano che "è possibile una estensione del gomito fino a un deficit di 10° e che pertanto questo esclude una grave lesione prossimale del nervo radiale". Segnalo però che la lesione grave del nervo radiale è posta distalmente (ossia a valle) del gomito. Pertanto l'osservazione è errata dal punto di vista anatomico e funzionale. Una lesione siffatta non è prossimale e non preclude l'estensione del gomito, bensì determina deficit di estensione del polso e delle dita della mano. 3) I Periti _____ affermano che non siano soddisfatti i criteri di Budapest. Non concordo affatto con questa generica affermazione che non elenca neppure in dettaglio quali sarebbero i criteri non soddisfatti. I criteri di Budapest per la diagnosi di CRPS sono: - Dolore continuo che è sproporzionato a qualsiasi evento iniziale. Questo criterio è soddisfatto con certezza. - il malato deve avere almeno un sintomo in tutte e quattro le seguenti categorie: a) Sensoriale- per iperestesia e/o allodinia. Soddisfatto con certezza, ha alterazioni della sensibilità con deficit e ipersensibilità con dolore evocato anche da stimoli non dolorifici b) Vasomotore - alterazioni della temperatura e/o cambiamenti di colorazione della cute o asimmetrie.

Soddisfatto, la cute della mano è cianotica c) Alterazioni della sudorazione a/o edema e asimmetrie degli stessi. Soddisfatto. L'edema è costantemente presente già al momento del ricovero in pronto soccorso e confermato alla visita. d) Alterazioni motorie o trofiche - ridotto grado di mobilità debolezza, tremore, distonia e alterazioni di cute, unghie, peli. Questo criterio è soddisfatto dalla evidenza anche strumentale di lesione nervosa. - Il malato deve avere almeno un segno obiettivo in due o più delle seguenti categorie: a) Sensoriale - evidenza di iperalgesia (alla puntura) e/o allodinia (al contatto leggero e/o alla sensibilità termica e/o alla pressione dei tessuti profondi e/o al movimento delle articolazioni). Criterio soddisfatto, vi è con certezza iperalgesia cutanea e profonda. b) Vasomotore-alterazioni della temperatura ($> 1\text{ }^{\circ}\text{C}$) a e/o cambiamenti di colorazione della cute o asimmetrie. Soddisfatto, la cute della mano è cianotica. c) Alterazioni della sudorazione e/o edema e asimmetrie degli stessi. L'edema è costantemente presente. Criterio soddisfatto. d) Alterazioni motorie o trofiche - ridotto grado di mobilità - debolezza, tremore, distonia e alterazioni di cute, unghie, peli. Questo criterio è soddisfatto dalla evidenza anche strumentale di lesione nervosa e dalla obiettiva presenza di anchilosi. - I sintomi non possono essere spiegati meglio e con completezza da nessuna altra ipotesi diagnostica. Soddisfatto. 4) I Periti _____ affermano che la lesione del nervo radiale al gomito non possa essere provata in quanto non era presente al loro esame del 2019. L'esame elettromiografico da me eseguito il 7.7.2020 è più esteso e completo ed esegue anche un confronto con il lato opposto. Il mio esame documenta segni di reinnervazione collaterale con modesti segni di denervazione in atto nei muscoli bicipite brachiale, tricipite brachiale e flessore radiale del carpo e segni di reinnervazione collaterale di grado più severo dei muscoli brachioradiale ed estensore radiale del carpo di destra. Vi è una riduzione d'ampiezza dei potenziali d'azione motori e sensitivi del nervo radiale di destra in termini assoluti e anche relativi al lato sinistro. L'esame elettromiografico documenta perciò una modesta sofferenza in esiti della parte media del plesso brachiale di destra e una lesione parziale grave del ramo interosseo del nervo radiale di destra. L'origine del ramo interosseo del radiale si trova in corrispondenza della frattura del capitello radiale e della cicatrice chirurgica ed è clinicamente plausibile che sia avvenuta una lesione nervosa al gomito in aggiunta alla lesione del plesso a monte. La lesione del plesso brachiale da me documentata è comunque congrua con precedente esame elettromiografico eseguito in altra sede il 14 febbraio 2017 che riporta segni di denervazione attiva anche nei muscoli prossimali alla frattura (deltoide, bicipite brachiale, tricipite brachiale) oltre che nell'estensore comune delle dita e depono per una componente di danno di plesso brachiale in aggiunta a lesione del nervo radiale. 