

## **TI\_GERICHTE 35.2003.61 vom 17. Juni 2003**

TI Tribunale d'appello, 2003-06-17, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_35.2003.61](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2003.61)

FR: TI\_GERICHTE 35.2003.61 du 17 juin 2003

IT: TI\_GERICHTE 35.2003.61 del 17 giugno 2003

### **Regeste**

Sentenza o decisione senza scheda

### **Volltext**

Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 28.01.2004 35.2003.61 Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 28.01.2004 35.2003.61 Ticino Tribunale cantonale delle assicurazioni 28.01.2004 35.2003.61

Sentenza o decisione senza scheda

Raccomandata Incarto n. 35.2003.61 mm Lugano 28 gennaio 2004 In nome della Repubblica e Cantone del Ticino Il presidente del Tribunale cantonale delle assicurazioni Giudice Daniele Cattaneo con redattore: Maurizio Macchi , vicecancelliere segretario: Fabio Zocchetti statuendo sul ricorso del 18 settembre 2003 di \_\_\_\_\_ rappr. da: \_\_\_\_\_ contro la decisione del 17 giugno 2003 emanata da \_\_\_\_\_ rappr. da: \_\_\_\_\_ in materia di assicurazione contro gli infortuni ritenuto, in fatto 1.1. In data 13 giugno 2001, \_\_\_\_\_ - alle dipendenze della ditta \_\_\_\_\_ in qualità di panettiere e, perciò, assicurato d'obbligo contro gli infortuni presso \_\_\_\_\_ - entrando in mare, ha urtato contro uno scoglio, procurandosi una profonda abrasione alla parte centrale della gamba sinistra (cfr. doc. \_ e \_). Il caso è stato assunto dall'assicuratore LAINF, il quale ha regolarmente corrisposto le prestazioni di legge. 1.2. Con decisione formale dell'8 novembre 2002, \_\_\_\_\_ ha negato il diritto ad ulteriori prestazioni a far tempo dal 16 settembre 2002, difettando, da tale data, un nesso di causalità naturale con l'infortunio del giugno 2001 (cfr. doc. \_). A seguito dell'opposizione interposta dall'\_\_\_\_\_ per conto dell'assicurato (cfr. doc. \_), \_\_\_\_\_, in data 17 giugno 2003, ha confermato il contenuto della sua prima decisione (doc. \_). 1.3. Con tempestivo ricorso del 18 settembre 2003, \_\_\_\_\_, sempre patrocinato dall'\_\_\_\_\_, ha chiesto l'annullamento dell'impugnata decisione su opposizione, argomentando: " (...). A. Il nostro assistito non è stato sottoposto ad alcun intervento di chirurgia plastica, peraltro sconsigliato sia dai medici italiani sia dal medico di parte dell'assicurazione, il principale problema di salute sofferto dal nostro assistito è dato dalla mancata rimarginazione dell'ulcera formatasi a seguito dell'infortunio; B. Il medico di parte, dottor \_\_\_\_\_, nel corso delle visite di controllo cui aveva sottoposto il nostro assistito, aveva riscontrato un andamento altalenante delle condizioni di salute, in particolare aveva registrato delle ricadute non appena il nostro assistito tentava di forzare l'arto infortunato, sia nel tentativo di riprendere l'attività lavorativa, ma anche nella vita quotidiana (vedere certificati medici del 10.11.2001 e del 22.04.2002); C. Giusta l'art. 9 cpv. 1 OAINF, nel quale, per definizione, si intende infortunio l'azione repentina, involontaria e lesiva che colpisce il corpo umano dovuta ad un fattore esterno straordinario, è stato confermato in più di un'occasione da sentenze federali (ad esempio DTF 123 V 43) che un infortunio capitato ad

