

## **TI\_GERICHTE 35.2002.53 vom 18. Juni 2002**

TI Tribunale d'appello, 2002-06-18, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_35.2002.53](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2002.53)

FR: TI\_GERICHTE 35.2002.53 du 18 juin 2002

IT: TI\_GERICHTE 35.2002.53 del 18 giugno 2002

### **Regeste**

Sentenza o decisione senza scheda

### **Erwägungen**

#### **E. 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. Il cpv. 3 recita, da parte sua, che l'assicurazione effettua inoltre le prestazioni per lesioni causate all'infortunato durante la cura medica. La portata di quest'ultima disposizione è precisata dall'art. 10 OAINF, a mente del quale l'assicurato ha diritto alle prestazioni anche per lesioni corporali occorsegli durante un esame medico ordinato dall'assicuratore o reso necessario da altre circostanze. Adottando questa disposizione il legislatore ha coscientemente operato una suddivisione dei rischi tra l'assicurazione contro gli infortuni e quella per le malattie. Pertanto, l'assicurazione contro gli infortuni risponde di ogni lesione provocata dalla cura (trattamento medico) successiva a infortuni assicurati, senza che l'atto lesivo rientri necessariamente nella nozione d'infortunio o sia dovuto ad un errore medico o lesione corporale penalmente perseguibile (DTF 118 V 286, consid. 3b; cfr., pure, Ghélew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), Losanna 1992, p. 58s.). Nondimeno, la responsabilità è limitata ai danni alla salute che sono stati causati da provvedimenti terapeutici applicati in seguito ad un infortunio.

L'assicuratore contro gli infortuni deve intervenire soltanto per quei danni che si trovano in una relazione di causalità, naturale ed adeguata, con misure terapeutiche o provvedimenti diagnostici resisi necessari a seguito dell'infortunio assicurato. Per contro, non cadono nel campo di applicazione degli artt. 6 cpv. 3 LAINF e 10 OAINF, atti od omissioni in nesso di causalità con malattie e che quindi non appartengono alla cura medica ai sensi dell'art. 10 LAINF. L'assicuratore infortuni non deve rispondere delle conseguenze di un danno alla salute completamente estraneo all'infortunio assicurato, anche qualora queste conseguenze (ad esempio, un infarto cardiaco) avrebbero potuto essere evitate se solo il medico incaricato dall'assicuratore avesse tempestivamente posto la diagnosi (cfr. RAMI 2002 U 463, p. 428ss., nonché dottrina e giurisprudenza ivi citate). 2.5. Giusta l'art.

#### **E. 10**

LAINF, l'assicurato ha diritto alla cura appropriata dei postumi d'infortunio (cfr. DTF 109 V 43 consid. 2a; art. 54 LAINF) e, in applicazione dell'art. 16 LAINF, l'assicurato totalmente o parzialmente incapace di lavorare a seguito d'infortunio, ha diritto all'indennità giornaliera. Il diritto all'indennità giornaliera nasce il terzo giorno successivo a quello dell'infortunio. Esso si estingue con il ripristino della piena capacità lavorativa, con l'assegnazione di una rendita o con la morte dell'assicurato. Parimenti, il diritto alle cure cessa qualora dalla loro continuazione non sia da attendersi un sensibile miglioramento

della salute dell'assicurato: nemmeno persistenti dolori bastano a conferire il diritto alla continuazione del trattamento se da questo non si può sperare un miglioramento sensibile dello stato di salute (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 41ss.). Se, al momento dell'estinzione del diritto alle cure mediche, sussiste un'incapacità lucrativa, viene corrisposta una rendita di invalidità o un'indennità unica in capitale: l'erogazione di indennità giornaliera cessa con il diritto alle prestazioni sanitarie. D'altro canto, nella misura in cui l'assicurato è portatore di una menomazione importante e durevole all'integrità fisica o mentale, egli ha diritto ad un'indennità per menomazione all'integrità giusta gli artt. 24s. LAINF. 2.6. Conformemente alla costante giurisprudenza, la nozione di incapacità di lavoro è identica in tutti i campi dell'assicurazione sociale: viene considerata incapace di lavoro la persona che per motivi di salute non è più in grado di svolgere la propria attività o lo è soltanto in misura ridotta oppure, ancora, soltanto con il rischio di aggravare il suo stato di salute (DTF 111 V 239 consid. 1b; A. Maurer, Schweizerisches Sozialversicherungsrecht, vol. I, Berna 1979, p. 286ss.; Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 91). La questione a sapere se l'assicurato sia o meno incapace di lavorare in misura giustificante il riconoscimento del diritto a prestazioni deve essere valutata sulla base dei fatti forniti dal medico. Spetta al medico fornire una precisa descrizione dello stato di salute dell'assicurato e tracciare un esatto quadro degli impedimenti che egli incontra nell'esplicare determinate funzioni. Il medico indicherà per prima cosa se l'assicurato può ancora svolgere la sua professione, precisando quali sono le controindicazioni in quell'attività. Determinante ai fini della graduazione dell'incapacità lavorativa non è comunque l'apprezzamento medico-teorico, bensì la diminuzione della capacità di lavoro che effettivamente risulta dall'impedimento (cfr. RAMI 1987 K 720 p. 106 consid. 2, U 27 p. 394 consid. 2b e giurisprudenza ivi citata; RJAM 1982 n. 482 p. 79 consid. 2). L'assicurato che rinuncia a utilizzare la sua residua capacità oppure che non mette in atto i provvedimenti da lui ragionevolmente esigibili per sfruttare al meglio la propria capacità lavorativa è, ciò nonostante, giudicato per l'attività che egli potrebbe esercitare dimostrando buona volontà. Carenze di volontà risultanti da un'anomalia caratteriale non sono prese in considerazione nell'ambito dell'assicurazione infortuni: possono essere, tutt'al più, considerate nell'ambito dell'assicurazione malattia se la loro causa è da ricercare in un'affezione patologica (DTF 101 V 145 consid. 2b; 111 V 239 consid. 1b e 2a; RAMI 1986 K 664 p. 56; 1987 K 720 p. 105 consid. 2; 1987 U 27 p. 393 consid. 2b; 1989 K 798 p. 106 consid. 1d; Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 91).

2.7. Nondimeno, è utile ricordare che presupposto essenziale per l'erogazione di prestazioni da parte dell'assicurazione contro gli infortuni è l'esistenza di un nesso di causalità naturale fra l'evento e le sue conseguenze (danno alla salute, invalidità, morte). Questo presupposto è da considerarsi adempiuto 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 condizione 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. Al riguardo essi si attengono, di regola, alle attestazioni mediche, quando non ricorrano

elementi idonei a giustificare la disattenzione (cfr. DTF 119 V 31; DTF 118 V 110; DTF 118 V 53; DTF 115 V 134; DTF 114 V 156; DTF 114 V 164; DTF 113 V 46; cfr. pure sentenza inedita 17 ottobre 1989 in re F.). Ne discende che ove l'esistenza di un nesso causalità tra infortunio e danno sia possibile ma non possa essere reputata probabile, il diritto a prestazioni derivato dall'infortunio assicurato dev'essere negato (DTF 117 V 360 consid. 4a e sentenze ivi citate).