5) Commento generale conclusivo: ribadisco che sulla base dell'obiettività neurologica e dell'edema della mano il paziente è inquadrabile nella diagnosi di "sindrome da dolore regionale complesso con lesione nervosa (CRPS tipo II)" o di algodistrofia o causalgia secondo classificazioni precedenti. La diagnosi risponde ai criteri di Budapest. L'algodistrofia è una condizione clinica di dolore cronico intenso grave e invalidante. I Periti _____ dissertano sull'entità dei segni di denervazione muscolari, che sono certamente presenti e riscontrati da diversi esaminatori. Ma il concetto principale è che la denervazione muscolare documenta soltanto che sia avvenuta una lesione nervosa. È ben noto agli esperti di terapia del dolore che il dolore neuropatico è veicolato da fibre sensitive di piccolo e di largo calibro e non da fibre motorie. L'esame neurofisiologico convenzionale (elettromiografia) può solo esaminare le fibre di largo calibro e documenta che ci sia certamente una lesione a carico di rami sensitivi del nervo radiale. In aggiunta le fibre di piccolo calibro sono obiettivamente danneggiate per la presenza di un edema. Le

caratteristiche dell'edema non sono compatibili con il solo disuso o la gravità e sono costanti e presenti in tutte le osservazioni. Non c'è alcuna osservazione, neppure nella fase iniziale di ricoveri in pronto soccorso che mostri l'assenza di edema." (Doc. 357/2) Con la decisione su opposizione l'istituto assicuratore ha ribadito che l'assicurato è abile al 100% dal mese di aprile 2019 in attività rispettose dei suoi limiti funzionali (doc. A2). 2.8. Chiamato a pronunciarsi, questo Tribunale non può, con la necessaria tranquillità, senza che prima venga svolti i complementi peritali del caso - così come del resto già indicato nella precedente sentenza di rinvio STCA 35.2021.91 dell'11 aprile 2022 - basare il proprio giudizio sulla valutazione peritale dell'Istituto _____, la quale non può essere considerata esaustiva e, di conseguenza, probante. Al riguardo, il TCA condivide le critiche sollevate dalla rappresentante legale dell'assicurato a proposito della mancanza di completezza del complemento peritale del 30 novembre 2022, il quale, disattendendo a quanto stabilito da questo Corte in sede di sentenza di rinvio, non si è confrontato con l'insieme della documentazione specialistica di parte e, in particolare, con quanto attestato dal dr. _____: la sua attestazione medica del 5 agosto 2020, difatti, pur essendo stata indicata dai periti dell'_____ nel complemento peritale del 30 novembre 2022 tra i "nuovi atti" da valutare (cfr. pag. 2 del complemento peritale in questione), non è poi stata oggetto di disamina e commento né da parte del dr. _____ nel parere dal punto di vista di chirurgia della mano, né dal dr. _____ nel parere dal punto di vista neurologico, né, infine, nella "valutazione riepilogativa e parere" finali (cfr. doc. 351). Ora, un tale modo di procedere, in contrasto con quanto espressamente disposto dal TCA con sentenza di rinvio 35.2021.91 dell'11 aprile 2022, non può essere avallato da questo Tribunale. A titolo di confronto, per un caso in cui, invece, l'amministrazione ha proceduto ad un approfondimento peritale corretto della documentazione medico-specialistica di parte ad opera del medesimo istituto peritale qui coinvolto, cfr. STCA 35.2024.3 del 30 settembre 2024. Il TCA ritiene particolarmente grave il fatto che, nonostante le obiezioni concernenti le carenze presentate dal complemento peritale dell'Istituto _____ fossero già state evidenziate in maniera circostanziata e puntuale in sede di opposizione, attraverso la presentazione delle argomentate motivazioni mediche esposte dal dr. _____ e dal Prof. dr. _____ nelle prese di posizione del 