un soggetto stante in uno stato degenerativo o patologico preesistente, non esclude l'obbligo di corrispondere le prestazioni da parte del competente Istituto assicuratore contro gli infortuni, a condizione che un evento a carattere infortunistico abbia aggravato oppure reso manifesto il preesistente danno alla salute . D. Riteniamo inoltre nello specifico, applicabile l'articolo 36 LAINF, nel quale viene testualmente enunciato "Le prestazioni sanitarie, i rimborsi delle spese, le indennità giornaliere e gli assegni per grandi invalidi non sono ridotti se il danno alla salute è solo in parte conseguenza dell'infortunio. E. In merito alla respinta dell'opposizione del 17.06.2003 vorremmo precisare: - al punto 5 L'assicurazione non ha provveduto a verificare la veridicità dei certificati medici attestanti lo stato di totale incapacità lavorativa per i postumi infortunistici, con date successive alla visita presso il dottor \_\_\_\_\_ che, ricordiamo, è avvenuta il 31.07.2002 nella quale ritiene probabile una ripresa dell'attività lavorativa da settembre; - al medesimo punto non riusciamo a comprendere l'affermazione: "... in caso di assenza di prove ... la decisione è sfavorevole alla parte che cerca di fare derivare un diritto da una circostanza rimasta indimostrata", infatti si è provveduto a segnalare la perdurante incapacità lavorativa mediante trasmissione di certificati medici recanti i giorni assegnati dal medico per incapacità lavorativa causata da postumi infortunistici; - al punto 6 L'assicurazione afferma: "... un intervento di chirurgia plastica non può essere assunto dalla \_\_\_\_\_ ..." e prosegue "... benché richiesto, l'opponente non ha ritenuto di presentare il rapporto di intervento eseguito accompagnato da un certificato medico dettagliato". A tale proposito vorremmo precisare: - non si è trattato di un intervento di chirurgia plastica, ma di un intervento di stripping safenico: l'intervento si è reso necessario per il persistere dello stato ulceroso della ferita causata dall'infortunio, come indicato dal dottor \_\_\_\_\_ nel certificato del 03.09.2003: - L'assicurazione ha chiesto i documenti relativi all'intervento al nostro assistito mediante lettera datata 13.05.2003, l'interessato si è rivolto all'ospedale dove si è svolta l'operazione ed ha ottenuto il certificato richiesto il 29.05.2003. Lo scrivente ha inviato quanto richiesto con lettera del 10.06.2003, ma l'assicurazione ha respinto il ricorso mediante lettera datata 17.06.2003, senza indicare peraltro l'avvenuto ricevimento della documentazione richiesta. F. In conclusione è nostra convinzione che l'intervento subito dall'assicurato sia da ritenere la prosecuzione obbligata delle terapie di recupero dell'integrità fisica, degenerata a seguito dell'infortunio, in quanto le cure somministrate fino a qual momento avevano dato miglioramenti soltanto parziali e temporanei, ma non erano state in grado di rimarginare la ferita divenuta ulcerosa. G. Per tali motivi sopra indicati riteniamo applicabile quanto definito dall'art. 36 LAINF, capoverso uno, e sia conseguentemente concessa l'indennità temporanea fino alla data di completa e effettiva guarigione " (I). 1.4. La \_\_\_\_\_, in risposta, ha postulato un'integrale reiezione dell'impugnativa, con argomenti di cui si dirà, per quanto occorra, nei considerandi di diritto (cfr. III). 1.5. In data 10 ottobre 2003, \_\_\_\_\_ ha replicato, in particolare, quanto segue: " (...). 1) In merito a quanto indicato al punto "d" - pagina 2 Ribadiamo che la nostra opposizione è intesa ad ottenere la concessione dell'indennità temporanea di infortunio in favore del nostro assistito fino alla data di effettiva guarigione dai problemi fisici causati dall'infortunio del 13.06.2001, guarigione avvenuta il 04.04.2003, come certificato dal dottor \_\_\_\_\_ nello scritto del 03.09.2003, già in Vostro possesso. Tutti i certificati medici di incapacità lavorativa rilasciati dal medico di fiducia del nostro assistito, indicano tutti la medesima dicitura: " necessità di ulteriori ... giorni di riposo ", in quanto si trattava di regolare prosecuzione dell'incapacità lavorativa riferita al caso d'infortunio in questione (certificati datati 25.06.2001, 08.07.2001, 04.08 2001, 0512.2001, 05.01 2002, 04.02.2002, 04.03.2002,