2.8. Il diritto a prestazioni assicurative presuppone pure l'esistenza di un nesso di causalità adeguata tra gli elementi summenzionati. 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 117 V 361 consid. 5a e 382 consid. 4a e sentenze ivi 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 (cfr. DTF 117 V 361 consid. 5a e 382 consid. 4a; su queste questioni vedi pure: Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 51-53). La giurisprudenza ha inoltre stabilito che la causalità adeguata, quale fattore restrittivo della responsabilità dell'assicurazione contro gli infortuni allorché esiste un rapporto di causalità naturale, non gioca un ruolo in presenza di disturbi fisici consecutivi ad un infortunio, dal momento che l'assicurazione risponde anche per le complicazioni più singolari e gravi che solitamente non si presentano secondo l'esperienza medica (cfr. DTF 127 V 102 consid. 5 b/bb, 118 V 286 e 117 V 365 in fine; cfr., pure, U. Meyer-Blaser, *Kausalitätsfragen aus dem Gebiet des Sozialversicherungsrechts*, in SZS 2/1994, p. 104s. e M. Frésard, *L'assurance-accidents obligatoire*, in *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR]*, n. 39).

2.9. Diversa invece è la situazione per quel che riguarda le affezioni di carattere psichico, dove la nozione di causalità adeguata assume un'importanza fondamentale. In merito all'adeguatezza del rapporto causale fra infortunio e disturbi di natura psichica manifestatisi dopo di esso, il TFA ha avuto modo di esprimersi ripetutamente e la sua giurisprudenza è stata sottoposta a profonde trasformazioni. Di questa evoluzione significative sono le sentenze in DTF 112 V 37 (l'adeguatezza è riconosciuta solo nei casi in cui l'infortunio riveste un'importanza rilevante nell'insieme delle circostanze; l'idoneità del trauma a provocare turbe psicogene non si misura più per rapporto alle reazioni di una persona "normale"); in DTF 113 V 316 e 324 (l'adeguatezza difficilmente può essere negata se alla luce della personalità pretraumatica dell'assicurato l'infortunio non è, con le circostanze concomitanti, relegato all'irrilevanza); in RAMI 1988 U 47 pag. 225 in cui il TFA ha ribaltato la precedente formulazione negativa esigendo che l'infortunio rivesta "una certa importanza" per rapporto a tutto il complesso delle circostanze; e infine in DTF 115 V 133, in cui la somma istanza ha ritenuto utile procedere ad una classificazione degli infortuni sulla base di criteri oggettivi anziché fondarsi direttamente sul modo in cui la vittima ha vissuto ed elaborato il trauma. Il TFA conferisce valore paradigmatico non all'esperienza dell'infortunio (*Unfallerlebnis*) ma all'evento infortunistico come tale (*Unfallereignis*), valutato oggettivamente (*objektivierte Betrachtungsweise*) in funzione del modo in cui è avvenuto l'infortunio propriamente detto (cfr. DTF 115 V 408 consid. 5; RAMI 1992 U 154 p. 246ss). "A seconda della dinamica dell'infortunio, esso è classificato in una delle tre categorie seguenti: nella categoria degli eventi insignificanti o leggeri, in quella degli eventi gravi e in quella degli eventi di grado medio". Di regola l'adeguatezza del nesso causale viene ammessa nel caso di infortuni gravi ("secondo il corso ordinario delle cose e l'esperienza della vita gli infortuni gravi sono in effetti idonei a provocare danni invalidanti alla salute psichica"). Per contro, nel caso di

infortuni insignificanti ("l'assicurato per esempio ha leggermente battuto la testa o si è slogato il piede") o leggeri (ad esempio caduta o scivolata banale) l'adeguatezza può di regola essere negata a priori (RAMI 1992 U 154, p. 246ss.). L'infortunio sarà tutt'al più ritenuto la causa fortuita delle turbe nondimeno manifestatesi. La vera causa è da ricercare in fattori extra-infortunistici, per esempio nella predisposizione costituzionale. "E' noto per esperienza che gli infortuni della presente categoria, data la loro minima importanza, non possono influire sulla salute psichica dell'infortunato". Per quanto attiene, invece, agli infortuni di grado medio - cioè a quegli "eventi che non possono essere classificati nelle due predette categorie" - l'adeguatezza non può essere stabilita facendo semplicemente riferimento all'evento infortunistico. " Occorre piuttosto tener conto, da un profilo oggettivo, di tutte le circostanze che sono strettamente connesse con l'infortunio o che risultano essere un effetto diretto o indiretto dell'evento assicurato. Esse possono servire da criterio di apprezzamento nella misura in cui secondo il corso ordinario delle cose e l'esperienza della vita sono tali da provocare o aggravare, assieme all'infortunio, un'incapacità lavorativa e di guadagno di origine psichica." I criteri di maggior rilievo sono: - le circostanze concomitanti particolarmente drammatiche o la particolare spettacolarità dell'infortunio; - la gravità o particolare caratteristica delle lesioni lamentate, segnatamente la loro idoneità, secondo l'esperienza, a determinare disturbi psichici; - la durata eccezionalmente lunga della cura medica; - i disturbi somatici persistenti; - la cura medica errata che aggrava notevolmente gli esiti dell'infortunio; - il decorso sfavorevole della cura e le complicazioni rilevanti intervenute; - il grado e la durata dell'incapacità lavorativa dovuta alle lesioni fisiche. Il TFA opera all'interno della classe medio-grave un'ulteriore, doppia distinzione. Gli infortuni medio-gravi si dividono in tre sottogruppi a seconda della loro relativa gravità: - infortuni la cui gravità raggiunge il punto più alto della categoria e li avvicina addirittura agli infortuni della categoria superiore; - infortuni di media gravità all'interno della categoria medio-grave; - infortuni di poca rilevanza, al limite della categoria inferiore (infortuni insignificanti o leggeri). Nel primo caso basta la presenza di uno solo dei fattori sopra elencati. Nel secondo bisogna nuovamente distinguere: - se un fattore è particolarmente incisivo (ad esempio durata particolarmente lunga dell'incapacità lavorativa per l'intervento di complicazioni durante la cura), l'adeguatezza è ammessa; - in caso contrario occorre l'intervento di più fattori. Nel terzo sottogruppo è richiesta alternativamente: - la presenza, cumulativamente, di tutti i fattori elencati, o - la particolare intensità dei fattori effettivamente intervenuti. Solo a queste condizioni si ammetterà l'adeguatezza del nesso causale. Se però queste condizioni sono adempiute, non si dovrà più ricercare se vi siano altre cause atte a spiegare le turbe psichiche, per esempio in relazione alla predisposizione costituzionale della vittima. Può essere infatti affermato che se l'infortunio e i fattori concomitanti sono particolarmente importanti, al punto da poter causare le turbe psichiche anche se la personalità della vittima non vi sia particolarmente predisposta, l'infortunio avrà la valenza di "causa sopravveniente", che eclissa gli altri fattori. Basta da solo a scompensare la psiche e relega all'irrilevanza la sua eventuale particolare vulnerabilità. Non importa che qualsiasi altro choc avrebbe potuto scompensarla; l'infortunio è in ipotesi idoneo in sé a produrre quel risultato ed è irrilevante che altri traumi avrebbero potuto provocarlo in sua vece. In RAMI 1995 U 215, p. 90ss., il TFA ha ribadito che la qualifica degli infortuni va effettuata secondo criteri puramente oggettivi senza far riferimento al vissuto dell'infortunio elaborato dalla persona coinvolta.

