

TI_GERICHTE 35.2024.4 vom 9. März 2020

TI Tribunale d'appello, 2020-03-09, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2024.4_d20200309

FR: TI_GERICHTE 35.2024.4 du 9 mars 2020

IT: TI_GERICHTE 35.2024.4 del 9 marzo 2020

Regeste

CRPS? NO. Sintomatologia non oggettivabile (esame adeguatezza). Estinzione dal 1° ottobre 2023 del diritto alle prestazioni dipendenti dagli infortuni agli arti inferiori del 9 marzo 2020 e del 27 febbraio 2021 confermata

Erwägungen

E. 28

ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve, a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. Trattandosi invece di perizie affidate dagli assicuratori sociali, durante la procedura amministrativa, a medici esterni all'amministrazione o a servizi specializzati indipendenti, esse godono di piena forza probatoria, a condizione che non esistano indizi concreti che ne mettano in dubbio l'affidabilità (cfr. STF 8C_458/2023 del 18 dicembre 2023 consid. 3.2.; STF 8C_862/2014 del 2 aprile 2015 consid. 3.2 e riferimenti ivi citati). Per quel che concerne il valore probante di un rapporto medico, determinante è che esso sia completo sui temi sollevati, che sia fondato su esami approfonditi, che tenga conto delle censure sollevate dalla persona esaminata, che sia stato redatto in piena conoscenza dell'anamnesi, che sia chiaro nella presentazione del contesto medico e che le conclusioni dell'esperto siano motivate (cfr. SVR 2002 IV Nr. 21 p. 63; DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191ss.; DTF 122 V 160 ss., consid. 1c e riferimenti). L'elemento rilevante per decidere circa il valore probante, non è né l'origine del mezzo di prova né la sua designazione quale rapporto oppure quale perizia, ma semplicemente il suo contenuto (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti). È infine utile osservare che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va, tuttavia, precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (cfr. STF I 811/03 del 31 gennaio 2005, consid. 5 in fine; STF I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV Nr. 10 p. 35 consid. 4b). 2.5. Ai fini del presente giudizio va pure ricordato che, la formula-zione della diagnosi di CRPS (Complex Regional Pain Syndrome) richiede, in

base ai criteri di Budapest determinati dall'Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore (in seguito: IASP), che i seguenti elementi caratteristici siano adempiuti: 1. dolore continuo sproporzionato rispetto all'evento scatenante; 2. il paziente deve riferire almeno 1 sintomo in 3 delle 4 categorie seguenti: - sensoriale: iperestesia e/o allodinia; - vasomotorio: asimmetria a livello della temperatura e/o cambiamento/asimmetria a livello della colorazione della pelle; - sudomotorio/edema: edema e/o cambiamento/asimmetria a livello della sudorazione; - motorio/trofico: diminuzione della mobilità e/o disfunzione motoria (debolezza, tremore, distonia) e/o cambiamenti trofici (peli, unghie, pelle). 3. il paziente deve dimostrare al momento dell'esame almeno 1 segno clinico in 2 delle 4 categorie seguenti: - sensoriale: iperalgesia (puntura) e/o allodinia (al tatto leggero e/o temperatura, pressione, movimento); - vasomotorio: differenza di temperatura (■ 1°) e/o cambiamento del colore della pelle; - sudomotorio/edema: edema e/o cambiamento/asimmetria a livello della sudorazione; - motorio/trofico: diminuzione della mobilità e/o disfunzione motoria (debolezza, tremore, distonia) e/o cambiamenti trofici (peli, unghie, pelle). 4. assenza di un'altra diagnosi più probabile. Secondo la giurisprudenza federale, inoltre, per ammettere l'esistenza di una CRPS in nesso causale naturale con un infortunio, è decisivo che, in base ai reperti medici refertati al momento determinante, la persona interessata abbia presentato, almeno in parte, i sintomi tipici di una CRPS entro un tempo di latenza di 6 - 8 settimane (cfr. STF 8C_123/2018 del 18 settembre 2018 consid. 4.1.2 e riferimenti ivi menzionati; cfr. pure la STF 8C_473/2022 del 20 gennaio 2023, consid. 5.5.2 e riferimenti ivi menzionati). D'altro canto, è utile precisare che il tempo di latenza appena citato non decorre necessariamente dall'evento traumatico. Ad esempio, nella STF 8C_796/2016 del 14 giugno 2017 consid. 3.2, l'Alta Corte ha precisato che esso può decorrere anche da un'operazione successivamente richiesta dall'infortunio (STCA 35.2018.117 del 30 settembre 2019, consid. 2.9). Sempre, in merito alla diagnosi di CRPS, è utile citare anche il consid. 3.2 della STF 234/2023 del 12 dicembre 2023, secondo il quale: " En ce qui concerne le rapport de causalité entre le CRPS allégué et l'accident, il y a lieu d'ajouter que l'étiologie et la pathogenèse de cette atteinte n'est pas claire (arrêts 8C_416/2019 consid. 5, in: SVR 2021 UV n° 9 p. 48; 8C_384/2009 consid. 4.2.1, in SVR 2019 UV n° 18 p. 69). En tant que maladie de nature neurologique-orthopédique-traumatologique, elle est toutefois qualifiée d'atteinte organique, soit une atteinte de la santé corporelle. En ce qui concerne plus précisément ce diagnostic, il n'est pas nécessaire qu'un CRPS ait été diagnostiqué dans les six à huit mois après l'accident pour admettre son caractère causal avec l'événement accidentel; il est en revanche déterminant que sur la base des constats médicaux effectués en temps réel, il soit établi que la personne concernée a présenté, au moins partiellement, des symptômes typiques du CRPS durant la période de latence de six à huit semaines après l'accident (arrêts 8C_473/2022 du 20 janvier 2023 consid. 5.5.1, in: SVR 2021 UV n° 9 p. 48; 8C_1/2023 du 6 juillet 2023 consid. 7.2). Pour la validation du diagnostic, il est communément fait référence aux critères dits "de Budapest", qui sont exclusivement cliniques et associent symptômes et signes dans quatre domaines: sensoriels, vasomoteurs, sudomoteurs/oedème, moteurs/trophiques (cf. arrêt 8C_416/2019 précité consid. 5.1) " (n.d.r.: il corsivo è della redattrice). Nella recente STF 8C_316/2023 del 6 marzo 2024, l'Alta Corte ha inoltre ribadito, al consid. 4.1, che, per la formulazione della diagnosi di CRPS, devono essere adempiuti, in base ai criteri di Budapest, i già citati 4 elementi caratteristici. Nel medesimo considerando il Tribunale federale ha pure osservato che: " S'il est vrai que la doctrine médicale précise que les critères de Budapest sont exclusivement cliniques et ne laissent

que peu de place aux examens radiologiques (radiographie, scintigraphie, IRM), elle indique également que sur le plan diagnostique, l'imagerie devrait être réservée aux formes douteuses (celles qui ne remplissent pas les critères de Budapest) et aux localisations pour lesquelles les signes cliniques sont souvent discrets et incomplets (par exemple, le genou) notamment. L'imagerie devrait de plus être réalisée précocement, moins de six mois après le début des symptômes (DRS K. DISERENS/P. VUADENS/PR JOSEPH GHIKAIN, Syndrome douloureux régional complexe: rôle du système nerveux central et implications pour la prise en charge, in *Revue médicale suisse* 2020, p. 886; F. LUTHI/M. KONZELMANN, Le syndrome douloureux régional complexe [algodystrophie] sous toutes ses formes, in *Revue médicale suisse* 2014, p. 271).” (n.d.r.: il corsivo è della redattrice). Da ultimo, nella recentissima STF 8C_628/2023 del 9 aprile 2024, l'Alta Corte, ha nuovamente sottolineato, al consid. 3.1, che: " Die Ätiologie und Pathogenese des CRPS sind unklar. Es ist als neurologisch-orthopädisch-traumatologische Erkrankung indessen als organischer bzw. körperlicher Gesundheitsschaden zu qualifizieren. Dabei ist nicht erforderlich, dass die Diagnose innerhalb von sechs bis acht Monaten nach dem Unfall gestellt wird, um sie als unfallbedingt anzusehen. Entscheidend ist, dass anhand rechtzeitig erhobener medizinischer Befunde der Schluss gezogen werden kann, die betroffene Person habe innerhalb der Latenzzeit von sechs bis acht Wochen nach dem Unfall zumindest teilweise an den für ein CRPS typischen Symptomen gelitten (SVR 2023 UV Nr. 48 S. 169, 8C_1/2023 E. 7.2). Ob ein CRPS vorliegt, ist anhand der sog. Budapest-Kriterien zu prüfen (SVR 2021 UV Nr. 9 S. 48, 8C_416/2019 E. 5.1; Urteil 8C_234/2023 vom 12. Dezember 2023 E. 3.2 mit Hinweis).” (n.d.r.: il corsivo è della redattrice). 2.6. 2.6.1. Dalle carte processuali si evince, in particolare, che l'assicurato, dopo avere riportato un trauma contusivo al piede sinistro il 9 marzo 2020, ha dovuto sospendere la propria attività lavorativa a partire dal 16 marzo 2020 e che, a causa della persistenza dei disturbi al piede sinistro, si è dovuto sottoporre a svariate indagini come pure a diverse visite mediche specialistiche. In particolare, l'assicurato si è sottoposto: - il 31 marzo 2020 ad una TC, che ha escluso lesioni ossee post-traumatiche/fratture, mettendo in evidenza una “ lieve riduzione della rima articolare metatarso-falangea del I raggio ” e una “ piccola calcificazione nei tessuti molli medialmente al calcagno ” (cfr. doc. 9 incarto LAINF no.1); - il 19 giugno 2020 ad una RM, che ha escluso lesioni osteo-strutturali focali, evidenziando un “ edema dei tessuti molli para-articolari sul versante antero-laterale ” e un “ minimo sfumato edema della spongiosa sottocorticale dorsale a livello del navicolare e del cuneiforme intermedio ” (cfr. doc. 36 incarto LAINF no.1). Il 24 luglio 2020 RI 1 è stato visitato personalmente dal dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore, che ha attestato quanto segue: " (...) ESAME OBIETTIVO: piede asciutto, non arrossamenti, non ipertermia, mobilità della caviglia libera da contratture antalgiche, persiste uno status doloroso su tutte le ossa del tarso e non vi sono deficit neurologici periferici in atto. Alla deambulazione il paziente riferisce di dolore in corrispondenza del retinacolo dei tendini estensori e al carico una diffusione dolorosa su tutto il compartimento articolare metatarsale. PROCEDERE: ho informato il paziente che il quadro strumentale aveva escluso problematiche traumatiche oggettivabili in ambito osseo, legamentoso e capsulare . Vi è un aspetto di edema e pertanto ritengo questo il motivo della persistenza del sintomo doloroso. (...)” (cfr. doc. 39 incarto LAINF no.1; il grassetto non è della redattrice mentre il corsivo è della redattrice). Il 4 agosto 2020 RI 1 è stato visitato personalmente dalla dr.ssa _____, specialista FMH in medicina fisica e riabilitazione, che, nel relativo rapporto del 1° settembre 2020, ha attestato quanto segue: "