04.04.2002, 06.06.2002, 06.07.2002 allegati all'incarto dell'assicurazione). 2) In merito a quanto evidenziato il 02.09.2003 dal dottor \_\_\_\_\_ (punto e): Le affermazioni del medico di parte non possono che confermare l'applicabilità dell'art. 36 LAINF - comma 1. Lo stesso dottore nella propria relazione del 18.06.2002 aveva consigliato un intervento chirurgico per il trattamento definitivo dello stato ulceroso, dato che le cure cui il nostro assistito si era sottoposto fino al quel momento non avevano prodotto effetti di rilievo e comunque con esito altalenante di rimarginazione e successiva riapertura della ferita (certificati del dott. \_\_\_\_\_ del 10.11.2001 e 22.04.2002). Il dottor \_\_\_\_\_ nella medesima relazione del 18.06.2002, ha inoltre affermato: " qualora non vi fossero le condizioni per tale intervento si provvederà ad una revisione del caso con possibile certificazione di abilità al 100% ". Nel rispetto di quanto sopra riportato, il nostro assistito si è subito presentato presso il servizio medico in Italia per effettuare i dovuti accertamenti pre-intervento (eco-doppler del 25.06.2002), poi lo stesso è stato messo in lista di attesa, terminata con l'intervento subito il 03.10.2002. Durante il decorso post-operatorio l'assicurato è stato seguito dal servizio medico presso l'ospedale di \_\_\_\_\_, sostenendo regolari visite di controllo con spese a proprio carico (alleghiamo le fatture pagate), fino al 04.04.2003, data decretata di avvenuta guarigione clinica. Riteniamo che se l'assicurazione in causa avesse deciso di optare per sottoporre l'assicurato all'intervento operatorio, avrebbe potuto e dovuto valutare la possibilità di un intervento chirurgico presso una struttura ospedaliera in Svizzera, in considerazione dei tempi di attesa previsti in Italia " (V). 1.6. Queste invece le considerazioni che l'assicuratore LAINF convenuto ha espresso il 17 ottobre 2003: " (...). La Compagnia ha preso atto delle precisazioni fatte da controparte in merito alle domande di giudizio ed osserva in proposito che giusta l'art. 16 cpv. 1 LAINF, l'assicurato ha diritto all'indennità giornaliera se è totalmente o parzialmente incapace di lavorare a seguito di un infortunio. Il diritto all'indennità giornaliera nasce il terzo giorno successivo a quello dell'infortunio e si estingue con il ripristino della piena capacità lavorativa (art. 16 cpv. 2 LAINF). Inabilità lavorativa significa incapacità, derivante da un danno alla salute, di svolgere un lavoro ragionevolmente esigibile (DTF 111 V 239, cons. 1b). È il medico che stabilisce se, ed eventualmente in che misura e per quali attività, esiste un pregiudizio della capacità lavorativa derivante dall'infortunio. Gli atti medici costituiscono quindi una base importante per giudicare quale prestazione lavorativa si può ancora ragionevolmente pretendere dall'assicurato (DTF 105 V 158 cons. 1). Conformemente all'obbligo di limitare il pregiudizio subito, vigente pure nel diritto delle assicurazioni sociali, l'assicurato deve fare tutto quanto è ragionevolmente esigibile da lui per attenuare al massimo le ripercussioni dell'infortunio (DTF 113 V 28; 107 V 20, cons. 2c; RCC 1987, p. 432 cons. 4). Ora, l'interessato essendo abile al lavoro al 100% dal 1° settembre 2002, risulta di meridiana evidenza che nulla può pretendere per tale titolo; è dunque escluso che possa pretendere l'indennità giornaliera, come ora esplicitamente indica, cioè fino al 4 aprile 2003 siccome detta pretesa non è minimamente giustificata. Per la rimanenza si fa riferimento a quanto già espresso in precedenza contestato le asserzioni del ricorrente. Anche se si volesse ammettere per ipotesi di essere in presenza di un peggioramento di uno stato patologico, si deve richiamare la costante giurisprudenza in materia che vuole che nei casi in cui uno stato patologico preesistente subisce un peggioramento oppure si manifesta in seguito ad un evento assicurato, il nesso causale viene a cadere quando il danno alla salute è da imputare esclusivamente a fattori estranei all'infortunio. È quanto capita se viene ristabilito lo stato di salute qual era prima dell'infortunio (status quo ante) oppure se è raggiunto quello che sarebbe sopravvenuto