2.10. Nel caso di specie, con la decisione formale del 22 marzo 2002, confermata in sede di opposizione, la \_\_\_\_\_ ha dichiarato estinto il diritto alle prestazioni di corta durata,

in quanto da ulteriori provvedimenti terapeutici non vi era più da attendersi un sensibile miglioramento delle condizioni di salute di \_\_\_\_\_. D'altro canto - tenuto unicamente conto dei postumi infortunistici residuali al piede destro - l'assicurato è stato dichiarato in grado di riprendere, a tempo pieno e con un rendimento completo, la sua attività di gerente di un albergo a contare dal 1° giugno 2000 e, perciò, gli è stato negato il diritto ad una rendita di invalidità. Infine, \_\_\_\_\_ è stato posto al beneficio di un'IMI del 5% (cfr. doc. \_). La decisione di riconoscere il ricorrente totalmente abile al lavoro nella sua abituale professione (e, quindi, di rifiutargli il versamento di una rendita di invalidità), è stata presa fondandosi, essenzialmente, sul rapporto allestito il 14 marzo 2002 dal dott. \_\_\_\_\_, medico-chirurgo: " (...). CAPACITÀ LAVORATIVA : scalare di inabilità lavorativa per l'intervento del 6.12.1999: si ricorda che il paziente è stato sottoposto ad intervento all'alluce per alluce valgo e ricostruzione metatarsofalangea II quest'ultima da ritenersi in nesso causale con l'infortunio del 1994 (l'alluce valgo per contro non ha nessun collegamento con l'evento del 1994). Inabilità lavorativa in misura totale per 4 mesi (solo per il problema interessante il II raggio); ulteriore inabilità lavorativa in misura del 50% fino al 31.5.2000; a partire dal 1.6.2000 nessuna inabilità lavorativa per i postumi infortunistici interessanti il II raggio del piede destro. Questo, ritenuto il riscontro clinico del dott. \_\_\_\_\_, il quale esaminò il paziente in data 30.5.2000 accertando una recidiva sub-totale dell'alluce valgo; inoltre dolori principali localizzati in sede plantare sulla testa del IV. dito e, parzialmente, del V. dito a cui si aggiungono le diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa riscontrate da parte dell'Assicurazione Invalidità ossia metatarsalgia II-III piede destro con recidiva di alluce valgo, metatarsalgia II-III piede sinistro su alluce valgo e dito II a martello, sindrome depressiva reattiva di grado lieve con somatizzazioni di ansia in struttura di personalità a tratti anancastici, sindrome lombospondilogenica prevalente a destra su turbe degenerative. Come si può rilevare vi è una situazione pressoché simile del piede destro e sinistro. " (doc. \_). Con il proprio ricorso, \_\_\_\_\_ contesta di avere ritrovato una piena capacità lavorativa nell'attività di gerente, facendo sostanzialmente valere che i disturbi di cui soffre, siano essi fisici che psichici, diagnosticati grazie alla perizia realizzata dal \_\_\_\_\_ per conto dell'\_\_\_\_\_, sarebbero tutti delle naturali conseguenze dell'infortunio dell'agosto 1994. In questo ordine di idee, egli rileva che l'assicurazione per l'invalidità l'ha riconosciuto invalido nella misura del 41% e, pertanto, posto al beneficio di un quarto di rendita a far tempo dal 1° agosto 1995 (cfr. I, p. 4s.).

2.11. La nozione di invalidità utilizzata nell'\_\_\_\_\_ corrisponde, di principio, a quella considerata nell'assicurazione contro gli infortuni (e nell'assicurazione militare), per cui la valutazione dell'invalidità deve normalmente condurre allo stesso risultato, quando il danno alla salute è il medesimo (DTF 126 V 291 consid. 2a = Pratique VSI 2001, p. 79ss.; DTF 119 V 470 consid. 2b e riferimenti ivi menzionati; cfr., pure, DTF 123 V 271 consid. 2a). Nondimeno, secondo la giurisprudenza del TFA, delle divergenze non possono essere escluse a priori (cfr. DTF 119 V 471 consid. 2b). In effetti, la valutazione dell'invalidità operata da un assicuratore sociale non deve essere ritenuta determinante, se basata su un errore di diritto oppure sull'esercizio insostenibile di un potere d'apprezzamento (cfr. DTF 126 V 292, consid. 2b). Dopo avere ricordato quale è stata l'evoluzione della sua giurisprudenza in materia di coordinamento fra assicurazione per l'invalidità ed assicurazione contro gli infortuni (cfr. consid. 2c), il TFA, nella DTF 126 V 288, ha inoltre precisato quanto segue: " d) An der hinsichtlich der Invaliditätsbemessung koordinierenden Funktion des einheitlichen Invaliditätsbegriffes in den verschiedenen Sozialversicherungszweigen ist festzuhalten. Auch der Entwurf vom 27. September 1990 zu

einem Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sieht in Art. 22 für die Unfall-, die Militär- und die Invalidenversicherung einen einheitlichen Invaliditätsbegriff vor. Nicht weiter rechtfertigen lässt es sich hingegen, der Invaliditätsbemessung des einen Sozialversicherungsträgers ungeachtet der diesem im Rahmen seiner Abklärungen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten und deren effektiven Ausnutzung im konkreten Fall generell mehr Gewicht beizumessen. Zur Frage nach einem allfälligen Vorrang der Invaliditätsbemessung eines bestimmten Versicherers enthält auch der Entwurf des ATSG keine Regelung. Die Einräumung solcher Prioritäten birgt die Gefahr in sich, dem Verwaltungshandeln eines Versicherers weit über dessen Interessenbereich hinaus reichende Auswirkungen zu verleihen, was zu einem Missverhältnis zwischen der diesem zustehenden Entscheidungsbefugnis und den von ihm ausgelösten Konsequenzen führen könnte. Dennoch ist danach zu trachten, unterschiedliche Invaliditätsannahmen verschiedener mit demselben Fall befasster Versicherer zu vermeiden. Die Einheitlichkeit des Invaliditätsbegriffes entbindet die verschiedenen Sozialversicherungsträger zwar nicht davon, die Invaliditätsbemessung in jedem einzelnen Fall selbstständig durchzuführen. Keinesfalls dürfen sie sich ohne weitere eigene Prüfung mit der blossen Übernahme des von einem andern Versicherer festgelegten Invaliditätsgrades begnügen. Eine derart weitgehende Bindungswirkung wäre nicht zu rechtfertigen. Es geht indessen auch nicht an, dass die Invalidität in den einzelnen Sozialversicherungszweigen völlig unabhängig von allenfalls schon getroffenen Entscheiden anderer Versicherer festgelegt wird. Zumindest rechtskräftig abgeschlossene Invaliditätsschätzungen dürfen nicht einfach unbeachtet bleiben. Vielmehr müssen sie als Indiz für eine zuverlässige Beurteilung gewertet und als solches in den Entscheidungsprozess erst später verfügender Versicherungsträger miteinbezogen werden. Dies verlangt auch nach gewissen Mitwirkungsrechten des durch eine Verfügungsmässige Festlegung der Invalidität in einem Sozialversicherungsbereich tangierten andern Versicherers. Im Unfallversicherungsrecht wird diesem Schutzbedürfnis ausdrücklich entsprochen, indem Art. 129 Abs. 1 UVV vorsieht, dass die Verfügung eines Versicherers oder einer andern Sozialversicherung, welche die Leistungspflicht des andern Versicherers berührt, auch diesem andern Versicherer zu eröffnen ist (Satz 1), und dieser die gleichen Rechtsmittel ergreifen kann wie die versicherte Person (Satz 2). Macht er von der Möglichkeit, den Entscheid der andern Versicherung anzufechten, obschon ihm dieser ordnungsgemäss eröffnet worden ist, nicht Gebrauch, hat er diesen grundsätzlich gegen sich gelten zu lassen (RKUV 1998 Nr. U 305 S. 432). Zumindest wird er sich die Vermutung der Richtigkeit der bereits vorhandenen Invaliditätsbemessung entgegenhalten lassen müssen. Eine abweichende Festlegung der Invalidität kann in solchen Fällen nur noch ganz ausnahmsweise in Frage kommen, wobei gegebenenfalls an deren Begründung strenge Anforderungen zu stellen sind. Nicht zulässig ist es, eine an sich vertretbare Ermessensausübung durch den zuerst verfügenden Versicherer ohne Vorliegen triftiger Argumente durch einen andern - unter Umständen ebenfalls vertretbar erscheinenden - Ermessensentscheid zu ersetzen. Anlass für ein Abweichen von einer bereits rechtskräftigen Invaliditätsschätzung eines andern Versicherers könnten hingegen, nebst den bereits in Erw. 2b aufgeführten, von der bisherigen Rechtsprechung anerkannten Gründen, äusserst knappe und ungenaue Abklärungen sowie kaum überzeugende oder nicht sachgerechte Schlussfolgerungen bieten." (DTF succitata, consid. 2d - la sottolineatura è del redattore). In concreto, il grado di invalidità stabilito dall'\_\_\_\_\_ non può essere applicato anche in ambito LAINF, nella misura in cui - contrariamente a quanto preteso in sede di ricorso - una