(...) Obiettivamente : piede asciutto, non arrossamenti, non ipertermia, non deficit neurologici del piede, algie alla digitopressione su tutte le ossa del tarso. Dolore alla deambulazione al carico su tutto il compartimento articolare metatarsale, che condiziona zoppia di fuga. Siamo confrontati con un quadro di algodistrofia..CRPS.. , che come sai ha più di una definizione. (...)” (cfr. doc. 50 incarto LAINF no.1; il grassetto non è della redattrice mentre il corsivo è della redattrice). In seguito, l’assicurato si è sottoposto: - il 12 ottobre 2020 ad un’altra RM, che ha messo in evidenza una “ completa risoluzione dell’aspetto edemigeno descritto a livello del navicolare ed importante riduzione, pressoché completa scomparsa, anche dell’edema sottocorticale dorsale del cuneiforme intermedio. Non evidenza di posteriori attuali alterazioni edemigene. Sostanzialmente stabili i restanti rilievi” (cfr. doc. 80 incarto LAINF no.1); - il 27 novembre 2020 ad una RM del piede sinistro e a una ecografia delle parti molli a sinistra, che hanno messo in evidenza “ un aspetto di edema della spongiosa che interessa la porzione prossimale del metatarso prevalentemente sul versante dorale con ispessimento ed edema dei tessuti molli periossei ” (doc. 84 incarto LAINF no. 1). Sulla scorta di tale documentazione medica (come pure del Day Hospital di 3 settimane alla Clinica _____ dal 18 gennaio 2021), il 10 febbraio 2021 (doc. 102 incarto LAINF no.1) il dr. md. _____, specialista FMH in reumatologia - che aveva già visitato personalmente l’assicurato il 23 ottobre 2020 (doc. 70 incarto LAINF no.1) e il 18 gennaio 2021 (doc. 99 incarto LAINF no.1) su incarico dell’CO 1 - ha attestato quanto segue: " Ho ripreso visione della RM dove hanno mostrato un edema osseo a livello della falange del primo dito, edema osseo che non era mai stato visto alle precedenti RM. Il paziente continua a presentare dei dolori al livello del piede. Come allora, non presenta abbastanza criteri di Budapest per una diagnosi di una CRPS. Il paziente ha sì un dolore continuo, ma dei segni clinici, di cui ne deve avere almeno 3, non abbiamo l'edema e la mobilità della caviglia è praticamente nella norma, né all'esame clinico abbiamo una diminuzione della mobilità, un vero edema o sudorazione locale e unicamente un lieve cambiamento della cute. La temperatura locale appare simile e simmetrica. In sostanza il paziente continua ad avere dei dolori su degli edemi ossei che mi sembrano più degli edemi quasi transienti, attualmente a livello interfalangeale prossimale.” (n.d.r.: il corsivo è della redattrice). Ancora inabile al lavoro al 100% per l’infortunio del 9 marzo 2020, il 27 febbraio 2021 RI 1 ha subito un secondo infortunio, in occasione del quale ha riportato un trauma distorsivo della caviglia destra con frattura tipo Weber A del malleolo mediale destro (doc. 1, 2 e 3 incarto LAINF no.2) e, a causa del quale, si è dovuto sottoporre il 31 maggio 2021 ad un intervento artroscopico di “ rimozione corpo libero intr articolare, frammento osteocondrale del malleolo mediale ”. A causa del persistere dei disturbi alla caviglia destra, egli si è sottoposto il 30 luglio 2021 a una MR che ha evidenziato un “ persistente edema osseo spongioso ” a livello mediale non presente prima dell’intervento (doc. 59 incarto LAINF no.2). A causa della persistenza dei disturbi sia al piede sinistro sia alla caviglia destra , RI 1 è stato degente presso la _____ di _____ dal 13 settembre al 1° ottobre 2021 e dal relativo rapporto di uscita del 29 ottobre 2021 (doc. 120 e 130 incarto LAINF no. 1) emerge, in particolare, quanto segue: " (...) A. Unfall vom 27.02.2021: OSG Distorsion rechts (23.91481.21.3) (...). - 13.09.2021 Budapest CRPS Kriterien: teilweise erfüllt - 01.10.2021 Budapest CRPS Kriterien: teilweise erfüllt B. Unfall vom 30.03.2020: Trauma/Kontusion Fuss links (24.08731.20.0) (...). Somatische Beurteilung: (...). Der Patient sieht sich nicht in der Lage ohne die Hilfe zweier Stöcke zu gehen. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lässt sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung

und bildgebenden Abklärungen sowie den Diagnosen nicht erklären. Der Patient zeigte ein auffälliges Schmerz- und Leistungsverhalten, es fand sich eine erhebliche Symptom-ausweitung. (...). Für unser Dafürhalten ist ein medizinischer Endzustand erreicht, von weiteren medizinischen Massnahmen darf man sich aufgrund der Erfahrungen während des stationären Rehaaufenthalts keine Verbesserung des Gesundheitszustandes mehr versprechen. Es besteht eine grosse Diskrepanz zwischen den objektiv guten Befunden und dem subjektiven Schmerzzustand des Versicherten. (...). Befunde bei Eintritt (...) Fuss rechts: Diskrete Schwellung um OSG mit bläulicher Verfärbung. Im Seitenvergleich keine Hypertrichose oder Hyperhydrose. Druckdolenz über beide Malleoli. Keine Allodynie. Periphere DMS erhalten. Kraftgrad der Kennmuskulatur M5/5. Budapester CRPS-Kriterien nur teilweise erfüllt. Fuss links: Geringe Schwellung OSG ohne Veränderung der Hautfarbe oder Überwärmung. Im Seitenvergleich keine Hypertrichose oder Hyperhydrose. Angabe von diffuser Druckdolenz im gesamten Mittelfuss. Keine Allodynie. Periphere DMS erhalten. Kraftgrad der Kennmuskulatur M4/5 (schmerzbedingt eingeschränkt). Budapester CRPS-Kriterien nicht erfüllt.” (pag. 1, 2, 3 e 8 doc. 130 incarto LAINF no. 1; n.d.r.: il grassetto e le sottolineature non sono della redattrice mentre il corsivo è della redattrice). Il 16 novembre 2021 il dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore nonché medico _____, ha visitato personalmente RI 1 e nel relativo rapporto del 22 novembre 2021 (doc. 129 incarto LAINF no. 1), ha attestato quanto segue: " (...). Bilateralmente criteri secondo CRPS non presenti. (...) Aspetti medico-assicurativi Per quanto concerne il dolore accusato soggettivamente dall'assicurato l'esame clinico come anche diagnostico tramite RM e RX, in data odierna, hanno mostrato solo passeggeri edemi che sono spariti e non spiegano questa enorme dolorabilità che accusa quasi giorno e notte. In particolare, il piede sinistro non mostra nessun danno e si ricorda che l'infortunio ha portato ad una semplice contusione nella parte dorsale del piede alla base dell'osso metacarpale senza danno oggettivabile nel senso di una lesione ossea o ligamentare. L'attuale iperestesia si trova nella zona dorsalmente e plantarmente dei metatarsi senza evidenziare una patologia oggettivabile. Non è presente nessun criterio secondo Budapest. Anche il callo sotto il piede è normale. Nessuna atrofia muscolare, né limitazione della mobilità o edemi/marmorizzazioni che sono normalmente i principali segni di presenza per un vero CRPS. Per quanto riguarda la gamba destra si nota un edema fisso attorno al malleolo interno e anche lì non si trova nessun arrossamento o chiara spiegazione per i forti dolori accusati dall'assicurato. Mi ha spiegato di non indossare la scarpa destra perché sente subito un fortissimo dolore attorno al malleolo interno e parte ventrale tibiotolare. Ugualmente si vede un chiaro segno di compressione attorno e parte prossimale del malleolo interno a causa della calza indossata (vedi fotografia). Anche il piede non mostra nessuna atrofia muscolare e nemmeno una ipodensità dell'osso e anche qui l'impressionante dolore lamentato soggettivamente non trova una chiara patologia. Questo è il motivo per il quale ho fatto anche una fotografia della ciabatta e della scarpa dove si vede un chiaro consumo della suola. Ho avuto una lunga discussione con l'assicurato. Ho proposto di abbandonare da subito le stampelle e cercare di aumentare il passo prima a casa e dopo anche fuori casa.” (doc. 129 incarto LAINF no. 1; n.d.r.: il corsivo è della redattrice) Il 17 gennaio 2022 (doc. 145 incarto LAINF no.1), il dr. med. _____, dopo avere nuovamente visitato personalmente l'assicurato, ha confermato la valutazione di _____ rispettivamente la proprio precedente valutazione del 10 febbraio 2021. In seguito, RI 1 si è sottoposto: - il 24 gennaio 2022 ad una RM della caviglia sinistra, che ha escluso fratture e aree di edema