prima o poi anche senza l'infortunio (status quo sine) (RAMI 1992, n° U 142, cons. 4b con i rinvii ivi citati). Nella fattispecie, lo status quo ante sarebbe stato in ogni caso raggiunto, al più tardi, alla data indicata in precedenza e non come pretende ora il ricorrente. Per quanto concerne ora la domanda relativa a non meglio precisata "rifusione delle spese" (domanda di giudizio n° 5) si fa notare che essa è comunque inammissibile siccome nemmeno circostanziata e comprovata " (VII). in diritto In ordine 2.1. La presente vertenza non pone questioni giuridiche di principio e non è di rilevante importanza (ad esempio per la difficoltà dell'istruttoria o della valutazione delle prove). Il TCA può dunque decidere nella composizione di un Giudice unico ai sensi degli articoli 26 c cpv. 2 della Legge organica giudiziaria civile e penale e 2 cpv. 1 della Legge di procedura per le cause davanti al Tribunale delle assicurazioni (cfr. STFA del 21 luglio 2003 nella causa N., I 707/00; STFA del 18 febbraio 2002 nella causa H., H 335/00; STFA del 4 febbraio 2002 nella causa B., H 212/00; STFA del 29 gennaio 2002 nella causa R. e R., H 220/00; STFA del 10 ottobre 2001 nella causa F., U 347/98 pubblicata in RDAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA del 22 dicembre 2000 nella causa H., H 304/99; STFA del 26 ottobre 1999 nella causa C., I 623/98). Nel merito 2.2. Il 1° gennaio 2003 è entrata in vigore la Legge sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA) del 6 ottobre 2000. Con la stessa sono state modificate numerose disposizioni contenute nella LAINF. Al riguardo va, tuttavia, segnalato che unicamente le norme di procedura, in via di principio, entrano immediatamente in vigore (cfr. SVR 2003 IV Nr. 25, consid. 1.2., pag. 76; DTF 117 V 93 consid. 6b, DTF112 V 360 consid. 4a, RAMI 1998 KV no 37 pag. 316 consid. 3b). Tali disposizioni pertanto si applicano a tutte le decisioni emesse dopo il 1° gennaio 2003. Per quanto concerne invece le norme di diritto materiale, nel diritto delle assicurazioni sociali sono determinanti quei disposti in vigore al momento in cui si è realizzata la fattispecie che esplica degli effetti (cfr. DTF 129 V 1 consid. 1.2.; DTF 127 V 466 consid. 1; DTF 128 V 315=SVR 2003 ALV Nr. 3; SVR 2003 IV Nr. 25 consid. 1.2; STFA del 26 novembre 2003 nella causa J., U 158/03, consid. 1.1). Di conseguenza, nel caso in esame, visto che l'infortunio in questione ha avuto luogo il 13 giugno 2001 e oggetto della presente vertenza è, in primo luogo, l'estinzione o meno del diritto a prestazioni dal 16 settembre 2002, non tornano applicabili le disposizioni di diritto materiale della LPGA, in vigore dal 1° gennaio 2003, eventualmente pertinenti, bensì le norme della LAINF valide fino al 31 dicembre 2002. 2.3. Oggetto della lite è la questione a sapere se \_\_\_\_\_ era o meno legittimata a dichiarare estinto il diritto a prestazioni a far tempo dal 16 settembre 2002. 2.4. Secondo l'art. 16 LAINF, l'assicurato totalmente o parzialmente incapace di lavorare a seguito d'infortunio o di malattia professionale ha diritto all'indennità giornaliera. 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, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), Losanna 1992, p. 91). Questa giurisprudenza è stata codificata dal legislatore federale all'art. 6 LPGA, giusta il quale è considerata incapacità al lavoro qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica o psichica, di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso di incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo di attività. 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 p. 56; 1987 p. 105 consid. 2; 1987 p. 393 consid. 2b; 1989 p. 106 consid. 1d; Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 91).