parte dei disturbi accusati dall'insorgente non costituiscono una conseguenza dell'evento traumatico assicurato. Questa Corte constata che l'infortunio del 26 agosto 1994 ha interessato esclusivamente l'avampiede destro, sede di una distorsione (cfr. doc. \_). Dal referto peritale allestito dal \_\_\_\_\_ il 7 settembre 2001 emerge, nondimeno, che \_\_\_\_\_ presenta disturbi (limitandosi a quelli che hanno un'incidenza sulla capacità lavorativa), oltre che all'estremità inferiore destra, anche a livello psichico, al rachide lombare nonché al piede sinistro (cfr. doc. \_, p. 11). Lo stato di salute psichico del ricorrente è stato valutato, nell'ambito degli accertamenti pluridisciplinari predisposti dall'\_\_\_\_\_, dal dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia. Questo sanitario ha diagnosticato una "sindrome depressiva reattiva di grado lieve con somatizzazione d'ansia in paziente con tratti di personalità anancastici", patologia responsabile di una incapacità lavorativa massima del 20% (cfr. VII 2, p. 4). È vero che il dott. \_\_\_\_\_ non ha discusso l'eziologia di questi disturbi. Lo scrivente Tribunale ritiene tuttavia di potersi esimere dall'ordinare una perizia giudiziaria per chiarire questo specifico aspetto, poiché, anche nell'ipotesi in cui ne venisse accertata l'origine traumatica, l'obbligo contributivo dell'assicuratore infortuni convenuto dovrebbe comunque essere negato, facendo difetto l'adeguatezza del nesso di causalità, questione che deve essere valutata alla luce dei criteri sviluppati nella DTF 115 V 133ss.. Infatti, l'infortunio occorso ad \_\_\_\_\_ - un banale trauma distorsivo al piede destro, a seguito della caduta in un tombino aperto - può senz'altro venir classificato nella categoria degli infortuni leggeri: secondo la giurisprudenza del TFA, in questo caso, l'adeguatezza del nesso di causalità può essere negata a priori (cfr. RAMI 1992, U 154, p. 248s.; STFA del 9 gennaio 2003 nella causa C., U 347/01, consid. 5.1 e del 25 febbraio 2003 nella causa E., U 78/02, consid. 5.3). Sulla scorta di quanto precede, è a ragione che la \_\_\_\_\_ ha negato la propria responsabilità a proposito delle turbe psichiche lamentate dall'assicurato. \_\_\_\_\_ soffre inoltre, come visto, di disturbi alla regione lombare, nonché al piede sinistro. Al proposito, occorre osservare, in primo luogo, che quanto sostenuto dall'assicurato in sede di ricorso - ossia che questi disturbi costituirebbero una conseguenza indiretta dell'evento infortunistico assicurato (cfr. I, p. 5: "Non occorre essere degli specialisti in ortopedia per rendersi conto che l'impossibilità di suddividere correttamente il peso su entrambi i piedi, ha costretto il sig. \_\_\_\_\_ a sovraccaricare l'arto sinistro. Con il conseguente insorgere dei disturbi lamentati all'avampiede sinistro, diagnosticati da tutti i medici che lo hanno visitato. È poi evidente, anche agli occhi di un profano, che il difetto di appoggio ha obbligato il ricorrente a mantenere un'anomala posizione eretta; ciò che, alla lunga ha compromesso pure la stabilità della sua colonna vertebrale. Non per niente la sindrome lombospondilogenica si è manifestata prevalentemente a destra") - rappresenta una semplice dichiarazione di parte che non appare supportata da nessuna certificazione medica, motivo per cui, già per questa ragione, non è meritevole di essere fatta propria dallo scrivente Tribunale. Del resto, l'argomento secondo il quale esisterebbe un legame causale fra, da un lato, l'infortunio e, dall'altro, i disturbi al rachide lombare ed all'estremità inferiore sinistra, siccome questi ultimi si sarebbero manifestati soltanto dopo di esso, è privo di qualsiasi pertinenza scientifica. Occorre infatti ricordare che la giurisprudenza del TFA insegna che, per il solo fatto d'essere apparso dopo l'infortunio, un disturbo alla salute non può già essere ritenuto una sua conseguenza, secondo l'adagio "post hoc, ergo propter hoc" (DTF 119 V 341s. consid. 2b/bb con riferimenti; STFA del 3 aprile 1997 nella causa V., inedita; cfr., pure, Th. Frei, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, Tesi Friburgo 1998, p. 30, nota 96). In secondo luogo, e a