osseo, mettendo in evidenza un “ lieve edema dei tessuti molli del dorso del piede sul versante laterale ” rispettivamente dei “ segni degenerativi articolari a sede talo-navicolare con piccoli osteofiti dorsali ” (doc. 148 incarto LAINF no.1); - il 25 gennaio 2022 ad una RM dell'avampiede sinistro, che ha escluso fratture e edema osseo (doc. 149 incarto LAINF no.1); - il 28 gennaio 2022 ad una RM della caviglia destra, che ha evidenziato quanto segue: “ regolari strutture legamentarie della caviglia. Quadro degenerativo artrosico a sede talo-navicolare con osteofiti marginali dorsali. Lieve iperintensità di segnale in corrispondenza del malleolo mediale, in assenza di rime di fratture, di aspetto invariato. Regolari strutture tendinee” (doc. 150 incarto LAINF no.1). Interpellato a tal proposito dall'CO 1, il 7 febbraio 2022 (doc. 151 incarto LAINF no.1), il dr. med. _____ ha osservato che: " (...). A sx (infortunio 24.08721.20.0) ricordo che già l'esame clinico era praticamente normale. La RM dell'avampiede e della caviglia a sx, sono anche praticamente risultate normali, nessun edema osseo, abbiamo solo qualche alterazione degenerative a livello talo-navicolare e lieve edema dei tessuti molli che sicuramente non giustificano i dolori del paziente. In sostanza a sx, francamente, non trovo un motivo per questi dolori. L'esame clinico è praticamente normale e anche le due RM non mostrano più edemi, né particolari problematiche. Per quello che riguarda i dolori non vedo più una relazione tra infortunio e dolori. Per quello che riguarda la caviglia a dx (infortunio. 23.91481.21.3) ricordo che avevamo avuto un chiaro aumento dei dolori dopo l'intervento e una presenza solo parziale però dei criteri di Budapest . Come già detto, non farei sicuramente nuovi interventi operatori, che sono destinati solo a peggiorare i dolori del paziente e, anche qui, la RM non mostra più nessun edema, un quadro degenerativo in particolare a livello talo-navicolare con osteofiti marginali e dorsali. La frattura non è più visibile. Anche da questo punto di vista, personalmente, faccio fatica a vedere una relazione preponderante con l'infortunio che penso però che il paziente debba essere convocato da voi in sede. (...)" (n.d.r.: il corsivo è della redattrice) Il 29 marzo 2022 il dr. med. _____, ha nuovamente visitato personalmente RI 1 e nel relativo rapporto del 5 aprile 2022 (doc. 158 incarto LAINF no. 1) ha attestato quanto segue: " (...). Aspetti medico-assicurativi Come nell'ultima visita i criteri secondo Budapest non sono presenti a parte un edema diffuso attorno alla caviglia destra ed una differenza di temperatura al dorso del piede sinistro. Siamo confrontati con un esagerato comportamento da parte dell'assicurato rispetto al dolore che non trova una chiara patologia né nella caviglia destra, né nell'avampiede sinistro che possa spie-gare questo dolore . Oggettivamente vi è un'importante differenza della temperatura in cui l'avampiede sinistro è molto più freddo confronto a quello di destra che ha una temperatura nella norma. Alla palpazione dell'avampiede i dolori sono ugualmente non ben oggettivabili, in parte si tocca il piede e non reagisce, mi ha dato, l'impressione di essere confrontato con una reazione di difesa a causa dei dolori presenti da quasi due anni (09.03.2020). Gli ultimi esami effettuati dal dr. med. _____ non mostrano nessuna patologia, né fratture, né lesioni ossee, né edemi o segni per un'algodistrofia clinicamente e radiologicamente. (...). Vedo un comportamento di autoprotezione - autolimitazione non adeguato. Nell'ultima visita ho valutato anche le scarpe che hanno mostrato bilateralmente lo stesso consumo . In data odierna porta nuovi sandali che ha appena comperato. Il plantare del piede non mostra nessun cambiamento del callo. Bilateralmente si nota un callo attorno al calcagno, nessuna formazione del callo nell'avampiede che normalmente ci si può aspettare in una persona che appoggia unicamente il calcagno sinistro e l'avampiede destro. Ho difficoltà a valutare il caso dell'assicurato con queste discrepanze con un soggettivo invariato fortissimo dolore da due anni e in assenza di qualsiasi patologia oggettivabile (a

parte l'edema locale persistente ventralmente alla caviglia destra e una differenza della temperatura che è più fredda nell'avampiede sinistro)." (n.d.r.: il corsivo è della redattrice) Il 22 giugno 2022 RI 1 si è sottoposto ad una CTM del piede-caviglia sinistra, che evidenzia una " Osteoporosi del tarso " (doc. 180 incarto LAINF no.1). Il 20 settembre 2022 il dr. med. _____ ha osservato che la " Presenza di leggeri segni degenerativi " è " normale per l'età e non in relazione con l'infortunio avuto " (doc. 182 incarto LAINF no. 1) e, dopo averlo nuovamente visitato personalmente l'8 novembre 2022, nel relativo rapporto del 16 novembre 2022, ha rilevato che " Oggettivamente clinicamente la situazione non è cambiata un granché confronto all'ultima visita di aprile 2022." e che " Per porre la diagnosi di una CRPS sono necessari almeno tre-quattro criteri secondo le regole di Budapest che in questo caso non sono presenti. Noto una differenza del termotatto al dorso del piede sinistro con dolori diffusi che lamenta l'assicurato soggettivamente. " (doc. 205 incarto LAINF no. 1). In seguito, RI 1 si è sottoposto: - il 5 aprile 2023 ad una RM della caviglia nativa destra, che ha messo in evidenza quanto segue: " Articolazione tibio-fibulo-astragolica congruente con minimi segni degenerativi ed irregolarità condrali a livello del compartimento mediale. Non versamento articolare. Non edema osseo. Esiti di rottura parziale del legamento fibulo-talare posteriore. " (doc. 226 e 243 incarto LAINF no. 1); - il 6 aprile 2023 ad una RM dell'avampiede sinistro, che ha messo in evidenza quanto segue: " Alterazioni edematose della muscolatura degli estensori del III° e IV° dito. Non fratture. Non edema osseo. " (doc. 244 incarto LAINF no. 1). Nel rapporto del 27 aprile 2023 (destinato all'CO 1) la dr.ssa _____ ha attestato quanto segue: " (...) Rivedo il sign. RI 1 il 25.08.2022 e avendo diagnosticato già a suo tempo (04.08.2020) una sindrome algodistrofica CRPS al piede sinistro del paziente, procedo con la terapia che più ritengo corretta, terapia supportata da linee guida riconosciute ed approvate in Italia prescrivendo Nerixia 25 mg Lm. 1 fiala al giorno per 16 giorni. Rivedo il paziente alla fine di settembre 2022 e constato una soddisfacente ripresa funzionale e sintomatologica, il paziente ha riacquisito la capacità di deambulare con un appoggio del piede sinistro pur con le limitazioni e i dolori dati dal lungo periodo di difficoltà deambulatorie. (...)" (doc. 231 incarto LAINF no. 1). Per il periodo 11 maggio 2022-31 maggio 2023 la dr.ssa _____ ha attestato un'incapacità lavorativa del 100% con l'indicazione " infortunio " (doc. 237 e 238 incarto LAINF no. 1). Il 5 giugno 2023 il dr. med. _____, ha nuovamente visitato personalmente RI 1 e nel relativo rapporto del 12 giugno 2023 (doc. 245 incarto LAINF no. 1) ha attestato quanto segue: " (...). Aspetti medico-assicurativi È stata eseguita una risonanza magnetica della caviglia destra del 05.04.2023, che non ha mostrato nessun edema osseo. L'articolazione tibio-fibulo-astragolica è congruente con minimi segni degenerativi condrali al livello del compartimento mediale. Questo mostra una situazione normale per l'età. Si ricorda che lui non ha dolore nel carico nel malleolo interno, né su compressione diretta, né su mobilizzazione attiva e passiva. In assenza di qualsiasi edema osseo si nota una cicatrizzazione del legamento fibulo-talare posteriore dopo una rottura parziale nell'anno 2020. Anche il tessuto è da considerare guarito e stabile dopo più di 2 anni. Regolari segni RM dei tendini flessori e dei tendini estensori. La RM dell'avampiede del 06.04.2023 mostra unicamente un restante edema intorno ai tendini estensori delle dita III e IV al livello metatarsale, altrimenti nessun edema osseo, né fratture. In particolare, non c'è più un edema sopra il MTF I-II. Valutando il decorso clinico e radiologico siamo d'accordo di aspettare ancora la valutazione presso la dr.ssa. _____ e se anche questa valutazione non porta ad una chiara spiegazione per i dolori non spiegabili, optiamo per un'espressione della abilità lavorativa su base teorica. Anche nella visita odierna come nella