2.5. 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 giustificarne 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).

2.6. 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).

2.7. Dalle tavole processuali emerge che, in data 13 giugno 2001, entrando nel mare, \_\_\_\_\_ ha urtato uno scoglio, procurandosi una ferita di tipo abrasivo nel terzo inferiore della gamba sinistra (cfr. doc. \_). Il 18 giugno 2001, il suo curante, dott. \_\_\_\_\_, medico-chirurgo, ha certificato una totale incapacità lavorativa a decorrere dal giorno dell'evento infortunistico (cfr. doc. \_ e \_). Persistendo l'inabilità lavorativa, in data 23 luglio 2001, l'assicurato è stato sottoposto ad una visita di controllo da parte del dott. \_\_\_\_\_, medico generalista. In quell'occasione, il medico fiduciario ha constatato la presenza di una ferita alla parte centrale della gamba sinistra, con perdita di sostanza. Egli ha peraltro riconosciuto la natura traumatica dei disturbi lamentati e ritenuto giustificata la situazione di totale incapacità lavorativa (cfr. doc. \_). Il 21 agosto 2001, \_\_\_\_\_ è stato rivisto dal dott. \_\_\_\_\_, il quale, a fronte di uno stato ulceroso nel frattempo migliorato ("Il diametro della lesione cutanea è notevolmente diminuito"), ha previsto una ripresa dell'attività lavorativa dal 4 settembre 2001, a condizione che "... l'ulcera fosse praticamente chiusa ..." (doc. \_). L'insorgente ha effettivamente lavorato sino al 25 settembre 2001, allorché ha presentato una riapertura della nota ulcera alla gamba sinistra. In data 1° ottobre 2001, il medico di fiducia de \_\_\_\_\_ ha perciò nuovamente attestato una completa incapacità lavorativa, "... fino alla completa chiusura dell'ulcera" (doc. \_). Nel prosieguo, le visite fiduciarie di controllo si sono susseguite a scadenze mensili. Il dott. \_\_\_\_\_ (così come del resto il medico curante di \_\_\_\_\_, dott. \_\_\_\_\_) ha costantemente certificato una totale inabilità lavorativa (cfr. doc. \_). In occasione della visita del 31 luglio 2002, il fiduciario de \_\_\_\_\_, rilevato che il caso aveva avuto un'evoluzione decisamente favorevole ("... l'ulcera è quasi completamente chiusa con buona granulazione del tessuto circostante, nessun segno di infetto cutaneo"), ha dichiarato il ricorrente abile al lavoro in misura completa a decorrere dal 1° settembre 2002, senza prevedere ulteriori controlli (cfr. doc. \_). Dagli atti di causa si evince che, in data 3 ottobre 2002, l'assicurato è stato sottoposto ad un intervento chirurgico di "stripping radicale safena interna + legatura sottofasciale di perforanti sec. Linton + varicectomie multiple" presso il Dipartimento di chirurgia dell'Ospedale di \_\_\_\_\_, in presenza di un'ulcera da stasi venosa sovramalleolare interna (cfr. doc. \_). Successivamente, \_\_\_\_\_ è stato seguito dai medici del nosocomio di \_\_\_\_\_, e ciò sino al 4 aprile 2003, quando è stata finalmente constatata una completa cicatrizzazione delle ferite (cfr. doc. \_). Con certificato del 3 settembre 2003, il dott. \_\_\_\_\_ ha affermato che l'intervento di stripping safenico "... si è reso necessario per il persistere dell'ulcera da stasi sovramalleolare sin., alla luce dell'eco doppler venoso (del 25/6/02) che dimostrava insuff. venosa all'arto inf. sin." (doc. \_). Di parere opposto il dott. \_\_\_\_\_, secondo il quale, citiamo: "... l'importante insufficienza venosa cronica era sicuramente preesistente all'incidente ma ha sicuramente ritardato la guarigione dell'ulcera da stasi per cui mi sono sempre chiesto come mai i colleghi italiani non hanno provveduto subito allo stripping radicale. D'altra parte l'intervento non è assolutamente in relazione con il trauma, in quanto se non vi fosse stata la presenza di un'insufficienza cronica avanzata, l'ulcera sarebbe