proposito dei disturbi dorsali, la tesi secondo la quale essi sarebbero stati indirettamente provocati dal danno riportato dal ricorrente all'arto inferiore destro, appare invero smentita da diverse perizie specialistiche ordinate dal TCA in altre procedure ricorsuali. Ad esempio, nella causa T., sfociata nella sentenza del 4 maggio 2000, inc. n. 35.1999.92-93, i periti giudiziari, dottori \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_, ambedue Primari presso la Clinica di chirurgia ortopedica dell'Ospedale \_\_\_\_\_, hanno indicato che solo in casi eccezionali lo zoppicare possa condurre ad un sovraccarico del rachide: " Kann der Sachverständige bestätigen, dass es eine übliche und geläufige Erscheinung ist. Also als klinisch anerkannte Tatsache, dass ein körperlicher Schaden an einem unteren Beinteil, wie im Fall T., im Laufe der Jahre zu degenerativen Pathologien, mit Invaliditätsfolgen, im Beckenbereich bzw. in der Wirbelsäule führt? Nein, ein Hinken führt nicht zu einer Überlastung der Wirbelsäule, solange keine schweren Deformationen vorliegen. Schwere Deformationen sind Veränderungen mit einer Beinlängendifferenz von > 5 cm oder einer Situation bei Hüftarthrodese, oder einer Muskelschwäche wie sie beispielsweise nach einer Poliomyelitis zu beobachten ist. Zudem müssen die Veränderungen sehr lange einwirken bis sie symptomatisch werden. Bei Herr T. ist die Deformation/Beeinträchtigung des Gangbildes mässig, die Dauer eher kurz und bildgebend sind keine über die Altersnorm hinausgehende Veränderungen der Wirbelsäule feststellbar " (perizia 7.3.2000 della Clinica di c hirurgia ortopedica dell'\_\_\_\_\_, p. 8s.). Il caso di \_\_\_\_\_ non rientra fra quelli limite enumerati dai dottori \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_. Da un lato, dagli atti di causa risulta che l'assicurato presenta un arto inferiore più corto dell'altro di un solo centimetro (cfr. doc. \_\_, p. 3: "La gamba sx è più lunga di 1 cm della gamba destra, ..."). Dall'altro, i disturbi in sede lombo-sacrale sono apparsi, in maniera più significativa, nel corso del 1996, quindi a distanza di circa 2 anni dall'infortunio (doc. \_\_, p. 1: "... già da anni soffre i disturbi più o meno marcati, ma dall'agosto dell'anno scorso [del 1996, n.d.r.] sono peggiorati al passaggio lombosacrale con qualche volta irradiazioni, cioè pseudo-irradiazioni lungo la coscia e la parte inferiore della gamba dx dorso-laterale fin sopra la caviglia"; cfr., comunque, il certificato 24 ottobre 1995 del dott. \_\_\_\_\_, in cui si fa già accenno alla presenza di una sindrome lombovertebrale [doc. \_]). Al riguardo, va sottolineato che nella fattispecie poc'anzi evocata, la sindrome lombare è insorta circa 8 anni dopo l'evento traumatico che ha interessato il piede destro e quindi ne è stata negata la natura traumatica. Da notare che un discorso analogo deve pure valere per i disturbi al piede sinistro, così come indicato dal medico di circondario dell'\_\_\_\_\_, dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia ortopedica, in un suo rapporto citato nella STCA del 10 febbraio 2003 nella causa R., inc. 35.2002.82, consid. 2.10., cresciuta in giudicato ("È ben conosciuto che soltanto un accorciamento di una gamba di più di 6 cm può provocare dolori alla schiena oppure all'altra gamba"). In esito alle considerazioni che precedono, è dunque a ragione che la \_\_\_\_\_ ha valutato la capacità lavorativa del ricorrente facendo astrazione dai disturbi di natura psichica, così come da quelli che interessano la regione lombare ed il piede sinistro. Se ne deduce, quindi, che non si può ritenere l'assicuratore LAINF vincolato dalla valutazione dell'invalidità effettuata dall'\_\_\_\_\_. 2.12. Dalle tavole processuali - in particolare dal referto del 14 marzo 2002 del dott. \_\_\_\_\_ - si evince che la \_\_\_\_\_ ha definito la capacità lavorativa di \_\_\_\_\_ (e, in ultima analisi, pure il suo diritto ad una rendita di invalidità) in maniera scalare a partire dall'ultimo intervento operatorio a cui è stato sottoposto (6 dicembre 1999), prendendo in considerazione unicamente la ricostruzione della metatarsofalangea II (cfr. doc. \_\_, p. 2). Con riferimento all'art. 36 cpv. 2 LAINF, l'assicuratore LAINF l'ha ritenuto inapplicabile, siccome, citiamo:

"... nel caso concreto debbono essere valutate le sole conseguenze dell'infortunio assicurato in base alla consolidata giurisprudenza (DTF 121 V 133)" (IV, p. 4). Il modo di procedere scelto dall'assicuratore LAINF convenuto non può essere condiviso dal TCA. Secondo l'art. 36 cpv. 2 LAINF, le rendite di invalidità, le indennità per menomazione all'integrità e le rendite per superstiti sono adeguatamente ridotte se il danno alla salute o la morte è solo in parte imputabile all'infortunio (prima frase). Per la riduzione delle rendite non si terrà tuttavia conto delle affezioni anteriori non pregiudizievoli alla capacità di guadagno (seconda frase). L'applicazione di questa disposizione presuppone che l'infortunio ed un evento non assicurato abbiano causato assieme il danno alla salute. Per contro, l'art. 36 cpv. 2 LAINF, non è applicabile quando l'infortunio e l'evento non assicurato abbiano provocato dei danni senza correlazione reciproca, che necessitano di terapie differenti, ad esempio, perché interessano parti diverse del corpo. In questo caso, le conseguenze dell'infortunio assicurato vanno valutate separatamente (cfr. DTF 126 V 117 consid. 3a, 121 V 333 consid. 3c, 113 V 58 consid. 2 ed i riferimenti ivi menzionati). La riduzione di una rendita di invalidità secondo l'art. 36 cpv. 2 seconda frase LAINF è legittima soltanto se il preesistente stato patologico, che ha causato il danno alla salute unitamente all'infortunio, già prima di quest'ultimo evento era all'origine di una riduzione della capacità di guadagno. Al proposito, occorre rilevare che, secondo il tenore letterale e lo scopo di questa disposizione, non è sufficiente una riduzione della capacità lavorativa. Affinché si possa procedere ad una riduzione della rendita, è necessario che lo stato patologico preesistente abbia carattere invalidante e che l'incapacità lucrativa insorta già prima dell'infortunio, abbia raggiunto un grado importante (cfr. DTF 121 V 331s. consid. 3b; RAMI 1996 U 244 p. 148ss. consid. 6b). In data 26 agosto 1994, \_\_\_\_\_ ha riportato un trauma distorsivo all'avampiede destro con lussazione del II dito. Il 25 ottobre 1994, egli è stato sottoposto, da parte del dott. \_\_\_\_\_, ad un intervento chirurgico di riposizione del dito lussato ed osteosintesi con filo di Kirschner, i cui costi sono andati a carico della \_\_\_\_\_ (cfr. doc. \_ e doc. \_). Dopo appena 3 giorni il materiale di osteosintesi ha dovuto essere asportato a causa di un'infezione (doc. \_). In ragione della persistenza dei disturbi all'avampiede destro, soprattutto alla stazione eretta, in data 23 ottobre 1995, l'insorgente è stato visitato dal medico di fiducia della \_\_\_\_\_, dott. \_\_\_\_\_, il quale - tenuto conto dei soli postumi infortunistici (una sub-anchilosi del II raggio con sub-lussabilità della metatarsofalangea del piede destro) - ha dichiarato l'assicurato totalmente abile al lavoro a decorrere dal 20 novembre 1995 (cfr. doc. \_). In realtà, quanto stabilito dal dott. \_\_\_\_\_ non è stato concretizzato dall'assicuratore LAINF, e ciò alla luce delle indicazioni contenute nel rapporto 30 maggio 1996 del Prof. dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia ortopedica, il quale, diagnosticata una "chiara sublussazione della falange base dell'articolazione MP II a destra con importante dolore della testa metatarsale II che è in posizione abb. plantare per il fatto di questa lussazione", ha consigliato l'esecuzione di una "« Débasirung » , ossia una resezione della parte prossimale della falange di base di circa 4-5 mm + incisione della capsula articolare MP II plantare" (doc. \_). Questa operazione è stata eseguita l'11 novembre 1996 da parte dello stesso Prof. \_\_\_\_\_ (doc. \_) ed i relativi costi sono nuovamente stati assunti dall'assicuratore convenuto (cfr. doc. \_). Nonostante quest'ultimo passo terapeutico, la situazione a livello del piede destro non è sensibilmente migliorata, se è vero che, ancora nel mese di marzo 1997, il Prof. \_\_\_\_\_ riferiva che, citiamo: "il dito II destro operato in novembre (v. rapporto) è abbastanza mobile e meno dolente, però è sempre in posizione di leggera estensione dorsale a causa dell'alluce valgo a esso sottostante. Attualmente il paziente lamenta forti metatarsalgie al dito III e IV, e come