7 aprile 2023 e del 18 aprile 2023 (cfr. doc. 357/1-2), la CO 1, anziché interpellare direttamente i periti per un loro qualificato parere in merito ai punti controversi, si sia limitata, in sede di decisione su opposizione, a fornire una propria analisi (non specialistica) dei punti medici controversi, aggiungendo che "dal complemento peritale emerge che il dr. _____ non apporta altri contributi significativi rispetto agli altri due medici poc' anzi citati. In effetti, si limita a menzionare le lesioni nervose e rimanda alla diagnosi di una sindrome dolorosa regionale complessa (CRPS) quale complicanza" (cfr. doc. A2). A fronte di motivate contestazioni di natura medica esposte dal dr. _____ e dal Prof. dr. _____ riguardo al complemento peritale dell'Istituto _____ – peraltro ordinato dal TCA nell'ambito della precedente procedura proprio ritenendo indispensabile un complemento peritale chiarificatore, che analizzasse e si esprimesse sull'insieme della documentazione specialistica prodotta dall'assicurato - non può in ogni caso essere considerata sufficiente una presa di posizione da parte del servizio giuridico dell'amministrazione, non supportata da adeguati commenti e apprezzamenti medico-peritali. Ciò vale a maggior ragione, ritenuto che nella risposta di causa la CO 1 ha ribadito il proprio punto di vista, indicando che "la documentazione medica prodotta dal ricorrente successivamente all'emanazione della decisione formale del 13 febbraio 2023 è stata attentamente visionata e analizzata dal servizio giuridico e medico

interno della scrivente Compagnia assicurativa, i quali hanno concluso che ulteriori accertamenti peritali risultano superflui in quanto i periti dell'Istituto specialistico _____, contrariamente a quanto sostenuto dal ricorrente, hanno già considerato ogni aspetto medico oggettivamente influente per l'esito della controversia. Inoltre la nuova documentazione presentata non può in alcun modo scalfire tale apprezzamento "(doc. VII, il corsivo è della redattrice). Tale affermazione della CO 1 riguardo ad una valutazione eseguita da parte di un non meglio identificato servizio "medico interno" non trova riscontro nella documentazione agli atti prodotta dall'amministrazione stessa. La CO 1, del resto, non indica il nome del medico fiduciario che avrebbe valutato gli atti, né fa riferimento ad un documento specifico recante l'apprezzamento medico del caso. Anche nelle osservazioni del 24 giugno 2024, la CO 1 ha nuovamente fatto riferimento ad un generico "servizio giuridico e medico interno alla scrivente Compagnia" che avrebbe concluso che "ulteriori accertamenti peritali sarebbero superflui, dato che i periti dell'Istituto peritale _____ avevano già considerato ogni aspetto medico oggettivamente ininfluenza per l'esito della controversia", concludendo che: " La documentazione del dr. _____ del 7 aprile 2023 e del Prof. _____ del 18 aprile 2023, presentata dal ricorrente, è stata presa in considerazione nella decisione formale. La suddetta valutazione approfondita ha concluso che le nuove relazioni mediche non apportano elementi per modificare l'esito della controversia, poiché non riescono a scalfire l'apprezzamento già espresso dai periti. Di conseguenza, ulteriori accertamenti sarebbero superflui e comporterebbero un inutile dispendio di risorse economiche e di tempo. (...) In conclusione la documentazione medica prodotta successivamente alla decisione formale del 13 febbraio 2023 costituisce una conferma delle valutazioni già effettuate. Risulta evidente che un ulteriore complemento sarebbe superfluo e comporterebbe un inutile dispendio di risorse, senza apportare alcun beneficio concreto per l'esito della controversia. La giurisprudenza supporta pienamente questa posizione confermando che non è necessario intraprendere ulteriori provvedimenti quando le prove esistenti sono già sufficienti e predominanti." (Doc. XIII) Il TCA non condivide tali considerazioni della CO 1. Al di là del fatto che le obiezioni sollevate a suo tempo dal dr. _____ nel