guarita in tempi molto brevi" (doc. \_). 2.8. Chiamata a pronunciarsi, questa Corte constata che - contrariamente alla previsione formulata dal medico di fiducia de \_\_\_\_\_ in occasione della visita di controllo del 31 luglio 2002 (cfr. doc. \_) - posteriormente al 15 settembre 2002, \_\_\_\_\_ era ancora portatore di un'ulcera nella regione sovramalleolare della gamba sinistra, così come si evince dal rapporto operatorio 6 ottobre 2002 dell'Ospedale di \_\_\_\_\_, in cui si fa esplicito accenno alla persistenza di un'ulcera da stasi venosa sovramalleolare interna (cfr. doc. \_). L'ulcera è migliorata, e finalmente guarita, soltanto dopo che l'assicurato si è sottoposto alla nota operazione chirurgica di stripping safenico (cfr. retro doc. \_, note della dott.ssa \_\_\_\_\_, rispettivamente, della dott.ssa \_\_\_\_\_, relative ai consulti del 22 ottobre 2002 e dell'8 novembre 2002: "In rapida regressione l'ulcera al 3° medio distale della gamba" - "Va bene la lesione pretibiale che appare chiusa così come le ferite inguinali"). Alla luce di quanto precede, la tesi dell'assicuratore secondo la quale l'assicurato avrebbe ritrovato una piena capacità lavorativa, al più tardi, a partire dal 16 settembre 2002, è poco plausibile. Al riguardo va sottolineato che, precedentemente, in presenza di uno stato analogo, il medico fiduciario de \_\_\_\_\_ - in accordo con il curante - ha costantemente certificato una completa incapacità lavorativa, nell'attesa di una "... completa chiusura dell'ulcera" (cfr. i rapporti relativi alla visite di controllo versati agli atti). In realtà, la decisione presa dal dott. \_\_\_\_\_ di dichiarare \_\_\_\_\_ abile al lavoro a contare dal 1° settembre 2002 (inabilità poi prorogata dall'amministrazione sino al 15 settembre 2002) appare precipitosa, nella misura in cui egli ha dato per scontato che, nel frattempo, la nota ulcera si sarebbe completamente rimarginata. Il medico fiduciario de \_\_\_\_\_ - a differenza del dott. \_\_\_\_\_ (cfr. doc. \_) - si è pronunciato sulla capacità lavorativa del ricorrente dal 1° settembre 2002 in poi, senza aver avuto occasione di accertare direttamente quali fossero, a quel preciso momento, le sue effettive condizioni di salute. Dalle tavole processuali risulta infatti che il dottor \_\_\_\_\_ ha visitato \_\_\_\_\_, per l'ultima volta, in data 31 luglio 2002. In simili condizioni questo Tribunale ritiene che alla certificazione del 2 agosto 2002 del medico fiduciario non possa essere riconosciuta una forza probante sufficiente a derimere la presente vertenza. Va inoltre considerato che la professione di panettiere - giacché esercitata prevalentemente in posizione eretta - risulta essere particolarmente gravosa per gli arti inferiori (cfr., d'altronde, il tentativo di ripresa del lavoro posto in atto nel mese di settembre 2001, che ha provocato una riapertura della lesione, cfr. doc. \_). In esito alle considerazioni che precedono, questo Tribunale ritiene dimostrato, perlomeno con il grado di verosimiglianza richiesto dalla giurisprudenza federale, che \_\_\_\_\_, posteriormente al 15 settembre 2002, non aveva ritrovato una piena capacità lavorativa.

