

# TI\_GERICHTE 35.2024.85 vom 16. Dezember 2024

TI Tribunale d'appello, 2024-12-16, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_35.2024.85](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2024.85)

FR: TI\_GERICHTE 35.2024.85 du 16 décembre 2024

IT: TI\_GERICHTE 35.2024.85 del 16 dicembre 2024

## Erwägungen

### E. 25

aprile 2018), questa Corte rileva che decide la presente vertenza nella sua composizione ordinaria (pubblicata su FUCT N. 94 del 16 maggio 2024). Con scritto del 18 ottobre 2018 l'CO 1 ha infatti comunicato al TCA che, a partire da quella data, gli incarti affidati dall'assicuratore a un legale esterno all'istituto per le fasi della procedura giudiziaria non vengono gestiti, in seno alla Direzione, dalla giurista di lingua italiana figlia del Giudice Ivano Ranzanici (cfr. STF 8C\_668/2021 del 18 febbraio 2022 consid. 2.1). nel merito 2.2. In concreto, litigiosa è in ultima analisi la questione di sapere se l'CO 1 era legittimato a dichiarare estinto dal 9 aprile 2021 il proprio obbligo a prestazioni dipendente dall'evento infortunistico occorso in data 27 novembre 2019, oppure no. - Con la decisione su opposizione impugnata l'assicuratore convenuto sostiene che la SDRC è da imputare all'intervento di neurolisi praticato nell'aprile 2021 e che il danno alla salute trattato con l'operazione appena menzionata non si trovava in una relazione di causalità naturale con l'infortunio assicurato. Stante quanto precede, il TCA è innanzitutto chiamato a stabilire se la SDRC ha costituito, oppure no, una conseguenza naturale del sinistro del 27 novembre 2019. 2.3. Secondo l'art. 6 cpv. 1 LAINF, per quanto non previsto altrimenti dalla legge, le prestazioni assicurative sono effettuate in caso d'infortuni professionali, d'infortuni non professionali e di malattie professionali. 2.4. Il diritto alle prestazioni risultante da un infortunio assicurato presuppone l'esistenza di un nesso di causalità naturale tra l'evento dannoso e il danno alla salute. Questa condizione è adempiuta qualora si possa ammettere che, senza l'evento infortunistico, il danno alla salute non si sarebbe potuto verificare o non si sarebbe verificato nello stesso modo. Non occorre, invece, che l'infortunio sia stato la sola o immediata causa del danno alla salute; è sufficiente che l'evento, se del caso unitamente ad altri fattori, abbia comunque provocato un danno all'integrità corporale o psichica dell'assicurato, vale a dire che l'evento appaia come una *conditio sine qua non* del danno. È questione di fatto lo stabilire se tra evento infortunistico e danno alla salute esista un nesso di causalità naturale; su detta questione amministrazione e giudice si determinano secondo il principio della probabilità preponderante - insufficiente essendo l'esistenza di pura possibilità - applicabile generalmente nell'ambito dell'apprezzamento delle prove in materia di assicurazioni sociali (DTF 142 V 435 consid. 1; 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3). Se un infortunio ha semplicemente scatenato un processo che sarebbe comunque insorto anche senza questo evento, il nesso di causalità naturale tra i disturbi accusati dall'assicurato e l'infortunio deve essere negato se lo stato morboso preesistente è ritornato ad essere quello che era prima dell'infortunio ( *status quo ante* ) oppure se ha raggiunto lo stadio che sarebbe prima o poi subentrato anche senza l'infortunio ( *status quo sine* ) (RAMI 1992 U 142 p. 75 consid. 4b; A. Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, p. 469; U. Meyer-Blaser, Die Zusammenarbeit von Richter und Arzt in der Sozialversicherung, in Bollettino dei medici svizzeri 71/1990, p. 1093). 2.5. Il

diritto a prestazioni assicurative presuppone pure l'esistenza di un nesso di causalità adeguata tra l'evento dannoso e il danno alla salute. Un evento è da ritenere causa adeguata di un determinato effetto quando, secondo il corso ordinario delle cose e l'esperienza della vita, il fatto assicurato è idoneo a provocare un effetto come quello che si è prodotto, sicché il suo verificarsi appaia in linea generale propiziato dall'evento in questione (DTF 129 V 181 consid. 3.2 e 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a, DTF 117 V 361 consid. 5a e 382 consid. 4a e sentenze citate). Comunque, qualora sia carente il nesso di causalità naturale, l'assicuratore può rifiutare di erogare le prestazioni senza dover esaminare il requisito della causalità adeguata (DTF 117 V 361 consid. 5a e 382 consid. 4a; su queste questioni vedi pure: Ghélew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents, Losanna 1992, p. 51-53). La giurisprudenza ha inoltre stabilito che in caso di danno alla salute fisica, dal momento in cui è accertata la causalità naturale il nesso di causalità è generalmente ammesso (DTF 127 V 102 consid. 5 b/bb, 118 V 286 e 117 V 365 in fine; Meyer-Blaser, Kausalitätsfragen aus dem Gebiet des Sozialversicherungs-rechts, in: SZS 2/1994, p. 104s; M. Frésard, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], n. 39).