referto del 5 agosto 2020 non siano state oggetto di approfondimento nel complemento peritale del 30 novembre 2022, ordinato proprio a tal fine, resta il fatto che i periti dell'_____ neppure abbiano avuto modo di prendere posizione riguardo alle reiterate contestazioni, circostanziate e motivate, esposte dal dr. _____ in data 7 aprile 2023. In tale referto egli ha osservato come la perizia dell'_____ non abbia minimamente tenuto conto dell'instabilità radio ulnare polso destro; abbia ignorato le lesioni di chiara origine traumatica al polso sinistro, come risulta dalla RM del 7 settembre 2017, così come pure il quadro riguardante il ginocchio sinistro; abbia considerato semplicisticamente ininfluenti gli esiti dolorosi al massiccio facciale e, da ultimo, abbia liquidato il tema relativo alla CRPS confermando le precedenti valutazioni (cfr. doc. 357/1 riportato per esteso al consid. 2.7.). In maniera analoga, con referto del 18 aprile 2023, il Prof. dr. _____ ha esposto punto per punto le criticità che presenta, dal suo punto di vista, il complemento peritale dell'_____, giustificando con argomentazioni dettagliate le proprie divergenti valutazioni (cfr. doc. 357/2 riportato per esteso al consid. 2.7.). A fronte di tali critiche precise, puntuali e ben motivate da parte degli specialisti privatamente consultati dall'assicurato a proposito del complemento peritale del 30 novembre 2022 dell'_____, sulle quali i periti non si sono espressi, il TCA ritiene che la CO 1 non poteva liquidare la questione affermando che il referto del 7 aprile 2023 del dr. _____

e quello del 18 aprile 2023 del Prof. _____ non apportino elementi atti a modificare l'esito della controversia, tanto più se si considera che, come esposto in precedenza, i periti nemmeno si erano confrontati – come invece sarebbe stato loro preciso dovere fare ai sensi della STCA 35.2021.91 dell'11 aprile 2022 - con l'antecedente referto del dr. _____ del 5 agosto 2020. Va qui ancora una volta evidenziato che i referti in questione espongono elementi concreti potenzialmente in grado di rimettere in discussione le risultanze peritali (indicando le parti del corpo e le patologie che non sarebbero state debitamente considerate e indagate dai periti, cfr. in tal senso la documentazione medica riportata per esteso al consid. 2.7.), che devono necessariamente essere oggetto di approfondimento e chiarimento prima di potersi esprimere in merito al diritto alle prestazioni. Per costante giurisprudenza federale, infatti, le perizie elaborate da medici esterni all'amministrazione hanno sì piena forza probante nell'ambito dell'apprezzamento dei fatti, ma a condizione che non vi siano indizi concreti suscettibili di far dubitare della loro fondatezza (cfr., fra le tante, STF 9C_168/2020 del 17 marzo 2021 consid. 3.2 e la giurisprudenza ivi menzionata). Per tali ragioni, il TCA deve concludere che la documentazione medica prodotta dall'assicurato vada necessariamente sottoposta ai periti dell'Istituto _____ per una dettagliata ed esauriente disamina degli aspetti controversi. Essi dovranno quindi, dopo essersi puntualmente confrontati con le obiezioni sollevate dal dr. _____ e dal Prof. _____, esprimersi riguardo alle patologie che affliggono l'interessato, alle ripercussioni che le stesse hanno sulla sua capacità lavorativa e quantificare l'entità dell'indennità per menomazione dell'integrità che da esse complessivamente ne deriva. Da ultimo, per inciso, questo Tribunale non ritiene decisive ai fini della presente vertenza le considerazioni espresse dalla CO 1 nelle osservazioni del 24 giugno 2024, laddove ha indicato che: " Preliminarmente, è pacifico che l'Ufficio dell'assicurazione invalidità ha avviato una revisione del diritto del ricorrente alla rendita d'invalidità in seguito alle perizie dell'Istituto _____ e alle conseguenti decisioni emesse. Desideriamo sottolineare che, nonostante la vertenza sia ancora pendente dinanzi al Tribunale federale, vi sono state già due decisioni significative che hanno confermato la soppressione