2.9. Nell'impugnata decisione su opposizione, \_\_\_\_\_ ha sostenuto che, dopo il 15 settembre 2002, i disturbi lamentati dall'insorgente rilevavano da uno stato indipendente dall'infortunio assicurato (doc. \_: "... le prestazioni finora erogate dalla Compagnia sono da considerare addirittura generose visto che di esse il ricorrente ha beneficiato fino al 15 settembre 2002 e ciò malgrado il fatto che l'intervento eseguito soltanto il 3 ottobre 2002 non sia affatto da mettere in relazione con l'evento assicurato e lo stato quo sine/quo ante fosse stato raggiunto già in precedenza"). Questa opinione sembra essere stata ispirata dal dott. \_\_\_\_\_, il quale, in data 2 settembre 2003, ha indicato che l'intervento del 3 ottobre 2002 non sarebbe, citiamo: "... in relazione con il trauma, in quanto se non vi fosse stata la presenza di un'insufficienza cronica avanzata, l'ulcera sarebbe guarita in tempi molto brevi" (doc. \_). La tesi difesa dall'assicuratore convenuto non può essere condivisa dal TCA. Infatti, secondo la dottrina e la giurisprudenza, la responsabilità dell'assicuratore

LAINF è impegnata anche quando e nella misura in cui i postumi di un infortunio sono aggravati da uno stato patologico latente, preesistente all'infortunio medesimo (cfr. STFA dell'8 ottobre 2003 nella causa D., U 152/01, consid. 4.3; W. Morger, *Zusammentreffen verschiedener Schadensursachen* [Art. 36 UVG], in *Schweizerischer Versicherungs-Kurier* 42/1987, p. 133ss.). Nella concreta evenienza, l'insufficienza venosa all'arto inferiore sinistro - patologia morbosa preesistente all'evento assicurato - ha probabilmente allungato i tempi di guarigione della ferita provocata dall'infortunio del 13 giugno 2001. Nondimeno, tale circostanza non consentiva ancora a \_\_\_\_\_ di negare la propria responsabilità, per il motivo che, in assenza della preesistente malattia, l'ulcera sarebbe guarita molto tempo prima. Tutto ben considerato - ricordato che, conformemente ad una costante giurisprudenza, per ammettere il nesso di causalità naturale non è necessario che l'infortunio rappresenti la sola causa oppure la causa diretta del danno alla salute (cfr. DTF 112 V 376s. consid. 3a; cfr., pure, U. Meyer-Blaser, op. cit., p. 101) - deve essere riconosciuta l'esistenza di un nesso di causalità naturale (ed adeguata - cfr., a quest'ultimo proposito, DTF 118 V 286 e 117 V 365 in fine) fra i disturbi accusati da \_\_\_\_\_ anche dopo il 15 settembre 2002 e l'evento traumatico assicurato. 2.10. Questa Corte deve ancora esaminare se l'assicuratore LAINF possa o meno essere ritenuto responsabile per l'intervento chirurgico all'arto inferiore sinistro eseguito il 3 ottobre 2002 presso l'Ospedale di \_\_\_\_\_ (doc. \_). Giusta l'art. 10 cpv.1 LAINF, l'assicurato ha diritto alla cura appropriata dei postumi d'infortunio. Tuttavia, l'istituto assicuratore deve assumere le spese della cura medica soltanto finché da essa ci si possa attendere un sensibile miglioramento dello stato di salute (art. 19 cpv.1 LAINF). Qualora l'assicurazione concluda che dalla continuazione della cura medica ci si può aspettare un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato, oppure ritenga che una cura proposta da quest'ultimo o dal suo medico curante non risulti adeguata, essa può negare la continuazione delle prestazioni in base all'art. 48 cpv. 1 LAINF. La legge autorizzando l'assicuratore a stabilire, in un caso specifico, i necessari provvedimenti diagnostici e terapeutici, essa contemporaneamente gli attribuisce, secondo il principio delle prestazioni in natura vigente nella LAINF per quanto riguarda la cura medica (cfr. F.-X. Deschenaux, *Le précepte de l'économie du traitement dans l'assurance-maladie sociale, en particulier en ce qui concerne le médecin*, in *Miscellanea per il 75° anniversario del TFA*, Berna 1992, p. 529s.; A. Maurer, *Schweizerisches Unfallversicherungsrecht*, Berna 1985, p. 299 e 274s.), la responsabilità per la cura medica. Conseguenza del diritto di ordinare provvedimenti di cura medica è quindi, da un lato, che l'assicurazione deve pure erogare le prestazioni per lesioni causate all'infortunato durante la cura medica (art. 6 cpv. 3 LAINF e DTF 118 V 286), dall'altro, che essa ha la possibilità di negare prestazioni per una cura non consentita ("für eine nicht bewilligte Heilmassnahme"), nonché per le conseguenze dovute alla sua applicazione (cfr. DTF 128 V 169ss., consid. 1b e riferimenti ivi citati; Maurer, *Schweizerisches Unfallversicherungsrecht*, p. 297s.; A. Rumo-Jungo, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung*, Schulthess 2003, p. 256s., la quale - riferendosi ad una sentenza pubblicata in DTFA 1931, p. 30s. - ha precisato che, contro il rifiuto dell'assicuratore di assumere i costi di un determinato trattamento, l'assicurato o il suo medico curante possono adire il Tribunale delle assicurazioni e, se del caso, richiedere l'emanazione di provvedimenti cautelari). Nel caso di specie, dalle tavole processuali non risulta che \_\_\_\_\_ abbia, in qualche modo, autorizzato \_\_\_\_\_ a sottoporsi all'intervento operatorio in questione. Anzi, già in data 5 settembre (cfr. doc. \_), rispettivamente, 1° ottobre 2002 (doc. \_), l'assicuratore convenuto aveva comunicato all'insorgente l'estinzione del suo diritto a prestazioni a far tempo dal 16