2.6. La “SDRC” è un termine generico utilizzato per definire dei quadri patologici che interessano le estremità. Essa si sviluppa dopo un evento lesivo e comporta per l'interessato dolori persistenti con disturbi del sistema nervoso vegetativo, della sensibilità e della motricità. La SDRC di tipo I (in passato: sindrome di Sudeck o distrofia simpatica riflessa) è una patologia delle estremità che insorge senza l'individuazione di una lesione nervosa, dopo traumi relativamente leggeri senza relazione con il territorio d'innervazione di un nervo. Essa viene suddivisa in tre stadi: I: stadio infiammatorio; II: distrofia; III: atrofia (irreversibile). La SDRC di tipo II (in passato: causalgia) è caratterizzata da dolori brucianti e da disturbi del sistema nervoso vegetativo, quale conseguenza di una lesione nervosa periferica. Segni clinici, rispettivamente sintomi di una SDRC sono gravi dolori brucianti localizzabili (ad esempio, allodinia, iperalgesia) in combinazione con disturbi sensitivi, motori e autonomi (ad esempio, edema, disturbi della sudorazione, eventualmente disturbo trofico della cute, alterazioni delle unghie, accresciuto locale sviluppo dei peli). Nel prosieguo, può intervenire riassorbimento osseo (demineralizzazione), anchilosi e perdita funzionale. La SDRC è una patologia neuro-, orto-, traumatologica e costituisce un danno alla salute organico, rispettivamente somatico (cfr. STF 8C\_234/2023 del 12 dicembre 2023 consid. 3.2; 8C\_177/2016 del 22 giugno 2016 consid. 4.1.2 e riferimenti). Nel mondo scientifico esiste un vasto consenso secondo il quale i «criteri di Budapest» devono essere considerati lo standard attuale per porre la diagnosi di CRPS (cfr. la monografia di Jänig/Schaumann/Vogt (ed.), SDRC - Syndrome douloureux régional complexe, Suva 2013, p. 64). In base ai criteri di Budapest, la diagnosi di SDRC richiede che siano adempiuti i seguenti elementi caratteristici: 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. Quelli appena elencati sono dei criteri esclusivamente clinici che lasciano poco spazio agli esami radiologici (radiografia, scintigrafia, RMN). L'utilizzo della diagnostica per immagini è oggetto di una controversia in ambito medico ma gioca un ruolo segnatamente nella ricerca di diagnosi differenziali oppure laddove i segni clinici sono discreti o incompleti, nonché per talune forme atipiche. In pratica, se i criteri da 1 a 3 sono realizzati e se il criterio 4 è rispettato, si deve concludere che il paziente soffre di una SDRC; il valore predittivo positivo è comunque soltanto del 76%. Se i criteri sono parzialmente adempiuti, occorre formulare una diagnosi differenziale e rivalutare il paziente. Se i criteri non sono soddisfatti, la probabilità che il paziente soffra di una SDRC è quasi nulla (cfr. STF 8C\_71/2024 del 30 agosto 2024 consid. 4 e riferimenti ivi citati). 2.7. Nella concreta evenienza, il TCA constata che la diagnosi di SDRC è stata posta, per la prima volta, dagli specialisti della Clinica \_\_\_\_\_, a margine del consulto del 3 novembre 2021. In quell'occasione, i dottori \_\_\_\_\_, Capoclinica e \_\_\_\_\_, Primario della chirurgia del piede, avevano refertato un diffuso dolore alla palpazione di tutto il piede sinistro, come pure della regione distale della gamba, una sensibilità fortemente ridotta a partire dal ginocchio sinistro fino a distale, se confrontata a quella delle estremità superiori, una temperatura del piede sinistro leggermente diminuita rispetto a quello di destra, nonché una mobilità fortemente ridotta a livello della caviglia e di tutte le dita. Secondo gli specialisti zurighesi, al momento della consultazione, i criteri di Budapest erano totalmente adempiuti. Pertanto, a loro avviso, la ricorrente soffriva di una SDRC, sebbene la scintigrafia eseguita nel frattempo non avesse evidenziato alcun elemento a favore di un'algodistrofia (doc. 73, p. 2: "Die Budapest-Kriterien für ein CRPS sind in der heutigen Sprechstunde komplett erfüllt. Obwohl die Szintigrafie kein Hinweis einer Algodystrophie zeigt, denken wir, dass die Patientin an einem CRPS leidet. "). L'insorgenza di una SDRC è stata ammessa anche dal dott. \_\_\_\_\_, sostituto Primario di reumatologia presso la Clinica \_\_\_\_\_, in occasione della consultazione del 12 maggio 2022 (doc. 78, p. 3: "Die Patientin leidet an chronischen linksseitigen Fusschmerzen bei St. n. Kontusion am 27.11.2019. Aufgrund der in der Frühphase aufgetretenen dysproportionalen Schmerzen und stärksten Schwellung zusammen mit den vasomotorischen und motorischen Veränderungen ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einem CRPS, resp. einem CRPS in partieller Remission auszugehen. "), come pure dalla PD dott.ssa \_\_\_\_\_, Caposervizio presso il \_\_\_\_\_ (cfr. referto del 21 febbraio 2023 - doc. 95, p. 4: "Confermo trattarsi di una sindrome di CRPS type 1 secondo i criteri diagnostici di Budapest. "). Del resto, la diagnosi di SDRC è come tale stata accettata dall'amministrazione, rispettivamente dal suo medico fiduciario, PD dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in neurologia (doc. 116, p. 6: "(...) gibt es überwiegend wahrscheinlich positive Hinweise auf ein CRPS innerhalb der ersten Monate mit Diagnosestellung verzögert aktenkundig erstmals im Bericht vom 09.11.2021, bestätigt im rheumatologischen Bericht vom 12.05.2022. "). In conclusione, considerata la convergenza dei pareri specialistici agli atti, va ritenuto dimostrato, con un sufficiente grado di verosimiglianza, che l'assicurata soffre di una SDRC di tipo 1. 2.8. Vista la conclusione alla quale è pervenuto al precedente considerando, il TCA deve ora esaminare se la diagnosticata patologia costituisce una conseguenza naturale dell'evento infortunistico occorso nel novembre 2019 oppure, come lo sostiene l'assicuratore resistente, dell'intervento chirurgico del 21 aprile 2021. Secondo la giurisprudenza federale, per