precedente il comportamento di non essere in grado di camminare senza stampelle non è spiegabile, né giustificabile in assenza di una patologia oggettivabile che giustifica questo comportamento invalidante. In assenza di versamenti ossali o intraarticolare, in assenza di degenerazioni fuori dalla norma dell'età e in presenza di un chiaro miglioramento anche del precedente edema diffuso dorsalmente dell'avampiede, si può escludere un CRPS. Si nota solo un restante cambiamento del colore superficiale abbassando il piede, che però anche è migliorato (zona marcata nella foto). Il caso viene rivalutato fine giugno e viene valutata anche l'abilità lavorativa. (...)” (doc. 245 incarto LAINF no. 1; n.d.r.: il corsivo è della redattrice). Nel rapporto del 22 giugno 2023 (doc. 248 incarto LAINF no. 1) la dr.ssa md. _____, specialista FMH in medicina interna generale, ha attestato quanto segue: " (...). sul piano osseo non trovo una fragilità tale (...) che potrebbe giustificare l'attuale situazione che tra l'altro trascina da parecchi anni. Dopo aver escluso ulteriori deficit del metabolismo fosfocalcico assetto ormonale, etc possiamo concludere che le cause sono puramente di origine traumatica e in più varie circostanze (la caduta dalle scale, ulteriore danneggiamento con dinamica poco chiara su un apparecchio di fisioterapia, inizialmente camminate lunghe su una sofferenza OA acuta per motivi a me non chiari, etc) hanno complicato la problematica osteoarticolare. Il paziente dice che non riesce a camminare senza le stampelle. Non trovo indicazione a ulteriori cicli con bifosfonati anche perché dobbiamo tener conto i rischi per eventi avversi e la non ulteriore efficacia. Nessun spazio e giustificazione per trattamenti osteoanabolici.” (n.d.r.: il corsivo è della redattrice). Nell'apprezzamento medico del 31 luglio 2023 (doc. 254 incarto LAINF no. 1) il dr. med. _____ ha attestato quanto segue: " (...) In assenza di una fragilità dell'osso, in assenza di edemi dell'osso e del tessuto, l'uso delle stampelle e il continuo carico parziale clinicamente e oggettivamente non sono più giustificati. Ho l'impressione di essere confrontati con una componente psicosomatica che non posso valutare, ma su base ortopedica non vedo più giustificato il comportamento del signor RI 1 in assenza di patologie oggettivabili. Le conseguenze infortunistiche sono ovviamente guarite, come hanno mostrato i molteplici esami radiologici, multiple RM e visite specialistiche. Non c'è nessuna ragione per non caricare completamente con un osso stabile e con un metabolismo nella norma. In confronto alla precedente ultima visita si nota ancora un miglioramento in assenza di segni per un CRPS/algodistrofia. Su base dell'ultima visita e dei rapporti dei medici e in particolare anche della dr.ssa. _____ mi permetto di esprimere una piena abilità lavorativa per il suo precedente lavoro come specialista CNC dal 01.07.2023. La sua attività non necessita un carico aumentato e deve solo spostarsi per programmare una macchina CNC, quindi un lavoro non pesante. In questo ambito un rientro è completamente giustificato senza limiti funzionali. (...). Si ricorda che le sole conseguenze infortunistiche sono guarite già l'anno scorso.” (n.d.r.: il corsivo è della redattrice). Per il periodo 11 maggio 2022-30 settembre 2023 la dr.ssa _____ ha attestato un'incapacità lavorativa del 100% con l'indicazione “ infortunio ” (doc. 255 e 256 incarto LAINF no. 1). 2.6.2. In sede di opposizione il patrocinatore dell'assicurato ha versato agli atti il rapporto del 19 ottobre 2023 della dr.ssa _____ (doc. 278 incarto LAINF no. 1), secondo la quale: " (...) la patologia di cui è portatore il sign RI 1 è oggettivabile, nello specifico con l'esame radiologico TC del 22.06.2022 dove gli esiti della sindrome algodistrofica sono evidenti: osteoporosi delle ossa del tarso - astragalo - calcagno - navicolare e in misura minore a carico del cuboide e dei tre cuneiformi. Questa osteoporosi distrettuale è clinicamente inquadrabile come esito di una sindrome algodistrofica. Non si può parlare di guarigione, ma di esiti invalidanti. La ragione delle

difficoltà di carico dipendono dalla presenza di questi esiti ossei oggettivabili. Le ossa non sono stabili e non hanno un metabolismo nella norma, e i segni dell'algodistrofia progressiva sono evidenti. (...) il paziente non può riprendere la completa abilità lavorativa, vista la inabilità deambulatoria persistente. (...) attualmente l'uso delle due stampelle è necessario (...) attualmente la funzionalità attuale dei singoli piedi non è superiore al 40% (inabilità del 60%)". Inoltre, alla domanda del patrocinatore dell'insorgente "La CRPS al piede sinistro, confermata negli esami da lei indicati nel suo ultimo referto, può essere considerata, con nesso di causalità preponderante, diretta conseguenza dell'evento traumatico del 09.03.2020?", la dr.ssa _____ ha risposto "sì sicuramente (vedi esami TC del 22.06.2022 e del 10.10.23)." (doc. 278, pag. 2 incarto LAINF no. 1). Nel rapporto del 12 ottobre 2023 (doc. 279, pag. 2 incarto LAINF no. 1) la dr.ssa _____ ha inoltre attestato quanto segue: "(...) L'ultimo esame effettuato TC piedi e caviglie bilaterale 10.10.2023 - per definitivamente evidenziare gli esiti della sindrome algodistrofica (o anche detta CRPS) - ha confermato la sostanziale stabilità del quadro rilevato nella TC del 22.06.2022 dove veniva evidenziato quadro di osteoporosi del tarso più evidente a livello del talo, del calcagno e del navicolare in minor misura a livello del cuboide e dei tre cuneiformi. Quadro radiologico che conferma la progressiva CRPS piede sinistro, ora cronicizzata in un quadro osteoporotico locale di grado elevato, che giustifica le difficoltà deambulatorie del paziente. (...)". Interpellato per una "Zweitmeinung", nell'apprezzamento neurologico dell'11 luglio 2023 (doc. 285 incarto LAINF no. 1), il PD Dr. med. _____, ha attestato quanto segue: "(...) Auch aus neurologischer Einschätzung sind die objektivierbaren Kriterien nach Budapest sichtlich nicht erfüllt bei genauer Durchsicht der ausführlichen Fotodokumentation ohne positive äussere CRPS-Kriterien bei seitengleicher Fussbeschwellung [1]: Eine generalisierte Extremitäten Schwellung (Ödem), eine Veränderung des Hautkolorits oder eine trophische Störung mit Veränderung der Behaarung oder des Nagelwuchses sind nicht erkennbar; eine Asymmetrie der Hauttemperatur oder des Schwitzens wurden in der orthopädischen Untersuchung vom 12.06.2023 auch nicht diagnostiziert, auch keine umschriebene Allodynie oder Sensibilitätsstörung. Eine vorherige fokale Schwellung im Knöchelbereich nach einer Distorsion (das Vorliegen einer orthopädischen Diagnose als Differentialdiagnose spricht ebenfalls gegen die Verdachtsdiagnose eines CRPS [1]) war hingegen deutlich rückläufig und das Muskelrelief am Unterschenkel hat deutlich zugenommen (siehe Fotodokumentation vom 16.11.2022). Spezielle neurologische Beschwerden oder eine umschriebene nervale Schädigung sind nicht aktenkundig. Eine neurologische Diagnose in überwiegend wahrscheinlich unfallkausalem Zusammenhang ist daher vorliegend nicht zu stellen. Die angegebenen Beschwerden des Versicherten sind daher nicht neurologisch erklärbar. Es liegen ausschliesslich orthopädische Diagnosen in überwiegend wahrscheinlich unfallkausalem Zusammenhang vor. (...)". Nell'apprezzamento medico del 1° dicembre 2023 (doc. 290 incarto LAINF no. 1) il dr. med. _____ ha attestato quanto segue: "(...). Durante il mio esame clinico non vi erano segni per un eventuale CRPS (secondo i criteri di Budapest), che è stato lo stesso confermato dallo specialista in neurologia, PD Dr. _____, nella sua valutazione. Si ricorda in questa valutazione che la propria diagnosi di un CRPS non si basa unicamente ad una radiografia, CT o risonanza magnetica. In questo caso un'eventuale ridotta mineralizzazione parziale può essere provocata anche da un persistente scarico. Un edema dell'osso dopo un evento infortunistico normalmente guarisce entro 3-4 mesi. In casi rari si estende oltre ai 6 mesi. Malgrado dai vari colleghi è stato intensivamente consigliato di aumentare il carico attivamente, in

particolare in assenza di una frattura e il fatto che l'edema osseo successivamente si è risolto, il signor RI 1 ha continuato a scaricare il piede sinistro e la caviglia destra. Non siamo confrontati in modo sicuro con un CRPS in assenza di valori che devono essere presenti per oggettivare questa malattia. L'ultima CT e anche la risonanza magnetica del 06.04.2023 hanno escluso un edema osseo, confermato all'inizio del 2023 con una completa assenza di segni per un CRPS. Quindi, riferendomi alla mia valutazione del luglio 2023, confermo ancora in modo sicuro di non essere confrontati con un CRPS, nemmeno con un quadro osteoporotico locale al piede sinistro, né alla caviglia destra (documentato ripetitivamente quest'anno). Questo fatto non giustifica più una deambulazione con scarico anche parziale dell'estremità inferiore. Riguardo le conseguenze infortunistiche del 09.03.2020 e del 27.02.2021 non siamo più in presenza di nessuna conseguenza infortunistica e quindi si conferma una piena abilità lavorativa da su-bito. (...)” (n.d.r.: il corsivo è della redattrice).

2.6.3. Davanti al TCA, il patrocinatore dell'insorgente ha versato agli atti (oltre a documentazione medica già agli atti: doc. B e C corrispondente al doc. 279 incarto LAINF no. 1 e doc. D corrispondente al doc. 278 incarto LAINF no. 1): - il messaggio di posta elettronica del 5 dicembre 2023 della dr.ssa _____ all'RA 1, in cui ha indicato che per esprimersi in merito alla presenza o meno di una CRPS sarebbero notoriamente competenti specialisti in reumatologia (doc. H); - il certificato medico del 10 gennaio 2024 della dr.ssa med. _____ del seguente tenore: " (...) Vedo una TC piede dx e sin del 10.10.23 (solo referto) che descrive stabilità al piede sinistro con una riduzione della densità ossea al tarso. Al piede dx invece si osserva un aumento della degenerazione tibio-tarsica intertarsale, tarso-MTT. Entesopatia calcifica tendine plantare. Il quadro che leggo sembra compatibile con la clinica e con algodistrofia, e questa demineralizzazione descritta potrebbe essere una conseguenza dell'immobilizzazione o comunque scarso appoggio/carico sul piede a sinistra. Personalmente ritengo che questi esiti siano sequele del trauma/i precedente/i. Non farei ulteriori bilanci biochimici per ora. (...). Da parte mia non consiglio per ora terapie ossee anche perché non avrebbero nessun beneficio vista l'evoluzione e precedentemente usate solo con beneficio temporaneo.” (doc. I). Sempre in questa sede il patrocinatore dell'insorgente ha versato agli atti anche lo scritto del 13 febbraio 2024 della dr.ssa _____ del seguente tenore: " Gentile Signor _____, tento con questa lettera di spiegare ancora una volta la difficile diagnostica legata alla sindrome algodistrofica (anche definita CRPS) le allego la tabella dei criteri di Budapest e in allegato anche un articolo molto chiaro e esplicativo redatto dalla società scientifica SIOMMMS.it, dove viene spiegato come sono stati definiti tali criteri e perché abbiano qualche mancanza. (...). criteri per definire la sindrome algodistrofica sono stati aggiornati nel 2007 a Budapest da parte della IASP (<https://www.iasp-pain.org/>) per aumentarne la specificità. Ad oggi i criteri di Budapest sono i più accreditati in quanto focalizzano tutta l'attenzione sul dolore che deve essere continuo e sproporzionato rispetto all'evento scatenante, oltre che sulla presenza di alcuni segni e sintomi clinici. Il limite di questi criteri è quello di escludere il coinvolgimento osseo, focalizzando l'attenzione principalmente sul dolore e tralasciando le conseguenze scheletriche della malattia. Inoltre i criteri sono esclusivamente clinici e non si avvalgono di test e di esami strumentali. La tabella sopra evidenziata elenca i criteri di Budapest. Le allego per estrema chiarezza un articolo redatto dalla SIOMMMS : Società Italiana dell'Osteoporosi e del Metabolismo Minerale e delle Malattie dello Scheletro, che spiega in modo chiaro la complessità della diagnosi di questa sindrome (CRPS) e perché è così difficile a livello assicurativo trovare una intesa, <https://www.siommmms.it/wp-content/uploads/2014/10/LG-Algodistrofia.pdf> Come ben