detto al dito II ma meno spiccate, con formazione di calli alla pianta del piede (doc. \_). Interpellato dalla \_\_\_\_\_ in merito, il Prof. \_\_\_\_\_, in data 2 aprile 1997, ha riconosciuto che anche i disturbi accusati alle dita III e IV, erano da imputare all'evento infortunistico (cfr. doc. \_). In data 9 ottobre 1997, il ricorrente è stato periziato, per conto dell'assicuratore infortuni, presso il Servizio di chirurgia ortopedica dell'Ospedale cantonale di \_\_\_\_\_. A mente dei sanitari friborghesi, i disturbi lamentati da \_\_\_\_\_ ("douleurs plantaires II-III et dorsales II à droite avec dysesthésies locales et une sensibilité aux changements de temps") andavano ricondotti, in parte (ca. 25%), allo stato post-operatorio e, in parte, ad un difetto d'appoggio dell'avampiede destro (cfr. doc. \_, p. 6). Con scritto del 3 febbraio 1999, il Prof. \_\_\_\_\_ ha fatto stato di un dito II sempre in posizione di contrattura di flessione, imputando tale fenomeno, da un lato, alla testa falangea del II dito in posizione plantare con retrazione e raccorciamento del tendine estensore e, dall'altro, all'alluce valgo con metatarso varo che spinge il II dito verso valgo e verso l'alto. Egli ha quindi proposto, la correzione dell'alluce valgo, seppur asintomatico, e la revisione del II dito con allungamento del tendine estensore (cfr. doc. \_). In data 29 ottobre 1999, il ricorrente ha privatamente consultato il Prof. dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia ortopedica. Secondo questo specialista, \_\_\_\_\_ presentava un piede destro piatto con metatarsalgie da ipercarico a livello del II e III dito, ritenendo perciò indicata una completa ricostruzione dell'avampiede (cfr. doc. \_). Il 6 dicembre 1999, il Prof. \_\_\_\_\_ ha quindi sottoposto l'assicurato ad una osteotomia correttiva del metatarsale I, osteotomia della falange basale MP1 secondo Akin e ricostruzione di MP2 tramite osteotomia di M2 e M3 (cfr. doc. \_). Anche in questo caso, la \_\_\_\_\_ ha riconosciuto la propria responsabilità (cfr. doc. \_). Nel prosieguo, il decorso post-operatorio è stato complicato dall'insorgenza di una distrofia di Sudeck (cfr. doc. \_). In data 30 maggio 2000, l'assicurato è stato visitato dal dott. \_\_\_\_\_, Primario del reparto di ortopedia dell'Ospedale regionale di \_\_\_\_\_. All'esame clinico, il dott. \_\_\_\_\_ ha constatato una recidiva subtotale della deformazione in valgo dell'alluce, con discreti dolori mediale e, globalmente, una rigidità delle articolazioni metatarso-falangea del I, II e III dito, con disturbi principalmente localizzati in sede plantare sotto la testa del IV dito (doc. \_). Con certificazione del 20 marzo 2001, il Prof. dott. \_\_\_\_\_ ha indicato che, citiamo: "... l'alluce destro è in buona posizione e ben caricato. Il II dito metatarsale funzionalmente è molto caricato, il III metatarsale, il IV metatarsale come pure le dita presentano delle metatarsalgie reattive con formazioni callose. La mobilità è ridotta alle dita I, II, III e IV" (cfr. doc. \_). Nel corso del mese di agosto 2001, \_\_\_\_\_ ha soggiornato presso il \_\_\_\_\_, dove è stato sottoposto a degli accertamenti pluridisciplinari per conto dell'assicurazione per l'invalidità. In data 16 agosto 2001, egli è stato visto dal dott. \_\_\_\_\_, attualmente Primario del reparto di ortopedia-traumatologia dell'Ospedale regionale di \_\_\_\_\_. Queste le conclusioni contenute nel relativo referto del 23 agosto 2001: "...). I disturbi lamentati dal paziente sono credibili e non sussiste alcuna tendenza ad aggravarli. Il mio esame clinico mostra la persistenza di un difetto di appoggio dell'avampiede destro con deformazione residuale dell'alluce e persistenza di metatarsalgia II-III. Sul piano professionale il paziente svolge le attività di albergatore indipendente e cuoco. La problematica del piede destro rappresenta quindi una chiara limitazione nelle attività da svolgere in piedi. Ritengo quindi che il paziente non presenta una significativa limitazione nelle sue attività amministrative, mentre nelle sue attività di cuoco, di gestione e di controllo si può valutare un'incapacità del 40-50% " (VII 3, p. 2 in fine). In data 24 ottobre 2002, ai fini dell'istruttoria di causa, lo scrivente Tribunale ha interpellato il dott.