ammettere l'esistenza di una SDRC in nesso causale naturale con un infortunio, è necessario che tre condizioni siano cumulativamente adempiute: la prova di una lesione organica dopo un infortunio (ad esempio, un ematoma o una tumefazione) oppure l'apparizione di un'algodistrofia a seguito di un'operazione resa necessaria dall'infortunio, l'assenza di un altro fattore causale di natura extra-traumatica e un corto periodo di latenza tra l'infortunio e l'apparizione dell'algodistrofia (al massimo 6-8 settimane). Il periodo di latenza di 6-8 settimane costituisce soltanto un valore empirico e non fa l'unanimità in ambito medico. Pertanto, sul piano giuridico, non è possibile stabilire una regola assoluta riguardante il termine entro il quale i sintomi della SDRC dovrebbero manifestarsi. Il TF ha del resto precisato che non è necessario che una SDRC sia stata diagnosticata nelle 6-8 settimane dopo l'incidente per ammettere il suo carattere causale con quell'evento. È per contro decisivo che, in base ai reperti medici refertati al momento determinante, la persona interessata abbia presentato, almeno in parte, dei sintomi tipici della CRPS entro il tempo di latenza di 6-8 settimane (cfr. STF 8C\_71/2024 succitata consid. 4 e i riferimenti ivi menzionati). In concreto, come è già stato indicato, l'amministrazione fa valere che la SDRC non costituirebbe una conseguenza naturale dell'infortunio assicurato ma sarebbe invece da imputare all'intervento chirurgico praticato dal dott. \_\_\_\_\_ nel mese di aprile 2021 (cfr. doc. 134, p. 7). Tale tesi risulta fondata sulla valutazione del dott. \_\_\_\_\_, contenuta nel suo apprezzamento del 17 giugno 2024. In quell'occasione, il fiduciario ha in effetti rilevato che è soltanto dopo l'intervento al piede sinistro del 21 aprile 2021 che è insorta, nel giro di più settimane/mesi, una sintomatologia compatibile con una SDRC. Ciò trova esplicita conferma nella certificazione 7 dicembre 2022 della dott.ssa \_\_\_\_\_. La sospetta presenza di una SDRC al piede sinistro è stata documentata per la prima volta il 9 novembre 2021, dunque con un intervallo di tempo troppo lungo per rapporto all'evento infortunistico del 27 novembre 2019 ma con un intervallo ancora plausibile rispetto all'intervento di neurolisi del 21 aprile 2021. Gli ulteriori referti della chirurgia del piede della \_\_\_\_\_ fanno apparire probabile una SDRC a seguito di quell'operazione con un dolore diffuso dell'intera gamba, in particolare però con segni di un disturbo funzionale autonomo nel senso di una positività dei criteri di Budapest. Ciò però non in nesso di causalità naturale con un iniziale trauma contusivo bagatellare interessante il piede e le ginocchia con possibile distorsione della caviglia senza sviluppo diretto di una SDRC entro i primi due mesi (cfr. doc. 116, p. 5 s.; del medesimo autore si veda pure l'apprezzamento 17 settembre 2024, agli atti sub doc. 133). Con la propria impugnativa, l'avv. RA 1 segnala che dai referti medici agli atti emergerebbe che l'assicurata ha presentato un "rigonfiamento locale", un "surriscaldamento" e una "colorazione dell'arto inferiore". Egli precisa inoltre che la sua patrocinata, a seguito della contusione del tallone contro il gradino della scala, ha avvertito una "forte fitta e forte dolore che è persistito per alcuni giorni, riacutizzandosi poco dopo in maniera molto importante, con il piede gonfio e dolorante al punto tale da impedire la deambulazione" (cfr. doc. I). Chiamato a pronunciarsi a proposito dell'aspetto eziologico, questo Tribunale ritiene di poter fare capo al parere del PD \_\_\_\_\_, secondo il quale non è dimostrata, con il grado della verosimiglianza preponderante, l'esistenza di una relazione di causalità naturale tra la SDRC e l'infortunio del 27 novembre 2019. Dalla (restante) documentazione medica non emerge in effetti con una sufficiente chiarezza che entro le 6-8 settimane successive all'evento traumatico in discussione, l'insorgente abbia presentato almeno parte della tipica sintomatologia della SDRC. Innanzitutto, è utile segnalare che la costante giurisprudenza federale non esige che la persona assicurata venga visitata personalmente affinché si possa ammettere il valore