spiega l'articolo della Società Scientifica SIOMMMS – allegato - la problematica della scarsa rilevanza data al segno osseo - mentre venivano definiti i criteri di Budapest - è scaturita dalla presenza in tale sede di soli medici algologi (mancavano i Reumatologi, Ortopedici e Fisiatri) che invece ne avrebbero evidenziato l'importanza. (...). L'ultimo esame radiologico effettuato dal Sig. RI 1 - TC piedi e caviglie bilaterale del 10.10.2023 (anche TC 22.06.2022) - evidenzia gli ESITI della sindrome algodistrofica al piede sinistro. L'edema osseo ormai non è più da considerare. ora vi sono gli esiti: l'osteoporosi con demineralizzazione con evidenti "buchi" a livello della struttura delle ossa del piede sinistro (vedi referto TC 22.06.2022 e TC 10.10.2023) I criteri di Budapest si potevano prendere in considerazione nelle fasi iniziali della problematica algodistrofica - ove peraltro vi sono delle fotografie del 08.02.2021 che avevo fatto in occasione della visita che rilevano: • alterazioni vasomotorie con colorito cutaneo alterato • alterazioni motorie con ridotta escursione articolare • alterazione della sensibilità -dolore che il paziente ancora dichiara essere presente. Sempre nell'articolo sopra menzionato si evidenzia quali sono gli ESITI clinici che si vengono a definire nel 10% dei casi, per la sindrome algodistrofica: Le allego un estratto dell'articolo che le ho allegato:

<https://www.siommmms.it/wp-content/uploads/2014/10/LG-Algodistrofia.pdf> “ ... Nelle fasi avanzate la rigidità è invece sostenuta da contratture irreversibili che contrassegnano la fase "atrofica" cui alcuni pazienti non trattati tempestivamente possono andare incontro. Le limitazioni motorie comprendono i deficit muscolari consensuali che interessano la muscolatura distale e prossimale alla sede colpita, la possibile presenza di fini tremori e la comparsa di movimenti distonici che possono interessare fino al 10% dei pazienti ... ” Nella speranza di aver dato una spiegazione utile al caso clinico del signor RI 1 allego le foto presenti in cartella clinica. Per la eventuale prosecuzione della discussione del caso in sede medico/assicurativa sarebbe opportuna una perizia da parte di un collega non implicato nella gestione del caso clinico. (...)" (doc. J; n.d.r.: il corsivo non è della redattrice); - l'articolo _____ “ La Sindrome Algodistrofica ” citato dalla dr.ssa Carnevale della Società Italiana dell'Osteoporosi, del Metabolismo Minerale e delle Malattie dello Scheletro (in seguito: SIOMMMS; cfr. doc. K, pubblicato pure sul sito <https://www.siommmms.it/la-sindrome-algodistrofica/>). Interpellato dall'amministrazione a tal proposito, nell'apprezzamento neurologico del 21 febbraio 2024 (doc. VII-1), il PD Dr. med. _____, ha attestato quanto segue: " (...) Diesbezüglich wird in der Einsprache gegen den Fallabschluss nun noch eine versicherungsmedizinische Stellungnahme vom 13.02.2024 von Frau Dr. _____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation vorgelegt. (...). Es folgen weitere elf Seiten allgemeiner nicht individualisierter und somit versicherungsmedizinisch nicht verwendbarer, da nicht fallbezogener Ausführungen über das CRPS. Rein bilddiagnostisch soll jedoch leitliniengerecht eben gerade nicht die Diagnose eines CRPS gestellt werden, sondern es ist dies eine Diagnose nach klinischen Kriterien, die bei der Versicherten nicht vorliegen wie zuvor ausgeführt [1]: "Von der Internationalen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (IASP) wurden die sensitiven (99%) und moderat spezifischen (68%) rein klinischen Kriterien zur Diagnosestellung anerkannt. Es müssen alle Punkte 1 bis 4 erfüllt sein. Ein besonderes Augenmerk sollte immer auf Punkt 4 gelegt werden. Die Diagnose CRPS erfordert eine große Sorgfalt. (...). Bilddiagnostische Kriterien sind dagegen für die Diagnose eines CRPS als Grundlage nicht geeignet und können nur in der sehr frühen Phase als zusätzliches Hilfskriterium Verwendung finden, nicht jedoch im weiteren späten Verlauf wie dies irrtümlicherweise Frau Dr. _____ zur Anwendung bringen möchte [1]: "In

der konventionellen Röntgenaufnahme zeigen circa 50% der Patienten nach 4-8 Wochen generalisierte, kleinfleckige, osteoporotische, gelenknahe Veränderungen. Die Aufnahmen sollten im Seitenvergleich durchgeführt werden, um die Sensitivität zu erhöhen. Zur Verlaufskontrolle des CRPS sind Röntgenaufnahmen oder CTs aber nicht indiziert. Eine große Verwechslungsgefahr besteht mit der Inaktivitätsosteoporose ". In den erst ab einem Jahr nach dem Unfallereignis durchgeführten Röntgenuntersuchungen des linken Fusses vom 28.02.2021, vom 18.03.2021 und vom 20.07.2021 (aktenkundig: siehe PACS-System) zeigt sich auch zunächst keine Osteoporose, sondern erstmals in der Computertomografie vom 22.06.2022 eben am ehesten geschuldet einer reinen Inaktivitätsatrophie wegen vermindertem linksseitigen Beineinsatz bei Krückengebrauch, die jedoch eben ausdrücklich kein leitliniengerecht spezifisches Diagnosekriterium für ein CRPS ist [1]. An den versicherungsmedizinisch orthopädischen Schlussfolgerungen zuletzt vom 12.06.2023 und vom 31.07.2023 sowie der versicherungsmedizinisch neurologischen Zweitmeinung kann daher unverändert festgehalten, dass die leitliniengerechten klinischen Kriterien für das allfällige Vorliegen eines CRPS nicht erfüllt sind und somit keine organische Grundlage für die chronifizierte beidseitige Benutzung von Krücken und eine überdauernde Arbeitsunfähigkeit in einem überwiegend wahr-scheinlich unfallkausalen Zusammenhang zu der Knöcheldistorsion vom 09.03.2020 gegeben ist." (n.d.r.: le sottolineature non sono della redattrice). 2.6.4. A proposito della diagnosi di CRPS (Complex regional pain syndrome) posta dalla dr.ssa med. _____, specialista FMH in medicina fisica e riabilitazione nonché medico curante dell'in-sorgente rispettivamente dalla dr.ssa _____, specialista FMH in medicina interna generale nonché medico curante del ricorrente, nei rapporti del 4 agosto 2020, del 27 aprile 2023, del 12 e del 19 ottobre 2023 e del 13 febbraio 2024 rispettivamente del 10 gennaio 2024 (cfr. doc. 50, 231, 278, 279 incarto LAINF no.1 e doc. I e doc. J di cui si è già ampiamente detto ai consid. 2.6.1, 2.6.2 e 2.6.3) - il TCA osserva quanto segue. Attentamente vagliato l'insieme della copiosa documentazione medica agli atti riassunta ai consid. 2.6.1, 2.6.2 e 2.6.3 (cfr., in particolare, i doc. 9, 36, 39, 70, 80, 84, 99, 102, 120, 130, 145, 148, 149, 150, 151, 180, 226, 243, 244 incarto LAINF no.1 e doc. 59 incarto LAINF no. 2), questa Corte ritiene che i pareri espressi il 16 novembre 2021, il 29 marzo 2022, il 20 settembre 2022, l'8 novembre 2022, il 5 giugno 2023, il