\_\_\_\_\_, invitandolo a rispondere ai seguenti quesiti: " (...). Ai fini dell'istruttoria di causa - tenuto conto del fatto che, in occasione dell'infortunio del 26 agosto 1994, \_\_\_\_\_ ha lamentato una lussazione del II dito del piede destro e che, nel prosieguo, egli è stato sottoposto a molteplici interventi operatori (cfr. riassunto degli atti contenuto nella perizia 7.9.2001 del \_\_\_\_\_: riposizione ed osteosintesi con filo di Kirschner il 25 ottobre 1994; resezione articolare media, badasierung ed osteotomia subcapitale II dito secondo Helal nonché asportazione di tessuto fibroso dell'articolazione MO a destra l'11 novembre 1996; osteotomia correttiva del metatarsale I, osteotomia della falange basale MP1 secondo Akin e ricostruzione di MP2 tramite osteotomia di M2 e M3 il 6 dicembre 1999) - la invitiamo a volere rispondere ai seguenti quesiti: 1. A suo avviso, è o meno corretto affermare che - tenuto conto dei soli postumi dell'infortunio dell'agosto 1994, rispettivamente, delle sequele dei provvedimenti terapeutici resisi necessari nel prosieguo - \_\_\_\_\_ ha ritrovato una piena capacità lavorativa a far tempo dal giugno 2000? Voglia, p.f., motivare la sua risposta. 2. I disturbi da lei osservati al piede destro dell'assicurato e che si trovano all'origine della certificata incapacità lavorativa, sono da considerare totalmente estranei all'infortunio del 26 agosto 1994, rispettivamente, agli atti terapeutici che ne sono seguiti? 3. È o meno possibile distinguere nettamente i disturbi (eventualmente) ancora provocati dal danno alla salute in relazione di causalità naturale con l'infortunio dell'agosto 1994 (rispettivamente, con le sequele delle misure terapeutiche resesi necessarie nel prosieguo) da quelli invece da ricondurre a fattori extra-infortunistici? (...) " (VIII) Queste le risposte fornite dal chirurgo ortopedico il 30 gennaio 2003: " (...). Ad 1. Ho visto il paziente unicamente in data 16.8.01. Non posso giudicare la capacità lavorativa nel 2000. Mi sembra improbabile che le sue condizioni fisiche siano state tali da avere una capacità lavorativa totale. Ad 2. No. Ad 3. No (...) " (XII) Il 12 febbraio 2003, il TCA ha ripreso contatto con il dott. \_\_\_\_\_, al quale è stato chiesto di puntualmente motivare la risposta da lui fornita al quesito n. 3 (cfr. XIII). Questo il contenuto del suo rapporto 21 febbraio 2003: " (...). A livello del piede destro il Sig. \_\_\_\_\_ presenta una sintomatologia di metatarsalgia (dolore a livello delle testine dei metatarsi) dovuta a un iper-appoggio locale. Questa sintomatologia comparsa dopo l'infortunio del 1994 è da considerare come conseguenza di tale infortunio. Purtroppo la configurazione anatomica dell'avampiede del Sig. \_\_\_\_\_, con presenza di un alluce valgo e di una relativa iper-mobilità del I° raggio, rappresenta pure una causa possibile di metatarsalgia. Risulta dunque impossibile distinguere nettamente i disturbi causati dal danno alla salute in relazione di causalità naturale con l'infortunio dell'agosto 1998 (rispettivamente con le sequele delle misure terapeutiche resesi necessarie ne prosieguo) da quello invece da ricondurre a fattori extra infortunistici." (XVI) Chiamato dalla \_\_\_\_\_ a prendere posizione riguardo alle risposte fornite al TCA dal dott. \_\_\_\_\_, il dott. \_\_\_\_\_, in data 12 marzo 2003, ne ha contestato la fondatezza, osservando: " (...). Il dott. \_\_\_\_\_ esaminò il paziente unicamente una volta (come lui stesso sottoscrive nel suo certificato) il 16.8.2001 su incarico dell'Assicurazione Invalidità senza, per altro, essere chiamato ad esprimersi sulla questione della causalità. In questo contesto, lo specialista affermò, inizialmente, che poiché tutti i disturbi intervennero dopo l'infortunio del 1994, tutto fosse da considerare post-infortunistico: naturalmente sappiamo bene come il "post hoc ergo propter hoc" non esiste in ambito infortunistico e pertanto tale ragionamento non è accettabile. D'altro canto, tuttavia, sempre lo specialista nella ulteriore risposta del 21.2.2003 riconosce esservi anche delle altre componenti indipendenti da infortunio, sottolineando quantunque come per lui resti impossibile distinguere i disturbi causati

dall'infortunio e quelli di natura non infortunistica. Ora, se da un lato possa essere comprensibile il fatto di questo mancato distinguo poiché egli non fu chiamato ad esprimersi da AI riguardo la causalità, d'altra parte egli omette di segnalare che, nella medesima valutazione esperita per AI, lui stesso riscontrò anche a livello del piede sinistro (mai infortunato quindi) una metatarsalgia ai raggi II-III su alluce valgo e secondo dito a martello. Malgrado tali contraddizioni, resta evidente e si conferma ulteriormente il fatto che la persona esaminata fosse comunque portatrice di sintomatologia pressoché sovrapponibile ad entrambi i piedi su una configurazione anatomica bilaterale praticamente identica. Sostanzialmente su questi elementi, giunti alle conclusioni peritali con la conseguente valutazione di definizione che riconfermo. (...) " (XIX 3) Attentamente valutata la documentazione poc'anzi riassunta, il TCA, in primo luogo, considera dimostrato, con un sufficiente grado di verosimiglianza, che i disturbi lamentati da \_\_\_\_\_ all'avampiede destro siano, almeno in parte, ancora riconducibili all'infortunio del 26 agosto 1994, rispettivamente, ai provvedimenti terapeutici successivamente applicatigli. Ciò - oltre ad essere stato esplicitamente ammesso dal dott. \_\_\_\_\_ (cfr. XII, risposta al quesito n. 2) - non appare invero neppure contestato dall'assicuratore LAINF convenuto, il quale ha riconosciuto all'assicurato un'IMI del 5% (cfr. doc. \_), proprio per tenere conto della memomazione dell'integrità risultante dai postumi residuali all'avampiede destro. Posto come l'esistenza di un nesso di causalità naturale (ed adeguata) costituisca un presupposto necessario per fondare il diritto alle prestazioni - a prescindere dalla loro natura (cfr., in questo senso, DTF 127 V 102ss.) - la \_\_\_\_\_, qualora avesse inteso dichiarare completamente estinto il legame causale con l'infortunio, avrebbe logicamente dovuto negare all'assicurato anche il diritto all'IMI. In secondo luogo, occorre pure ritenere che il quadro dei disturbi è a tal punto complesso che una chiara differenziazione fra disturbi di natura traumatica e disturbi derivanti invece da fattori extra-infortunistici (particolare configurazione anatomica dell'avampiede destro, caratterizzata dalla presenza di una recidiva di alluce valgo), si avvera decisamente difficoltosa (cfr., al proposito, il rapporto 21.2.2003 del dott. \_\_\_\_\_, acquisito agli atti sub XVI). In questo senso, il TCA non può condividere l'opinione, espressa dalla \_\_\_\_\_, secondo cui l'art. 36 cpv. 2 LAINF risulterebbe in concreto inapplicabile e che occorrerebbe valutare separatamente le conseguenze dell'infortunio assicurato. Al proposito, va segnalato che in una sentenza del 7 agosto 2001 nella causa K., U 240/99, consid. 3a - parzialmente pubblicata in RAMI 2001 U 439, p. 347ss. - il TFA ha deciso in questo stesso modo, trattandosi di un assicurato che aveva riportato una contusione del nervo ulnare, lamentando finalmente una paresi ulnare prossimale con punto di partenza a livello del gomito destro. Successivamente, egli aveva pure presentato degli impedimenti nella mobilità della spalla destra. Orbene, in questa fattispecie, la Corte federale ha applicato l'art. 36 cpv. 2 seconda frase LAINF, sottolineando l'impossibilità di chiaramente separare, l'uno dagli altri, il danno alla salute di origine infortunistica ed i disturbi alla spalla destra, e ciò già da un punto di vista anatomico, considerato il percorso del nervo ulnare nella regione dell'avambraccio e della spalla. Il danno infortunistico al gomito destro è quindi stato giudicato suscettibile di influenzare la funzionalità della spalla destra: " (...). Aufgrund dieser auf einer umfassenden Berücksichtigung der Vorakten, der geklagten Beschwerden sowie der objektiven Untersuchungsbefunde beruhenden Aussagen, welche auch von den Ärzten der SUVA nicht in Zweifel gezogen werden, lassen sich der unfallbedingte Gesundheitsschaden und die Beeinträchtigung der Schulterbeweglichkeit nicht klar voneinander trennen, und zwar schon rein anatomisch aufgrund des Verlaufes des