probatorio di un referto medico, purché l'incarto su cui si fonda tale documento contenga sufficienti apprezzamenti medici elaborati in base a un esame concreto (cfr. STF 8C\_469/2020 del 26 maggio 2021 consid. 3.2 e i riferimenti ivi menzionati). Di norma, una valutazione sulla base dei soli atti medici (" Aktegutachten ") è difatti possibile se il medico SMR (e, quindi, anche il medico fiduciario) dispone, come in concreto, di sufficienti elementi risultanti da altri accertamenti eseguiti in presenza (cfr., tra le tante, STCA 35.2018.113 del 5 marzo 2019 consid. 2.9.; 35.2022.12 del 16 agosto 2022 consid. 2.9.; 35.2022.70 del 24 aprile 2023 consid. 2.7. e rinvii giurisprudenziali ivi citati). D'altro canto, il TCA constata che la documentazione medica a disposizione riferita al periodo determinante (6–8 settimane dopo il trauma del 27 novembre 2019) è assai scarsa. Agli atti figura infatti il rapporto 27 gennaio 2020 del dott. \_\_\_\_\_, Caposervizio presso l'Ambulatorio di chirurgia dell'Ospedale \_\_\_\_\_, dal quale si evince che, a quel momento, l'insorgente denunciava dolore al carico del piede sinistro e faticava a rimanere in punta di piedi. All'esame clinico, lo specialista aveva refertato dolori nella regione plantare posteriore, provocabili dalla palpazione della fascia plantare del piede vicino al calcagno e sul versante laterale, inquadrati finalmente nella diagnosi di fascite plantare. Egli non aveva in particolare riscontrato né gonfiore né variazione della colorazione della pelle né temperatura asimmetrica né ancora disturbi della sensibilità (cfr. doc. 7). A margine della consultazione del 12 marzo 2020, il dott. \_\_\_\_\_, Caposervizio presso l'Ambulatorio di chirurgia della mano e del piede dell'Ospedale \_\_\_\_\_, ha dichiarato che la ricorrente lamentata "... un dolore plantare che è la conseguenza di una aponevrosite plantare sul piede sinistro; ha anche un tendine d'Achille un po' breve da questa parte e la TAC, come anche la radiografia ha trovato uno sperone sul calcagno" e ha prescritto l'esecuzione di fisioterapia con soprattutto stretching. Anche in questo caso, lo specialista privatamente interpellato dall'assicurata non ha oggettivato alcun segno clinico tipico di una SDRC (doc. 9). Vi è poi la certificazione 23 luglio 2024 del dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in medicina interna, il quale ha riferito di aver visitato la ricorrente il 2 dicembre 2019 e di aver praticato delle onde d'urto il 12 e il 20 dicembre 2019. Egli ha altresì precisato che, a seguito dell'urto, la paziente aveva presentato un ematoma e un forte dolore, nei giorni successivi pure un gonfiore del piede (doc. 128). Dalla documentazione appena esposta emerge che, nel periodo determinante successivo al noto trauma contusivo del tallone, RI 1 ha presentato in sostanza un dolore circoscritto alla regione plantare posteriore e un gonfiore del piede sinistro, quest'ultimo passeggero in quanto non più osservato né in gennaio né in marzo 2020. Gli specialisti consultati avevano inquadrato la sintomatologia nella diagnosi di fascite (o aponevrosite) plantare in presenza di uno sperone osseo calcaneare alla TAC del 31 gennaio 2020 (doc. 21). Tutto ciò non consente a questo Tribunale di ritenere dimostrato che l'assicurata abbia presentato, anche soltanto parzialmente, la tipica sintomatologia di una SDRC entro le 6-8 settimane dall'evento infortunistico (per un caso in cui il TF non ha parimenti ritenuto dimostrata l'insorgenza dei sintomi tipici di una SDRC entro il tempo di latenza tollerato, si veda la STF 8C\_515/2021 del 4 novembre 2021 consid. 6.1, riguardante un assicurato, vittima nel maggio 2014 di una caduta con frattura del piede sinistro, che nel luglio 2014, tolto il gesso, lamentava un dolore alla pressione, una mobilità fortemente limitata con una sensibilità intatta). Dalle carte processuali si evince inoltre che a seguito dell'intervento chirurgico del 21 aprile 2021, l'insorgente ha denunciato un aggravamento dello stato del piede sinistro, da imputare, (anche) secondo il neurologo fiduciario dell'CO 1, a una SDRC. A margine della visita 21 luglio 2021 presso il PD dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia ortopedica e