E. 31

luglio 2023 e il 1° dicembre 2023 (cfr. doc. 129, 158, 182, 205, 245, 254, 290 incarto LAINF no.1) dal dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore, rispettivamente l'11 luglio 2023 e il 21 febbraio 2024 (doc. 285 incarto LAINF no.1 e doc. VII-1) dal PD dr. med. _____, specialista FMH in neurologia - ambedue medici fiduciari dell'amministrazione, che vantano un'ampia esperienza in materia di medicina assicurativa e infortunistica e specialisti nella materia che ci occupa - siano senz'altro condivisibili. Il TCA condivide, in particolare, le approfondite, motivate e convincenti considerazioni ivi espresse. Questa Corte constata infatti che, la formulazione della diagnosi di CRPS posta dalle dr.sse med. _____ e _____ (che - giova ricordare - non sono peraltro specialiste della materia che ci occupa) non ossequia i requisiti della giurisprudenza federale riportata al consid. 2.5 (cfr., in particolare, i criteri di Budapest e il periodo di latenza). Inoltre, dalla copiosa documentazione medica agli atti riassunta al consid. 2.6.1, 2.6.2 e 2.6.3, si evince pure che nessuno degli altri numerosi specialisti (in particolare, in reumatologia, chirurgia-ortopedica, ecc.) - che hanno, peraltro, visitato pure personalmente l'assicurato, alcuni anche più volte e/o prima e/o

successivamente alle citate specialiste - hanno posto tale diagnosi, in quanto l'assicurato presentava solo parzialmente i criteri di Budapest (cfr., in particolare, dal profilo reumatologico, i rapporti del 23 ottobre 2020, 18 gennaio 2021, 17 gennaio 2022, 7 febbraio 2022 del dr. md. _____ di cui ai doc. 70, 99, 145, 151 incarto LAINF no.1; il rapporto del 10 febbraio 2021 del citato reumatologo al termine di un Day Hospital di 3 settimane alla Clinica _____ dal 18 gennaio 2021 di cui al doc. 102 incarto LAINF no.1; il rapporto di uscita del 29 ottobre 2021 della _____ di _____, dove RI 1 è stato degente dal 13 settembre al 1° ottobre 2021 di cui al doc. 120 e 130). Nel corso degli anni 2020-2023 RI 1 ha difatti presentato alcuni criteri di Budapest (ad es. il dolore continuo e disproporzionato rispetto all'evento scatenante, edema diffuso attorno alla cavaglia destra, differenza di temperatura al dorso del piede sinistro, cambiamento superficiale del colore dell'avampiede sinistro, ecc.) che però, fatta eccezione per il dolore, si sono sempre, almeno in parte, alternati, e mai sovrapposti completamente. Il TCA non ignora gli ulteriori certificati medici che figurano agli atti (cfr., in particolare, quelli citati al consid. 2.6.1, 2.6.2 e 2.6.3). Tuttavia essi non sono atti a sollevare dubbi - nemmeno lievi (cfr. STF 8C_454/2023 del 19 dicembre 2023 consid. 4.1.2.) - circa la fondatezza degli approfonditi pareri dell'11 luglio 2023 del PD dr. med. Brandt e del 1° dicembre 2023 del dr. med. _____ (doc. 285 e 290 incarto LAINF no.1) - che, giova ribadire, tengono pure debitamente conto della giurisprudenza federale in materia di CRPS riportata al consid. 2.5 - con considerazioni puntuali e convincenti, con espresso riguardo alla situazione clinica dell'assicurato, che è stata attentamente e dettagliatamente vagliata dai medici fiduciari, e l'assenza, nel caso di specie, di un numero sufficiente di criteri di Budapest adempiuti per porre la diagnosi di CRPS. In particolare, nei rapporti del 12 e del 19 ottobre 2023 (cfr. 278 e 279 incarto LAINF no.1) ha attestato di essere confrontata con gli "esiti" della citata CRPS ovvero di una diagnosi posta, come visto, nei rapporti del 4 agosto 2020 e del 27 aprile 2023 (cfr. doc. 50 e 231 incarto LAINF no.1), senza però ossequiare i requisiti della giurisprudenza federale riportata al consid. 2.5. Gli ulteriori certificati agli atti della dr.ssa _____ (cfr., in particolare, doc. 237, 238 255 e 256), inoltre si limitano ad attestare in modo stringato l'esistenza di un'incapacità lavorativa (del 100%) per un determinato periodo, senza pronunciarsi - in maniera motivata (evidentemente, la sola indicazione generica " Infortunio " non può bastare) - sull'eziologia dei disturbi riferiti dall'insorgente. Per quanto concerne poi il rapporto del 13 febbraio 2024 della dr.ssa _____ e l'articolo ivi citato e versato agli atti (doc. J e K), essi sono stati esaminati nell'approfondito parere espresso dal PD dr. med. _____ il 21 febbraio 2024 (doc. VII-1), il quale, con considerazioni puntuali e convincenti, ha confermato il suo precedente operato. In particolare il PD dr. med. _____ ha sottolineato che la diagnosi di CRPS è una diagnosi di tipo clinico che può essere formulata, secondo le linee guida, solamente se sono adempiuti tutti i 4 criteri di Budapest; ciò che non si avverava nel caso di specie. Nella medesima occasione egli ha puntualizzato che le indagini effettuate per mezzo di apparecchiature diagnostiche e di immagine radiologica possono essere considerate quali " Hilfskriterium " solamente nelle prime fasi (circa 4-8 settimane, in cui il 50% dei pazienti sviluppano dei " generalisierte, kleinfleckige, osteoporotische, gelenknahe Veränderungen ") e non sono indicate nel controllo del decorso, in quanto un " große Verwechslungsgefahr besteht mit der Inaktivitäts-osteoporose ". Lo specialista neurologo ha sottolineato che le indagini radiologiche eseguite entro il primo anno dall'infortunio - ovvero quelle del 28 febbraio, del 18 marzo e del 20 luglio 2021 - non hanno mostrato alcuna osteoporosi, che è stata rilevata per la prima volta nella CT del 22 giugno 2022, dovuta a una pura atrofia da

inattività a causa dello scarico della gamba sinistra attraverso l'utilizzo delle stampelle, che non è espressamente uno specifico criterio della linee guida per porre la diagnosi di CRPS. Il medico fiduciario ha quindi concluso che non erano adempiuti i criteri guida per la possibile presenza di una CRPS e che non era presente alcun motivo organico che giustificasse l'uso continuato e bilaterale delle stampelle rispettivamente una incapacità lavorativa duratura da ricondurre con verosimiglianza preponderante alla distorsione del 9 marzo 2020. In questo contesto giova rilevare che il dr. med. _____, già nel corso della visita del 16 novembre 2021, aveva esortato il ricorrente ad abbandonare da subito le stampelle (cfr. doc. 129 incarto no. 1 LAINF). Inoltre il medesimo specialista, nell'apprezzamento medico del 1° dicembre 2023, ha indicato che nel caso di specie un'eventuale ridotta mineralizzazione poteva essere provocata anche da un persistente scarico, visto come normalmente un edema osseo dopo un evento infortunistico guarisce entro 3-4 mesi (in rari casi si estendo oltre i 6 mesi; cfr. doc. 290 incarto no. 1 LAINF). Sempre con riferimento al citato articolo della Società Italiana dell'Osteoporosi, del Metabolismo Minerale e delle Malattie dello Scheletro, il TCA rileva che esso non è in ogni caso atto a sovvertire la consolidata giurisprudenza federale vigente in materia, riportata al consid. 2.5, secondo la quale la formulazione della diagnosi di CRPS richiede che siano adempiuti i criteri di Budapest determinati dall'Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore. Tanto più che questa giurisprudenza è stata confermata anche recentissimamente nelle già citate STF 8C_316/2023 del 6 marzo 2024, consid. 4.1 e STF 8C_628/2023 del 9 aprile 2024, consid. 3.1. In ogni caso, neppure ci si può esimere dal rilevare che nel medesimo articolo è indicato che “ La perdita di densità ossea si verifica in tempi brevi e non può quindi essere spiegata come secondaria alla sofferenza neurologica ” (doc. K, pag. 3) e che “ Nella maggior parte delle forme in cui sono presenti segni di flogosi locale l'interessamento scheletrico è precoce, con rapida demineralizzazione ossea segmentaria ” (doc. K, pag. 3) rispettivamente che la CRPS “ si manifesta tipicamente entro poche settimane da un evento scatenante ” (doc. K, pag. 6), sostanzialmente con la sintomatologia fissata nei criteri di Budapest (“ dolore, allodinia, iperalgesia, iperpatia, tumefazione, ecc. ”) (doc. K, pag. 6) e, che “ La rilevazione clinica dei sintomi e dei segni presenti in corso di SA (n.d.r.: CRPS) è lo strumento diagnostico ad oggi riconosciuto essere il più attendibile e, come tale, adottato della Letteratura sia a livello di ricerca che nella gestione clinica dei pazienti ”, anche se tale approccio non è esente da limiti (segnatamente “ l'eterogeneità delle possibili manifestazioni della malattia, le modificazioni di tali manifestazioni con il trascorrere della durata della malattia, le problematiche a rilevare tali manifestazioni in caso di interessamento non distale ”; (doc. K, pag. 8). Nel medesimo articolo è puntualizzato pure che la radiologia convenzionale “ può offrire riscontri con una latenza non inferiore alle 4 settimane dall'esordio clinico. La tipica "osteoporosi maculata" ritenuta patognomonica di SA riveste il medesimo significato diagnostico di un'osteoporosi diffusa (omogenea). Tali quadri non presentano una specificità assoluta potendo essere evidenziati anche in forme da disuso e da immobilità. ” (doc. K, pag. 8). Sempre con riferimento al rapporto del 13 febbraio 2024 della dr.ssa _____, in particolare ove indica, che “ I criteri di Budapest si potevano prendere in considerazione nelle fasi iniziali della problematica algodistrofica - ove peraltro vi sono delle fotografie del 08.02.2021 che avevo fatto in occasione della visita che rilevano: • alterazioni vasomotorie con colorito cutaneo alterato; • alterazioni motorie con ridotta escursione articolare; • alterazione della sensibilità - dolore che il paziente ancora dichiara essere presente. ” (cfr. doc. J, pag. 2), questa Corte osserva che, come visto al consid. 2.6.1,