della rendita di invalidità a seguito di un miglioramento dello stato di salute del ricorrente. a. Decisione del Tribunale amministrativo federale del 31 gennaio 2024 b. Decisione dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) del 25 ottobre 2023 Sebbene tali decisioni non siano ancora definitive, esse indicano chiaramente una tendenza favorevole alla succitata soppressione della rendita di invalidità. Prendiamo atto delle procedure in corso, ma riteniamo opportuno evidenziare che le decisioni sopra menzionate, anche se non definitive, rappresentano un'indicazione significativa dello stato di diritto attuale, sfavorevole al ricorrente." (Doc. XIII) Al riguardo, il TCA rileva che con decisione del 25 ottobre 2023 l'UAIE ha soppresso la rendita d'invalidità precedentemente concessa, a seguito dell'intervenuto miglioramento dello stato di salute risultante dalla perizia dell'_____. Con sentenza del 31 gennaio 2024 il Tribunale amministrativo federale ha dichiarato inammissibile poiché tardivo il "ricorso cautelativo" inoltrato dall'assicurato contro la decisione del 25 ottobre 2023. Il giudizio dei primi giudici è stato confermato dal Tribunale federale con STF 8C_142/2024 del 3 settembre 2024, con la quale, ribadita la validità della procura, mai revocata, nei confronti del precedente rappresentante legale, è stata respinta la censura ricorsuale concernente la mancata restituzione del termine di ricorso contro la decisione del 25 ottobre 2023. 2.9. Nella DTF 137 V 210 la Corte federale ha precisato in quali casi il Tribunale cantonale deve allestire direttamente una perizia giudiziaria e in quali può invece rinviare gli atti all'assicuratore per un complemento

istruttorio. Lo scrivente Tribunale in precedenti vertenze ha già avuto modo di rinviare l'incanto o perché ha ritenuto che vi erano accertamenti peritali svolti dall'amministrazione che necessitavano di un complemento ("Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen") o perché vi erano delle carenze negli accertamenti svolti dall'amministrazione ("Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist") (cfr. STCA 32.2015.82 del 6 giugno 2016; 32.2019.219 del 15 luglio 2020 consid. 2.8.; 35.2022.36 del 26 settembre 2022 consid. 2.10.2.). Rilevato come, per le ragioni già diffusamente esposte in precedenza, ci troviamo di fronte a un accertamento peritale che necessita di un complemento (cfr. STF 8C_163/2022 dell'11 agosto 2022; cfr. pure la succitata STCA 35.2022.36 consid. 2.10.2.), si giustifica l'annullamento della decisione impugnata e il rinvio degli atti all'amministrazione affinché proceda come indicato al considerando 2.8. Questo Tribunale invita l'amministrazione ad effettuare tale accertamento in tempi celeri, alla luce della lacuna riscontrata nel complemento peritale del 30 novembre 2022. Quindi, in esito a tale complemento istruttorio, la CO 1 si pronuncerà di nuovo sugli aspetti litigiosi. Visto l'esito della vertenza, il TCA può esimersi dall'approfondire oltre la questione di sapere se il diritto di essere sentito dell'assicurato sia stato violato. 2.10. Visto l'esito del ricorso (il rinvio con esito aperto equivale a piena vittoria, cfr., da ultimo, STF 8C_859/2018 del 26 novembre 2018 consid. 5 con rinvio a DTF 137 V 210 consid. 7.1 p. 271 e riferimento), la CO 1 verserà all'insorgente, rappresentata dalla RA 1, l'importo fr. 2'500 (IVA inclusa se dovuta) a titolo d'indennità per ripetibili, ciò che rende priva di oggetto la domanda di assistenza giudiziaria (cfr. DTF 124 V 309 consid. 6 e, tra le tante, STF 9C_274/2014 del 30 settembre 2014 consid. 5; STF 9C_335/2011 del 14 marzo 2012 consid. 5, STF 9C_206/2011 del 16 agosto 2011 consid. 5, STF 9C_352/2010 del 30 agosto 2010 consid. 3). 2.11. 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 (cfr. STCA 35.2021.9 del 20 settembre 2021 consid. 2.12; 35.2021.58 del 18 ottobre 2021 consid. 2.12). 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. Ares 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 pag. 107).