della mano, l'assicurata ha riferito un dolore maggiore rispetto a quello esistente prima dell'operazione appena menzionata, a cui si era aggiunto un "dolore nuovo sul versante esterno, in particolare all'inserzione del V metatarsale" (doc. 68). In occasione della consultazione 3 novembre 2021 presso la \_\_\_\_\_ (doc. 73), la ricorrente stessa ha dichiarato che l'intervento aveva peggiorato i disturbi pre-operatori. Ella ha riferito di lamentare dolori persistenti a tutto il piede sinistro, una colorazione rosa-rossa di tutto il piede, una diffusa iposensibilità, una differenza di temperatura e, in parte, anche una sensazione di bruciore (" Sie berichtet, dass sich die präoperativen Beschwerden durch die Intervention verschlechterten. Zudem klagt sie über persistierende Schmerzen im gesamten Fussbereich, über eine rosarote Verfärbung des gesamten Fusses, eine diffuse Hyposensibilität und eine Temperaturdifferenz. Teils bestehe ein brennendes Gefühl am gesamten Fuss. "). All'esame clinico, gli specialisti zurighesi avevano poi oggettivato, come già detto in precedenza, un diffuso dolore alla palpazione di tutto il piede sinistro, come pure della regione distale della gamba, una sensibilità fortemente ridotta a partire dal ginocchio sinistro fino a distale, una temperatura del piede sinistro leggermente diminuita rispetto a quello di destra, nonché una mobilità fortemente ridotta a livello della caviglia e di tutte le dita (" Diffuse Druckdolenzen bei der Palpation sowohl des gesamten linken Fusses, als auch im Bereich des distalen Unterschenkels. Die Sensibilität ab dem Knie nach distal links ist im Vergleich zur oberen Extremitäten stark reduziert. Es ist eine Allodynie zu sehen. Die Temperatur am linken Fuss ist im Seitenvergleich leicht reduziert. Die Beweglichkeit des OSG sowie im Bereich aller MP-Gelenke ist im Seitenvergleich stark reduziert. "). I dottori \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ hanno peraltro sottolineato il fatto che non era chiaro se i disturbi riferiti fossero insorti dopo l'infortunio o soltanto dopo l'intervento (" In der heutigen Sprechstunde ist unklar, ob diese Beschwerden nach dem Unfall oder postoperativ aufgetreten sind. "). A quest'ultimo riguardo, questa Corte rileva che, in base alla documentazione dell'epoca, i disturbi in discussione non sono in ogni caso insorti nell'intervallo di tempo tollerato dalla giurisprudenza federale, così come è stato precedentemente dimostrato. Del resto, la stessa dott.ssa \_\_\_\_\_, con un successivo rapporto datato 7 dicembre 2022, ha dichiarato che la ricorrente ha sviluppato una SDRC dopo l'intervento di neurolisi dell'aprile 2021 (doc. 81, p. 4: " Nach dieser Intervention entwickelte Frau RI 1 ein CRPS. "). Il TCA non ignora che, a margine della consultazione del 12 maggio 2022, il dott. \_\_\_\_\_ della Clinica \_\_\_\_\_ ha indicato che nella fase iniziale l'assicurata ha denunciato dolori sproporzionati e un forte gonfiore, unitamente ad alterazioni vasomotorie e motorie (cfr. doc. 78, p. 2: " Aufgrund der in der Frühphase aufgetretenen dysproportionalen Schmerzen und stärksten Schwellung zusammen mit den vasomotorischen und motorischen Veränderungen ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einem CRPS, resp. einem CRPS in partieller Remission auszugehen. "). Tuttavia, se con " Frühphase " egli intende quella successiva all'infortunio, le sue indicazioni non trovano conferma nei documenti medici dell'epoca, da considerare decisivi secondo la giurisprudenza federale. Sulla scorta di tutto quanto precede, la decisione su opposizione impugnata può essere confermata nella misura in cui l'assicuratore resistente ha ritenuto che la SDRC di cui soffre l'insorgente è stata causata dall'intervento chirurgico del 21 aprile 2021 (e non direttamente dall'infortunio del 27 novembre 2019). Sull'aspetto appena discusso, ci si può peraltro esimere dal disporre ulteriori misure istruttorie (in particolare la perizia pluridisciplinare richiesta dall'avv. RA 1) visto che esse non fornirebbero verosimilmente nuovi e rilevanti elementi di valutazione. In proposito, va ricordato che, per costante giurisprudenza, quando l'istruttoria da effettuare

d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato ( valutazione anticipata delle prove ), si rinuncerà ad assumere altre prove, senza che ciò costituisca una lesione del diritto di essere sentito sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (cfr. DTF 144 V 361 consid. 6.5; STF 8C\_739/2020 del 17 febbraio 2021 consid. 5.4). 2.9. A questo punto, il TCA deve ancora esaminare se l'operazione di neurolisi al piede sinistro si sia resa necessaria per la cura delle conseguenze dell'evento assicurato (nel qual caso, l'amministrazione sarebbe chiamata a rispondere anche della SDRG in virtù dell'art. 6 cpv. 3 LAINF) oppure, come lo sostiene l'CO 1, se quell'intervento non rispondeva in realtà ad alcuna indicazione di natura infortunistica. Con comunicazione del 15 giugno 2021, l'assicuratore convenuto ha dichiarato che i disturbi oggetto dell'intervento eseguito dal dott. \_\_\_\_\_ non erano imputabili all'infortunio assicurato, avendo la ricorrente raggiunto lo status quo sine al più tardi 6 mesi dopo quel sinistro (doc. 43). Dalle tavole processuali emerge che, con nota del 26 aprile 2021, il dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia, ha risposto negativamente (" No ") alla domanda se l'infortunio del novembre 2019 avesse causato con probabilità preponderante lesioni strutturali oggettivamente, rispettivamente a quella se la lesione oggetto dell'intervento chirurgico fosse da ricondurre con probabilità preponderante a quel medesimo evento. Il medico \_\_\_\_\_ ha inoltre precisato che lo status quo sine era stato raggiunto a distanza di 6 mesi (cfr. doc. 31). Risulta inoltre che, prima di procedere all'emanazione della decisione formale del 20 giugno 2024, l'amministrazione ha interpellato il PD dott. \_\_\_\_\_. Con apprezzamento del 17 giugno 2024 (doc. 116, p. 5), il neurologo di fiducia dell'CO 1 ha in primo luogo negato che vi fosse un'indicazione medica a sottoporre l'assicurata all'intervento di neurolisi e decompressione del nervo di Baxter, tenuto conto degli esiti degli esami elettrofisiologici praticati dal dott. \_\_\_\_\_, risultati senza particolarità (" Eine einschlägige neurologische Untersuchung mit Befundbericht von Dr. \_\_\_\_\_ vom 07.01.2021 und somit etwa sechs Wochen nach dem Unfallereignis, ergab jedoch einen neurologischen Normalbefund ohne äusserliche Auffälligkeiten. Auch die einschlägige Elektrophysiologie des Nervus peroneus communis und des Nervus tibialis einschliesslich Nn. Plantaris-Äste linksseitig ergab keine Pathologie im Fussbereich, sodass Dr. \_\_\_\_\_ nicht von einer neurologischen Beschwerdesymptomatik ausging und insbesondere ein Tarsaltunnelsyndrom ausschloss (Bericht vom 07.01.2021). Demzufolge wurde versicherungsmedizinisch-orthopädisch auch nachvollziehbar keine Indikation für eine Neurolyse bestätigt (Bericht vom 09.04.2021). "). D'altra parte, il dott. \_\_\_\_\_ ha pure sostenuto che il meccanismo stesso dell'infortunio - caduta in avanti con primario urto del ginocchio sinistro - non sarebbe stato idoneo a causare una lesione strutturale del piede, di modo che con l'operazione in discussione non sarebbe stato in realtà trattato un danno alla salute infortunistico. Inoltre, una sindrome del tunnel tarsale può avere una genesi traumatica soltanto in rari casi, in presenza di fratture del piede. Molto più spesso si tratta di una sindrome da compressione nervosa, ad esempio indossando delle scarpe troppo strette (" Eine Strukturelle Fussverletzung ist auch bei primärem Knieanpralltrauma links wie ausgewiesen in der Unfallmeldung vom 19.12.2019 eher unwahrscheinlich bereits vom Unfallmechanismus des Sturzes nach vorne her. Somit ist auch ein Eingriff mit Neurolyse am linken Fuss bereits primär im überwiegend wahrscheinlich nicht unfallkausalem Rahmen vorgenommen worden, abgesehen von einer neurologisch nicht nachvollziehbaren Indikation bei unauffälliger neurologischer und