nel medesimo periodo l'assicurato è stato più volte valutato personalmente (sia il 18 gennaio 2021 sia il 10 febbraio 2021 e, quindi, all'inizio e al termine del Day Hospital di 3 settimane presso la Clinica _____) dal dr. _____ - specialista FMH in reumatologia, che vanta pure un'ampia esperienza in materia di medicina assicurativa e infortunistica - il quale ha ribadito che il ricorrente continuava a non presentare "abbastanza criteri di Budapest per una diagnosi di una CRPS" (cfr. doc. 102 incarto LAINF no.1). Per quanto concerne l'affermazione del 5 dicembre 2023 della dr.ssa _____, secondo la quale per esprimersi in merito alla presenza o meno di una CRPS sarebbe competente il reumatologo (doc. H), il TCA rinvia alla giurisprudenza citata al consid. 2.5 dalla quale emerge che la CRPS deve essere qualificata "als neurologisch-orthopädisch-traumatologische Erkrankung indessen als organischer bzw. körperlicher Gesundheitsschaden" (cfr. pure la già citata STF 8C_628/2023 del 9 aprile 2024, consid. 3.1). Inoltre va qui sottolineato che, come visto al consid. 2.6.1, l'insorgente è stato esaminato più volte sia dal dr. _____ (reumatologo) sia dal dr. med. _____ (ortopedico-traumatologo) come pure dagli specialisti della _____ di _____ e, sulla base della documentazione agli atti, il caso è stato pure sottoposto dal PD dr. med. _____ (neurologo), che ha eseguito una valutazione sulla base dei soli atti medici ("Aktegutachten"), disponendo in concreto di sufficienti elementi risultanti da accertamenti personali di cui alla copiosa documentazione medica riassunta al consid. 2.6.1 e 2.6.2 (cfr., tra le tante, STCA 35.2018.113 del 5 marzo 2019, consid. 2.9; STCA 35.2022.12 del 16 agosto 2022, consid. 2.9; STCA 35.2022.70 del 24 aprile 2023, consid. 2.7 e rinvii giurisprudenziali ivi citati; STCA 35.2023.69 del 21 febbraio 2024, consid. 2.9). Con riferimento al certificato del 22 giugno 2023 della dr.ssa _____, questa Corte rileva ella non si è pronunciata - in maniera motivata (la sola generica indicazione "le cause sono puramente di origine traumatica" non può bastare: cfr. doc. 248 incarto LAINF no. 1) - a proposito dell'eziologia dei disturbi riferiti dal ricorrente. Invece, con riferimento al certificato medico del 10 gennaio 2024 della medesima specialista ("Il quadro che leggo sembra compatibile con la clinica e con algodistrofia, e questa demineralizzazione descritta potrebbe essere una conseguenza dell'immobilizzazione o comunque scarso appoggio/carico sul piede a sinistra. Personalmente ritengo che questi esiti siano sequele del trauma/i precedente/i.": doc. I), questa Corte rileva che la semplice possibilità non è sufficiente, essendo necessario l'abituale grado della verosimiglianza preponderante. Il TCA non ignora neppure che, prima degli infortuni in disamina, il ricorrente avrebbe goduto di una buona salute in relazione ad ambedue gli arti inferiori. Tuttavia giova qui ricordare che la regola "post hoc, ergo propter hoc" (dopo questo, dunque a causa di questo) non ha valenza scientifica. La giurisprudenza federale ha stabilito che per il solo fatto d'essere insorto dopo l'infortunio, un disturbo alla salute non può già essere ritenuto una sua conseguenza. Tale argomento è insostenibile dal profilo della medicina infortunistica e inammissibile da quello probatorio (cfr. STF 8C_725/2012 del 27 marzo 2013 consid. 7.2.2; STF 8C_355/2018 del 29 giugno 2018; STF 8C_245/2017 dell'8 agosto 2017; STF 8C_230/2017 del 22 giugno 2017; sul tema vedi pure, tra le tante, la STCA 35.2018.33 del 18 luglio 2018, consid. 2.6 e la STCA 35.2023.69 del 21 febbraio 2024, consid. 2.9 e i riferimenti ivi citati). Giova qui pure ricordare un principio ripetutamente riconosciuto dalla nostra Massima Istanza, quello secondo il quale le certificazioni del medico curante - anche se specialista (cfr. STFA U 202/01 del 7 dicembre 2001, consid. 2b/bb) - hanno un valore di prova ridotto, ciò in ragione del rapporto di fiducia che lo lega al suo paziente (cfr. STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; RAMI 2001 U 422, p. 113ss. (=

AJP 1/2002, p. 83); DTF 125 V 353 consid. 3b/cc; DTF 124 I 175 consid. 4; DTF 122 V 161; RCC 1988 p. 504; R. Spira, *La preuve en droit des assurances sociales*, in: *Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach*, Basilea 2000, p. 269s.). Il TF ha affermato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo terapeutico anziché peritale) in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (cfr. STF I 1102/06 del 31 gennaio 2008; STFA I 701/05 del 5 gennaio 2007 consid. 2). Inoltre, a tal proposito è pure utile ricordare che, nella STF 9C_532/2020 del 13 ottobre 2021 consid. 4.1, l'Alta Corte ha ribadito che: " Di principio, l'avviso dei medici curanti deve essere trattato con la necessaria prudenza a causa dei particolari legami che esse hanno con il paziente, per cui, secondo, esperienza comune, il medio curante propende generalmente, in caso di dubbio, a favore del paziente (DTF 125 V 351 consid. 3b/aa e 3b/cc)." Sulla scorta delle considerazioni che precedono il TCA non ritiene 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 il ricorrente abbia sofferto, al momento in cui l'assicuratore convenuto ha sospeso le proprie prestazioni (il 1° ottobre 2023), di una CRPS - rispettivamente di "esiti" di una pregressa CRPS - in relazione causale naturale con l'infortunio del 9 marzo 2020 al piede sinistro rispettivamente con quello del 27 febbraio 2021 alla caviglia destra. 2.6.5. Per quanto concerne la complessa sintomatologia dolorosa riferita dall'insorgente agli arti inferiori , il TCA, attentamente vagliato l'insieme della copiosa documentazione medica agli atti riassunta ai consid. 2.6.1, 2.6.2 e 2.6.3 (cfr., in particolare, i doc. 9, 36, 39, 70, 80, 84, 99, 102, 120, 130, 145, 148, 149, 150, 151, 180, 226, 243, 244 incarto LAINF no.1 e doc. 59 incarto LAINF no. 2), ritiene parimenti condivisibili i pareri espressi il 16 novembre 2021, il 29 marzo 2022, il 20 settembre 2022, l'8 novembre 2022, il 5 giugno 2023, il 31 luglio 2023 e il 1° dicembre 2023 (cfr. doc. 129, 158, 182, 205, 245, 254, 290 incarto LAINF no.1) dal dr. med. _____ rispettivamente l'11 luglio 2023 e il 21 febbraio 2024 (doc. 285 incarto LAINF no.1 e doc. VII-1) dal PD dr. med. _____. Questo Tribunale ritiene corrette le approfondite, motivate e convincenti considerazioni espresse nei citati rapporti del 1° dicembre 2023 del dr. med. _____ rispettivamente dell'11 luglio 2023 e del 21 febbraio 2024 dal dr. med. _____. di cui si è già detto ai consid. 2.6.2 e 2.6.3. Questa Corte constata in particolare che l'assicurato si è sottoposto a numerose indagini effettuate per mezzo di apparecchiature diagnostiche e di immagine radiologica (cfr., in particolare, i doc. 9, 36, 80, 84, 148, 149, 150, 180, 226, 243, 244 incarto LAINF no.1 e doc. 54 incarto LAINF no.2). Egli ha effettuato pure svariate visite mediche specialistiche (in particolare, in ambito ortopedico, reumatologico e neurologico) e si è sottoposto anche a numerose terapie (fisio, infiltrazioni, ultrasuoni, tecar, farmaci antidolorifici e antinfiammatori, bifosfonati, ecc.), inclusa una fisioterapia intensiva di 3 settimane, in Day Hospital, presso la Clinica _____ dal 18 gennaio 2021 (cfr., in particolare, i doc. 39, 70, 99, 102, 145, 151, 158, 182, 205, 245, 248, 254 e 290 incarto LAINF no.1). Inoltre, dal 13 settembre al 1° ottobre 2021 egli è stato pure degente presso la _____ di _____ (doc. 120 e 130 incarto LAINF no. 1) e dal 31 maggio al 28 luglio 2022 è stato preso a carico anche dal Centro _____ della Clinica _____ (doc. 171,174 e 179 incarto LAINF no. 1). Tutti i precitati accurati accertamenti eseguiti non hanno quindi messo in evidenza una patologia organica che potesse spiegare l'importante e diffusa sintomatologia algica da lui riferita. In simili circostanze, il TCA ritiene 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