Nervus ulnaris im Oberarm- und Schulterbereich nicht. Der unfallbedingte Gesundheitsschaden im Bereich des Ellenbogens erscheint somit durchaus geeignet, die Funktionen des Schultergelenkes zu beeinflussen. Davon geht auch Prof. Dr. med. \_\_\_\_\_ aus, wenn er sagt, die Folgen der Kontusion des Nervus ulnaris beschränkten sich nicht auf die sensible Ulnarisparesse, sondern es sei insgesamt eine erhebliche Funktionsbehinderung des ganzen rechten Armes entstanden. Dass die Ellenbogen-Verletzung in keinem Zusammenhang mit der resp. einer allfälligen (vorbestanden) Periarthropathie an der Schulter steht, wie Dr. med. P. \_\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 26. November 1996 schreibt, leuchtet ohne weiteres ein. Dies hindert indessen nicht die Feststellung, dass im Sinne eines neurologischen Zusammenhangs in Bezug auf die Beeinträchtigung im Bereich von Ellenbogen und Hand rechts sowie der Schulter rechts zwei sich überschneidende Krankheitsbilder vorliegen. Dieser Konnex ergibt sich daraus, dass gemäss Bericht des Dr. med. R. \_\_\_\_\_ vom 15. November 1995 bei bestimmten Armbewegungen, insbesondere bei Armstreckung starke Schmerzen u.a. an der Beugeseite des ulnaren Vorderarmes auftreten, welche, wie dargelegt, zum Oberarm und zur Schulter ausstrahlen und zumindest auf diese Weise deren Beweglichkeit einschränken. Da Hinweise in den Akten fehlen, dass vor dem Unfall die Erwerbsfähigkeit wegen Affektionen im rechten Schulterbereich erheblich vermindert war, ist entgegen Vorinstanz und \_\_\_\_\_ die Behinderung im Gebrauch dieses Körperteils bei der Invaliditätsbemessung selbst dann zu berücksichtigen, wenn sie auf einen unfallfremden (degenerativen) Vorzustand oder eine spätere Erkrankung zurückzuführen wäre (Art. 36 Abs. 2 zweiter Satz UVG)" (STFA succitata). A proposito delle obiezioni sollevate dal dott. \_\_\_\_\_ nel suo referto del 12 marzo 2003, il Tribunale osserva quanto segue. Il fatto che il dott. \_\_\_\_\_ abbia periziato \_\_\_\_\_ nel quadro degli accertamenti predisposti dall'assicurazione per l'invalidità, non gli ha certo impedito, in seguito, di discutere, con cognizione di causa, anche l'aspetto eziologico. Con il suo rapporto del 30 gennaio 2003, lo specialista in chirurgia ortopedica ha risposto negativamente alla questione a sapere se i disturbi constatati a livello dell'avampiede destro fossero da considerare completamente estranei all'infortunio assicurato, rispettivamente, alle misure terapeutiche successivamente poste in atto (cfr. VIII e XII, risposta al quesito n. 2). Con il suo secondo referto, il dott. \_\_\_\_\_ ha indicato, coerentemente, che i disturbi accusati dal ricorrente all'avampiede destro hanno un'origine multifattoriale, in parte traumatica, in parte morbosa (cfr. XVI). Non è pertanto ravvisabile alcuna contraddizione nel suo agire. È vero che il dott. \_\_\_\_\_ ha visitato l'assicurato una sola volta. Tuttavia, anche il dott. \_\_\_\_\_ ha avuto modo di esaminare \_\_\_\_\_ in una sola occasione, per di più nel lontano mese di ottobre 1995 (cfr. doc. \_). D'altro canto, non può neppure essere ignorato che già allora il medico fiduciario della \_\_\_\_\_ aveva ritenuto - a posteriori erroneamente - che le sequele dell'evento traumatico dell'agosto 1994 non rappresentavano più un ostacolo all'esercizio dell'attività lavorativa dell'insorgente. In sede di decisione su opposizione, l'assicuratore LAINF ha rilevato che i medici del \_\_\_\_\_ hanno enumerato, fra le diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa, proprio lo "stato dopo sublussazione traumatica metatarsofalangea II al piede ds., nell'agosto 1994, trattata due volte con osteosintesi nel 1994 e nel 1996" (cfr. doc. \_ in fine). Per questa ragione, la \_\_\_\_\_ ha, da parte sua, negato l'esistenza di un'incapacità lavorativa. Al proposito, a prescindere dal fatto che non è per nulla chiaro da dove i dottori \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ abbiano potuto trarre una simile conclusione - certamente non dal referto 23 agosto 2001 del dott. \_\_\_\_\_, il quale, come ha sottolineato il medico fiduciario della \_\_\_\_\_,

non si è espresso riguardo alla causalità (cfr. VII 3) - essa appare in contraddizione con quanto gli stessi due sanitari hanno indicato a pagina 11 del loro rapporto peritale, ossia che ha un influsso sulla capacità lavorativa la "metatarsalgia II-III al piede ds. con recidiva di alluce valgo su stato dopo molteplici interventi dell'avampiede ds." (cfr. VII 3, p. 11), ricordato che questi interventi chirurgici - effettuati con il consenso dell'assicuratore LAINF, che ne ha pure assunto i relativi costi - sono stati eseguiti, almeno in parte, per la cura di un danno alla salute causato dall'infortunio assicurato (cfr. consid. 2.4.). In conclusione, nella concreta evenienza - posto come dagli atti all'inserto non emerge affatto che, anteriormente all'infortunio dell'agosto 1994, \_\_\_\_\_ abbia presentato un'incapacità lucrativa a causa di una particolare conformazione dell'avampiede destro - in ossequio all'art. 36 cpv. 2 seconda frase LAINF, la \_\_\_\_\_ avrebbe dovuto valutare la capacità lavorativa dell'assicurato (e, di conseguenza, anche il suo eventuale diritto ad una rendita di invalidità), prendendo in considerazione lo stato del piede destro nel suo insieme.

2.13. Con il proprio gravame, \_\_\_\_\_ ha pure chiesto che gli vengano riconosciuti i mezzi ausiliari (scarpe ortopediche e solette ortopediche), previsti all'art. 1 OMAINF e alla cifra 4 dell'elenco ivi allegato (cfr. I, p. 5). In realtà, né con la decisione formale del 22 marzo 2002 (cfr. doc. \_) né, tantomeno, con quella su opposizione del 18 giugno 2002 (cfr. doc. \_), l'assicuratore LAINF convenuto si è pronunciato a proposito della suddetta pretesa dell'assicurato. Anche con la propria risposta di causa, l'assicuratore convenuto si è astenuto dall'esprimersi nel merito della questione. In siffatte condizioni - ricordato che, per costante giurisprudenza, la decisione impugnata costituisce il presupposto ed il contenuto della contestazione sottoposta all'esame giudiziale (cfr. DTF 110 V 51 consid. 3b e giurisprudenza ivi citata; DTF 122 V 36 consid. 2a; SVR 1997 UV81, p. 294; STFA 12.10.1998 in re G.; STCA 24.10.1991 in re N. G., 4.5.1992 in re G. V., 3.9.1998 in re C. e 9.4.1999 in re G. V.) - questa Corte non può esaminare questo specifico aspetto. La \_\_\_\_\_ è comunque invitata a volersi pronunciare - senza indugio - circa il diritto dell'assicurato al rimborso dei costi per l'acquisto di scarpe e solette ortopediche.

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