neurophysiologischer Untersuchung ohne Hinweis auf ein Tarsaltunnelsyndrom linksseitig, wie bereits zuvor dokumentiert im Bericht vom 07.01.2021. Zusätzlich wird einschlägig darauf hingewiesen, dass ein Tarsaltunnelsyndrom per se nur in seltensten Fällen mit Nachweis von Frakturen im Fussbereich traumatischer Ursache sein kann, sehr viel häufiger handelt es sich jedoch um ein Nervenengpasssyndrom z.B. beim Tragen enger Schuhe (...).” (dello stesso autore, si veda pure l’apprrezzamento 17 settembre 2024 agli atti sub doc. 133). I pareri espressi dai medici fiduciari sono stati fatti propri dall’istituto assicuratore, il quale li ha posti alla base della decisione formale e di quella su opposizione. Chiamato ora a pronunciarsi, attentamente vagliato l’insieme della documentazione a sua disposizione, questo Tribunale non ritiene di poter confermare la decisione impugnata, nella misura in cui l’CO 1 ha sostenuto che l’operazione dell’aprile 2021 non si è resa necessaria per la cura di un danno alla salute causato dall’evento infortunistico assicurato. Preliminarmente, va rilevato che, non essendo la decisione su opposizione del 19 settembre 2024 fondata su una perizia esterna disposta conformemente alla procedura prevista dall’art. 44 LPGA, può trovare applicazione la giurisprudenza di cui alla DTF 135 V 465, secondo la quale dei lievi dubbi circa l’affidabilità di un rapporto medico bastano per potersene discostare. In questo senso, al parere del dott. \_\_\_\_\_, contenuto nella nota del

## **E. 26**

aprile 2021 (doc. 31), non può essere riconosciuto valore probatorio, in quanto apodittico e privo di qualsiasi motivazione (il medico fiduciario si è in effetti limitato a rispondere “no” alle prime due domande e a dichiarare raggiunto lo status quo sine trascorsi 6 mesi). Per quanto concerne la valutazione del neurologo di fiducia, il TCA ritiene in primo luogo di non poterla seguire laddove si pretende che il noto infortunio avrebbe interessato primariamente il ginocchio sinistro e non il piede omolaterale. In effetti, già dall’annuncio d’infortunio si evince che la ricorrente ha innanzitutto battuto il tallone del piede sinistro contro lo spigolo di un gradino e, solo successivamente, è caduta in avanti. Non può neppure essere ignorato che sin da subito i disturbi hanno riguardato l’estremità inferiore sinistra, in particolare la regione posteriore, sede di un ematoma e d’intensi dolori (cfr., in questo senso, il doc. 128). Nella documentazione a disposizione non si fa per contro alcun accenno a eventuali problemi alle ginocchia. Il parere del dott. \_\_\_\_\_ non convince pienamente nemmeno nella misura in cui egli nega che, in concreto, l’insorgente sarebbe stata effettivamente portatrice di una sofferenza del tunnel tarsale. In proposito, con riferimento alle risultanze delle indagini elettrofisiologiche esperite dal dott. \_\_\_\_\_ nel corso del mese di gennaio 2021, va rilevato, da una parte, che dal referto 21 gennaio 2021 del dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia, emerge che il neurologo appena citato non aveva in realtà effettuato alcun “esame specifico per il nervo Baxter o calcaneare, consci che i rami calcaneari sensitivi non sono testabili” (doc. 58, p. 2) e, dall’altra, che l’infiltrazione con Lidocaina sotto controllo ecografico del ramo di Baxter eseguita il 9 febbraio 2021 dal dott. \_\_\_\_\_, aveva comportato una completa sparizione dei disturbi, tanto da indurre il dott. \_\_\_\_\_ a chiedere al PD \_\_\_\_\_ una rivalutazione della situazione “nell’ottica di una neurolisi soprattutto dei rami plantari e del nervo di Baxter” (doc. 55, p. 2). A margine della consultazione del 9 marzo 2021, il dott. \_\_\_\_\_ aveva quindi posto l’indicazione a una revisione del tunnel tarsale e decompressione in particolare del nervo di Baxter, specificando che “la clinica è tipica e il test alla Lidocaina è positivo” (doc. 27). Tutto ben considerato, sulla scorta di quanto precede, questa Corte ritiene dunque che la questione riguardante l’esistenza di un nesso di