la complessa sintomatologia algica riferita dall'assicurato - alla luce di quanto emerge dalla documentazione che è stata precedentemente riassunta - non correla con un danno infortunistico oggettivabile . In merito alla sintomatologia per la quale non è stato trovato un sufficiente correlato organico, va qui pure ricordato che sono da considerare come oggettivabili gli esiti d'accertamenti (medici) suscettibili di conferma in caso di ripetizione dell'esame, allorquando sono indipendenti dalla persona dell'esaminatore e dalle indicazioni fornite dal paziente. Per poter parlare di lesioni traumatiche oggettivabili dal punto di vista organico, i risultati ottenuti devono essere confermati da indagini effettuate per mezzo di apparecchiature diagnostiche o di immagine radiologica e i metodi utilizzati riconosciuti scientificamente (DTF 138 V 248 consid. 5.1; STF 8C_591/2018 del 29 gennaio 2020 consid. 2 e riferimenti). Il TCA non ignora che la CTM del piede-caviglia sinistra del 22 giugno 2022 ha evidenziato una " Osteoporosi del tarso " (doc. 180 incarto LAINF no.1). Tuttavia non ha motivo di discostarsi dal parere espresso il 20 settembre 2022 dal dr. med. _____, secondo il quale la " Presenza di leggeri segni degenerativi " è " normale per l'età e non in relazione con l'infortunio avuto " (doc. 182 incarto LAINF no. 1). Tanto più che, in data 22 giugno 2023 la dr.ssa med. _____, dopo avere escluso un " deficit del metabolismo fosfocalcico assetto ormonale ", ha indicato che " sul piano osseo non trovo una fragilità tale (...) che potrebbe giustificare l'attuale situazione che tra l'altro trascina da parecchi anni " (doc. 248 incarto LAINF no.1). In queste condizioni, il TCA può esimersi dal disporre ulteriori misure istruttorie, ritenendo che le circostanze giuridicamente rilevanti siano già state adeguatamente accertate. In particolare il TCA non intravede ragioni per ordinare una " perizia super-partes al di fuori dell'ambito di competenza della CO 1 " (V, pag. 3 in fine e doc. J, pag. 2 in fine). Infatti la copiosa documenta-zione agli atti è completa ed esaustiva e non necessita di ulteriori complementi (cfr. STF 9C_394/2016 del 21 novembre 2016, consid. 6.2; STCA 36.2017.31 dell'8 giugno 2017, consid. 2.12 in fine; STCA 35.2017.62 del 2 ottobre 2010, consid. 2.10 e STCA 32.2018.123 del 6 giugno 2019, consid. 2.8). Gli incarti LAINF sono stati versati con la risposta di causa (cfr. allegati a doc. III). In proposito, va ricordato che, per costante giurisprudenza, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato (valutazione anticipata delle prove), si rinuncerà ad assumere altre prove (cfr. STF 9C_632/2012 del 10 gennaio 2013; STF 9C_231/2012 del 24 agosto 2012), senza che ciò costituisca una lesione del diritto di essere sentito sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata). Vale qui in ogni caso la pena di puntualizzare che la sintomatologia algica agli arti inferiori riferita dall'assicurato, è stata approfonditamente indagata, da tutti i profili possibili. Non vi sarebbe pertanto da attendersi che ulteriori provvedimenti istruttori mettessero in luce nuovi e rilevanti elementi di valutazione. 2.7. In assenza di un sufficiente sostrato organico oggettivabile, come è il caso nella presente fattispecie sulla scorta delle considerazioni che precedono, occorre quindi effettuare, conformemente alla giurisprudenza riportata al consid. 2.3.3 e 2.3.4, un esame specifico dell'adeguatezza, secondo i criteri applicabili in caso di evoluzione psichica abnorme conseguente a infortunio (DTF 115 V 133ss.). Dalle tavole processuali si evince che RI 1 il 9 marzo 2020 " Mentre lavorava sbatteva il piede contro un carrello procurandosi dolore e successivo gonfiore ", riportando un trauma contusivo al piede sinistro rispettivamente che il 27 febbraio 2021, mentre stava scendendo le scale al proprio domicilio per andare in garage, " sono scivolato e ho picchiato con il

piede destro sul pavimento ”, riportando un trauma distorsivo della caviglia destra con frattura tipo Weber A del malleolo mediale destro (cfr. consid. 1.1. e 1.2). Ai fini del presente giudizio giova qui preliminarmente ricordare che nella classificazione dell’infortunio deve essere tenuto conto unicamente della dinamica oggettiva dell’evento e non devono essere prese in considerazione le conseguenze dell’infortunio né le circostanze concomitanti (cfr. SVR 2008 UV N.8 p.26; cfr., tra le tante, la STCA 35.2020.53 del 1° marzo 2021, consid. 2.15 e STCA 35.2022.56 del 10 ottobre 2022, consid. 2.7; cfr. pure la STF 8C_473/2022 del 20 gennaio 2023, consid. 7.1 e DTF 148 V 301, consid. 4.3.1). Nel caso di specie, secondo il TCA - ritenuto che comuni cadute e scivolate vanno considerate infortuni leggeri (DTF 115 V 139 consid. 6a; cfr. pure RAMI 1992 n. U 154 pag. 246, riguardante una caduta durante una partita di calcio) - gli infortuni di cui è rimasto vittima l’assicurato devono essere classificati nella predetta categoria degli infortuni insignificanti o leggeri (cfr. STF 8C_406/2022 del 23 marzo 2023, riguardante il caso di un assicurato scivolato dalle scale di casa, riportando la rottura della cuffia dei rotatori della spalla sinistra; STF 8C_291/2012 dell’11 giugno 2012, riguardante il caso di un assicurato caduto dalle scale, riportando una contusione alla caviglia sinistra; vedi pure STFA U 347/01 del 9 gennaio 2003 consid. 5.2, riguardante un’assicurata scivolata su fondo ghiacciato che si era procurata delle contusioni all’anca destra; cfr. pure, tra le tante, la STCA 35.2021.48 del 4 ottobre 2021, consid. 2.12). Questa Corte concorda dunque con l’amministrazione che ha negato a priori l’adeguatezza (cfr. STF 8C_140/2021 del 3 agosto 2021 consid. 4.3.4; cfr. pure STCA 35.2021.48 del 4 ottobre 2021, consid. 2.12) del nesso di causalità relativa ai disturbi non oggettivabili di cui soffre l’assicurato, visto che è stato vittima - dal lato prettamente oggettivo - di due infortuni banali o di poca gravità. Ciò vale pure per eventuali disturbi psichici di cui dovesse eventualmente soffrire il ricorrente (cfr. l’apprezzamento medico del 31 luglio 2023 del dr. med. _____, secondo il quale: “ Ho l’impressione di essere confrontati con una componente psicosomatica che non posso valutare, ma su base ortopedica non vedo più giustificato il comportamento del signor RI 1 in assenza di patologie oggettivabili ”: cfr. doc. doc. 254 incarto LAINF no. 1). Nell’apprezzamento dell’adeguatezza del nesso di causalità in materia di turbe psichiche, vanno considerati unicamente i disturbi di natura somatica che si trovano in una relazione di causalità, naturale e adeguata, con il sinistro assicurato (cfr. RAMI 1999 U 341 p. 409 e RAMI 1993 U 166, p. 94 consid. 2c e riferimenti). Sempre in questo contesto, va precisato che i disturbi che si impongono come somatici, ma che non possono però essere spiegati a sufficienza dal profilo organico, non devono essere presi in considerazione (cfr. STF 8C_1044/2010 del 12 maggio 2011 consid. 4.4.4: “ Die als körperlich imponierenden organisch jedoch nicht hinreichend erklärbaren Beschwerden sind bei einer Prüfung der Adäquanz nach BGE 115 V 133 nicht in die Beurteilung einzubeziehen (Urteil 8C_825/2008 vom 9. April 2009 E. 4.6). ”) (cfr., tra le tante, la STCA 35.2020.102 del 3 maggio 2021, consid. 3.12 e la TCA 35.2022.70 del 24 aprile 2023, consid. 2.8). Alla luce di quanto appena esposto questo Tribunale deve quindi concludere che la sintomatologia non oggettivabile riferita dall’assicurato agli arti inferiori al più tardi dopo il 1° ottobre 2023, non costituiva più una conseguenza (adeguata) degli eventi infortunistici occorsogli il 9 marzo 2020 e il 27 febbraio 2021. Facendo difetto l’adeguatezza, non è necessario approfondire la questione relativa all’esistenza del nesso di causalità naturale tra l’infortunio e il danno alla salute (cfr. SVR 1995 UV 23, p. 67 consid. 3c; STF U 17/07 del 30 ottobre 2007 consid. 3, U 606/06 del 23 ottobre 2007 consid. 4 e U 299/05 del 28 maggio 2007 consid. 5.2). Va infine segnalato che l’Alta Corte ha precisato che l’assicuratore infortuni non è tenuto a

dimostrare l'esistenza di una causa extra-infortunistica a cui imputare i disturbi accusati dall'interessato (cfr. STFA U 152/03 del 21 aprile 2005 e riferimenti ivi menzionati; cfr. STCA 35.2017.62 del 2 ottobre 2017, consid. 2.9; STCA 35.2018.130 dell'8 luglio 2019, consid. 2.12). Per questo aspetto (sintomatologia non oggettivabile, inclusi eventuali disturbi psichici) la decisione dell'CO 1 di porre fine al proprio obbligo a prestazioni dal 1° ottobre 2023 in relazione agli infortuni del 9 marzo 2020 e del 27 febbraio 2021 deve dunque di essere confermata. 2.8. Da ultimo, il TCA non ha neppure motivo per distanziarsi dall'accurata e motivata valutazione medica del 31 luglio 2023 il dr. med. _____, secondo il quale RI 1 presenta "una piena abilità lavorativa per il suo precedente lavoro come specialista CNC dal 01.07.2023. La sua attività non necessita un carico aumentato e deve solo spostarsi per programmare una macchina CNC, quindi un lavoro non pesante. In questo ambito un rientro è completamente giustificato senza limiti funzionali. (...). Si ricorda che le sole conseguenze infortunistiche sono guarite già l'anno scorso ." (cfr. doc. 254 incarto LAINF no. 1 di cui si è già detto al consid. 2.6.2). Il TCA non ignora i certificati medici agli atti in cui la dr.ssa Carnevale ha attestato - invero in modo stringato - un'incapacità lavorativa del 100%, in particolare dall'11 maggio 2022 al 30 settembre 2023 (cfr., in particolare, doc. 237, 238 255 e 256) rispettivamente il rapporto del 19 ottobre 2023 nel quale ella ha attestato, a quel momento, un'inabilità del 60% per le persistenti problematiche deambulatorie del ricorrente e la conseguente necessità di uso delle due stampelle (doc. 278 incarto LAINF no. 1). Tuttavia essi non consentono di giungere ad una differente conclusione, dal momento che tengono conto della complessa sintomatologia dolorosa riferita dall'insorgente agli arti inferiori che, come visto al consid. 2.7, al più tardi dopo il 1° ottobre 2023, non costituiva più una conseguenza (adeguata) degli eventi infortunistici del 9 marzo 2020 e del 27 febbraio 2021. Pertanto, anche per questo aspetto (capacità lavorativa piena nell'attività abituale, al più tardi, dal 1° ottobre 2023), la decisione avversata merita di essere confermata. Da ultimo neppure ci si può esimere dal sottolineare che l'CO 1 ha riconosciuto il proprio obbligo a prestazioni sino al 30 settembre 2023, dunque per oltre 3 anni e 1/2 dal primo infortunio e per oltre 2 anni e 7 mesi dal secondo infortunio. 2.9. Sulla scorta delle considerazioni che precedono la decisione su opposizione contestata, mediante la quale l'CO 1 ha dichiarato estinto dal 1° ottobre 2023 il diritto alle prestazioni dipendenti dagli infortuni del 9 marzo 2020 e del 27 febbraio 2021, deve essere confermata. 2.10. 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. fbis 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).

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