settembre 2002. D'altra parte, esso, a posteriori, non ha neppure assunto i costi del succitato provvedimento terapeutico. Pertanto, in ossequio ai suevocati dettami giurisprudenziali, \_\_\_\_\_ non può essere chiamata a prestare per l'intervento chirurgico a cui l'assicurato è stato sottoposto il 3 ottobre 2002 (e relativa incapacità lavorativa). L'incarto va quindi retrocesso a \_\_\_\_\_, affinché definisca il diritto alle prestazioni dal profilo materiale e temporale, a decorrere dal 16 settembre 2002 (cfr. dispositivo di cui alla STFA del 27 giugno 2001 nella causa S., U 158/00; cfr., per un caso analogo, la STCA del 24 marzo 2003 nella causa L., inc. n. \_\_\_\_\_, consid. 2.7., cresciuta in giudicato). Per questi motivi dichiara e pronuncia 1.- Il ricorso é accolto ai sensi dei considerandi .

§ È annullata l'impugnata decisione su opposizione de \_\_\_\_\_.  
§§§ L'incarto è retrocesso a \_\_\_\_\_ affinché definisca il proprio obbligo contributivo dal profilo materiale e temporale, a contare dal 16 settembre 2002. 2.- Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato. La \_\_\_\_\_ verserà all'assicurato l'importo di fr. 800.-- a titolo di ripetibili (IVA inclusa). 3.- Comunicazione agli interessati i quali possono impugnare il presente giudizio con ricorso di diritto amministrativo al Tribunale federale delle assicurazioni, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna , entro 30 giorni dalla comunicazione. L'atto di ricorso, in 3 esemplari, deve indicare quale decisione è chiesta invece di quella impugnata, contenere una breve motivazione, e recare la firma del ricorrente o del suo rappresentante. Al ricorso dovrà essere allegata la decisione impugnata e la busta in cui il ricorrente l'ha ricevuta. Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni Il presidente Il segretario Daniele Cattaneo Fabio Zocchetti

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