causalità naturale tra l'infortunio e i disturbi oggetto dell'intervento chirurgico dell'aprile 2021, non possa essere decisa, con la necessaria tranquillità, senza preliminarmente procedere a un complemento istruttorio di natura medica. 2.10. In una sentenza di principio 9C\_243/2010 del 28 giugno 2011, pubblicata in DTF 137 V 210, il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche rivolte alla giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; art. 72bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione. In quella pronuncia, l'Alta Corte ha pure precisato in quali casi il Tribunale cantonale deve allestire direttamente una perizia giudiziaria e in quali altri può rinviare gli atti all'assicuratore per un complemento istruttorio. Il TF ha, al riguardo, sviluppato le seguenti considerazioni: " (...). 4.4.1.1 Ist das Gutachten einer versicherungsinternen oder -externen Stelle nicht schlüssig und kann die offene Tatfrage nicht anhand anderer Beweismittel geklärt werden, so stellt sich das Problem, inwieweit die mit der Streitsache befasste Beschwerdeinstanz noch die Wahl haben soll zwischen einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung, damit diese eine neue oder ergänzende Expertise veranlasse, und der Einholung eines Gerichtsgutachtens. Das Bundesgericht hat dazu jüngst festgehalten, die den kantonalen Gerichten zufallende Kompetenz zur vollen Tatsachenprüfung (Art. 61 lit. c ATSG) sei nötigenfalls durch Einholung gerichtlicher Expertisen auszuschöpfen ( BGE 136 V 376 E. 4.2.3 S. 381). Dies schliesst ein, dass die erstinstanzlichen Gerichte diese Befugnis nicht ohne Not durch Rückweisung an die Verwaltung delegieren dürfen. 4.4.1.2 Die Vorteile von Gerichtsgutachten (anstelle einer Rückweisung an die IV-Stelle) liegen in der Straffung des Gesamtverfahrens und in einer beschleunigten Rechtsgewährung. Die direkte Durchführung der Beweissmassnahme durch die Beschwerdeinstanz mindert das Risiko von - für die öffentliche Hand und die versicherte Person - unzumutbaren multiplen Begutachtungen. Zwar gilt die Sozialversicherungsverwaltung mit Blick auf die differenzierten Aufgaben und die dementsprechend unterschiedliche funktionelle und instrumentelle Ausstattung der Behörden in der Instanzenabfolge im Vergleich mit der Justiz als regelmässig besser geeignet, Entscheidungsgrundlagen zu vervollständigen ( BGE 131 V 407 E. 2.1.1 S. 411). In der hier massgebenden Verfahrenssituation schlägt diese Rechtfertigung für eine Rückweisung indessen nicht durch. 4.4.1.3 Die Einschränkung der Befugnis der Sozialversicherungsgerichte, eine Streitsache zur neuen Begutachtung an die Verwaltung zurückzuweisen, verhält sich komplementär zu den (gemäss geänderter Rechtsprechung) bestehenden partizipativen Rechten der versicherten Person im Zusammenhang mit der Anordnung eines Administrativgutachtens (Art. 44 ATSG; vgl. oben E. 3.4). Letztere tragen zur prospektiven Chancengleichheit bei, derweil das Gebot, im Falle einer Beanstandung des Administrativgutachtens eine Gerichtsexpertise einzuholen, die Waffengleichheit im Prozess gewährleistet, wo dies nach der konkreten Beweislage angezeigt ist. Insoweit ist die ständige Rechtsprechung, wonach das (kantonale) Gericht prinzipiell die freie Wahl hat, bei festgestellter Abklärungsbedürftigkeit die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen oder aber selber zur Herstellung der Spruchreife zu schreiten (vgl. statt vieler ARV 1997 Nr. 18 S. 85 E. 5d mit Hinweisen, C 85/95; Urteil vom 11. April 2000 E. 3b, H 355/99), zu ändern. 4.4.1.4 Freilich ist es weder unter praktischen noch rechtlichen Gesichtspunkten - und nicht einmal aus Sicht des Anliegens, die Einwirkungsmöglichkeiten auf die Erhebung des medizinischen Sachverhalts fair zu verteilen - angebracht, in jedem Beschwerdefall auf der Grundlage eines Gerichtsgutachtens zu urteilen. Insbesondere ist der Umstand, dass die MEDAS von der Invalidenversicherung finanziert werden, kein genügendes Motiv dafür. Doch drängt sich auf, dass die

Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten einholt, wenn sie einen (im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen) medizinischen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist (vgl. die Kritik an der bisherigen Rückweisungspraxis bei Niederberger, a.a.O., S. 144 ff.). Die betreffende Beweiserhebung erfolgt alsdann vor der - anschliessend reformatorisch entscheidenden - Beschwerdeinstanz selber statt über eine Rückweisung an die Verwaltung. 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 (siehe beispielsweise das Urteil 9C\_646/2010 vom 23. Februar 2011 E. 4; vgl. auch SVR 2010 IV Nr. 49 S. 151 E. 3.5, 9C\_85/2009).” (DTF 137 V 263-265) In una sentenza 8C\_59/2011 del 10 agosto 2011 consid. 5.2 – dunque successiva a quella pubblicata in DTF 137 V 210 -, emanata in materia di assicurazione contro gli infortuni, il Tribunale federale ha ribadito i principi sviluppati nella DTF 135 V 465, in particolare che, in presenza di dubbi circa l’affidabilità di rapporti allestiti da medici di fiducia, il giudice (cantonale) è libero di scegliere se ordinare direttamente una perizia giudiziaria oppure rinviare gli atti all’amministrazione affinché disponga essa stessa una perizia seguendo la procedura di cui all’art. 44 LPGGA: " Um solche Zweifel auszuräumen, wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 135 V 465 E. 4.6 S. 471).” In una sentenza 8C\_412/2019 del 9 luglio 2020 consid. 5.4, la Corte federale ha rinviato la causa all’assicuratore LAINF (e non al tribunale cantonale che aveva respinto il ricorso della persona assicurata) affinché disponesse l’esecuzione di una perizia ai sensi dell’art. 44 LPGGA, precisando che laddove esistano dubbi circa l’attendibilità e la pertinenza della valutazione del medico fiduciario, spetta in primo luogo all’assicuratore contro gli infortuni procedere a ulteriori atti istruttori per determinare d’ufficio i fatti determinanti e, se del caso, assumere le prove necessarie prima di emanare la decisione (art. 43 LPGGA): " Lorsqu’il existe des doutes sur la fiabilité et la pertinence de l’appréciation du médecin-conseil, il appartient en premier lieu à l’assureur-accidents de procéder à des instructions complémentaires pour établir d’office l’ensemble des faits déterminants et, le cas échéant, d’administrer les preuves nécessaires avant de rendre sa décision (art. 43 al. 1 LPGGA; ATF 132 V 368 consid. 5 p. 374; arrêt 8C\_401/209 du 9 juin 2020 consid. 5.3.3. et ses références).” (si veda pure la STF 8C\_697/2019, 8C\_698/2019 del 9 novembre 2020 consid. 4.1). Infine, con la pronuncia 8C\_445/2021 del 14 gennaio 2022 consid. 4.4, pubblicata in SVR 10/2022 UV n. 34 p. 137 ss., l’Alta Corte ha stabilito che, laddove un tribunale cantonale determini il diritto alle prestazioni facendo capo a un rapporto del medico curante prodotto nel quadro della procedura di opposizione, sebbene ci si trovi in presenza di un caso di applicazione della DTF 135 V 465 che richiede l’intervento di un perito esterno, la causa deve essere rinviata all’amministrazione, e non ai giudici di prime cure, affinché proceda a un complemento istruttorio. È in effetti in primo luogo compito dell’amministrazione disporre degli atti istruttori complementari volti ad accertare d’ufficio tutti i fatti pertinenti e, se del caso, raccogliere le prove necessarie prima di rendere la propria decisione (questo principio è stato confermato ancora con le STF 8C\_274/2021 del 31 marzo 2023 consid. 9.3.3; STF 8C\_523/2022 del 23 febbraio 2023 consid. 5.4 e riferimenti; STF 8C\_731/2021 succitata

consid. 4.6). Nella presente fattispecie, il TCA ritiene che siano adempiuti i presupposti per un rinvio degli atti all'istituto convenuto (cfr. STF 8C\_59/2011 del 10 agosto 2011 e DTF 135 V 465), già per il fatto che la decisione impugnata si fonda sul parere del proprio medico interno. Per le ragioni già diffusamente esposte al considerando 2.9. , si giustifica pertanto l'annullamento della decisione su opposizione impugnata e il rinvio degli atti all'assicuratore resistente affinché disponga un approfondimento peritale esterno (art. 44 LPGa) volto in sostanza a stabilire se l'operazione di neurolisi al piede sinistro era indicata per il trattamento delle conseguenze dell'infortunio del 27 novembre 2019, oppure no. In seguito, facendo capo alle risultanze dell'accertamento esperito, l'amministrazione si pronuncerà di nuovo in merito al diritto alle prestazioni dal profilo materiale e temporale.

2.11. Considerato 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), l'assicuratore verserà all'insorgente, rappresentato da un avvocato, l'importo fr. 2'500 (IVA inclusa) a titolo d'indennità per ripetibili .

2.12. L'art. 61 lett. a LPGa, in vigore fino al 31 dicembre 2020, prevedeva che la procedura deve essere semplice, rapida, di regola pubblica e gratuita per le parti ; la tassa di giudizio e le spese di procedura possono tuttavia essere imposte alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. In data 1° gennaio 2021 è entrata in vigore una modifica della LPGa. L'art. 61 lett. a LPGa prevede ora unicamente che la procedura deve essere semplice, rapida e, di regola pubblica. Dalla medesima data è entrato in vigore l'art. 61 lett. f bis LPGa secondo cui in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. Trattandosi di una controversia relativa a prestazioni LAINF, il legislatore non ha previsto di prelevare le spese. Sul tema, cfr. anche STF 9C\_369/2022 del 19 settembre 2022; STF 9C\_368/2021 del 2 giugno 2022; SVR 2022 KV Nr. 18 (STF 9C\_13/2022 del 16 febbraio 2022); STF 9C\_394/2021 del 3 gennaio 2022; STF 8C\_265/2021 del 21 luglio 2021 (al riguardo cfr. 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* p. 107); Messaggio Nr. 8480 del Consiglio di Stato del 21 agosto 2024 «Rapporto sull'iniziativa parlamentare presentata il 4 maggio 2021 nella forma elaborata da Lara Filippini e Sabrina Aldi per la modifica dell'art. 29 della Legge di procedura per le cause davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni (Lptca) del 23 giugno 2008 (Implementazione della revisione LPGa alle spese giudiziarie dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni) e controprogetto».

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