

## **TI\_GERICHTE 35.2014.60 vom 5. November 2014**

TI Tribunale d'appello, 2014-11-05, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_35.2014.60](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2014.60)

FR: TI\_GERICHTE 35.2014.60 du 5 novembre 2014

IT: TI\_GERICHTE 35.2014.60 del 5 novembre 2014

### **Regeste**

Ass. caduto in moto nel 04.2012 riporta contus. ginoc. dx. Confermato cap. lav. ristabilita al 100% dal 9.2012 e diritto a cura medica fino e non oltre al 04.2013. Confermata dec. opp. anche su rifiuto resp. inf. del 06.2013, poiché no copertura. ass e no caus. nat. con evento del 04.2012

### **Erwägungen**

#### **E. 49**

cpv. 2 della Legge sull'organizzazione giudiziaria (cfr. STF 8C\_452/2011 del 12 marzo 2012; STF 8C\_855/2010 dell'11 luglio 2011; STF 9C\_211/2010 del 18 febbraio 2011; STF 9C\_792/2007 del 7 novembre 2008; STF H 180/06 e H 183/06 del 21 dicembre 2007; STFA I 707/00 del 21 luglio 2003; STFA H 335/00 del 18 febbraio 2002; STFA H 212/00 del 4 febbraio 2002; STFA H 220/00 del 29 gennaio 2002; STFA U 347/98 del 10 ottobre 2001, pubblicata in R DAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA H 304/99 del 22 dicembre 2000; STFA I 623/98 del 26 ottobre 1999). 2.2. Sempre in ordine, l'assicuratore convenuto pretende che l'impugnativa venga dichiarata irricevibile per carenza di competenza territoriale di questo Tribunale. Al riguardo, esso sostiene che nella decisione su opposizione era stato chiaramente indicato che "... in base all'incarto, è, in ogni caso, competente il Tribunale cantonale delle assicurazioni del Canton \_\_\_\_\_", essendo l'assicurato domiciliato all'estero e la sede del suo ultimo datore di lavoro in Svizzera, \_\_\_\_\_, sita nel Canton \_\_\_\_\_ (cfr. doc. IV, pag. 3). L'assicurato, da parte sua, ritiene invece competente questa Corte, adducendo che in realtà il suo posto di lavoro al momento dell'infortunio era presso la succursale di \_\_\_\_\_ della ditta \_\_\_\_\_ (cfr. doc. VII, pag. 2). 2.3. Secondo l'art. 58 cpv. 1 LPGA, è competente il tribunale delle assicurazioni del Cantone dove l'assicurato o il terzo è domiciliato nel momento in cui interpone ricorso. Il capoverso 2 di questa disposizione recita che se l'assicurato o il terzo è domiciliato all'estero, è competente il tribunale delle assicurazioni del Cantone dell'ultimo domicilio o in cui il suo ultimo datore di lavoro aveva domicilio; se non è possibile determinare alcuna di queste località, la competenza spetta al tribunale delle assicurazioni del Cantone in cui ha sede l'organo d'esecuzione. Nella concreta evenienza, RI 1 è sempre stato domiciliato all'estero (nel Comune di \_\_\_\_\_), motivo per cui, in ossequio all'art. 58 cpv. 2 LPGA, il foro competente è quello del Cantone in cui il suo ultimo datore di lavoro aveva domicilio. Secondo la dottrina e la giurisprudenza, nel caso in cui il datore di lavoro disponga, accanto alla sede principale, anche di una succursale, è dato un foro alternativo (cfr. U. Kieser, ATSG-Kommentar, 2a edizione, 2009, ad art. 58 n. 16 e il riferimento ivi citato). Ora, nel caso di specie, posto che al momento dell'infortunio l'assicurato si trovava alle dipendenze della succursale di \_\_\_\_\_ della ditta \_\_\_\_\_ (cfr. doc. VII pag. 2 e allegati; doc. V), il TCA deve senz'altro ammettere la

propria competenza territoriale in virtù dell'art. 58 cpv. 2 LPGA. Del resto, in una sentenza 35.2013.74 dell'8 settembre 2014, riguardante un assicurato domiciliato all'estero che lavorava presso la succursale ticinese di una ditta con sede principale a \_\_\_\_\_, questa Corte aveva riconosciuto la propria competenza *ratione loci*. È interessante segnalare che, in quella fattispecie, in sede di risposta di causa, il patrocinatore dell'CO 1 aveva dichiarato che "l'istituto non contesta il foro ed entra perciò nel merito." (doc. XII - inc. 35.2013.74; il corsivo è del redattore). Nel merito 2.4. Il TCA è chiamato a pronunciarsi su due temi. In primo luogo, sulla questione di sapere se l'CO 1 era legittimato a dichiarare l'assicurato abile al lavoro al 100% a far tempo dal 22 settembre 2012, oppure no. In secondo luogo, questa Corte dovrà stabilire se l'assicuratore resistente ha correttamente interrotto il diritto alla cura medica a partire dal 24 aprile 2013. Il TCA prende atto che l'insorgente non contesta il fatto che al momento in cui è rimasto vittima dell'evento del giugno 2013, la copertura assicurativa presso l'CO 1 si era ormai estinta (cfr. doc. I e doc. VII). Per contro, egli pretende che il sinistro in questione, in quanto originato da un cedimento del ginocchio destro, costituirebbe una conseguenza naturale dell'infortunio del 10 aprile 2012 (cfr. doc. I, p. 2: "... la responsabilità per tali accadimenti è pacificamente ascrivibile a \_\_\_\_\_, essendoci un evidente nesso di causalità naturale non solo tra il primigenio sinistro ed i postumi derivanti alla salute, ma altresì tra il successivo evento infortunistico ed il danno alla salute conseguente alla condotta negligente da parte di \_\_\_\_\_ ." - il corsivo è del redattore). Il TCA si pronuncerà (anche) su quest'ultimo aspetto nei considerandi che seguono.

2.5. Ritrovata piena capacità lavorativa a partire dal 22 settembre 2012? 2.5.1. 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. Giusta l'art. 6 LPGA, è considerata incapacità al lavoro qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica, di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo d'attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività. Nella RAMI 2004 U 529, p. 572ss., consid. 1.4., il TFA ha precisato che la definizione di incapacità al lavoro, così come quelle d'incapacità al guadagno e d'invalidità contenute nella LPGA, corrispondono alle definizioni e ai principi dell'assicurazione contro gli infortuni elaborati finora dalla giurisprudenza. La questione di sapere se l'assicurato sia o meno incapace di lavorare in misura giustificante il riconoscimento del diritto a prestazioni deve essere valutata sulla base dei fatti forniti dal medico. Spetta al medico fornire una precisa descrizione dello stato di salute dell'assicurato e tracciare un esatto quadro degli impedimenti ch'egli incontra nell'esplicare determinate funzioni. Il medico indicherà per prima cosa se l'assicurato può ancora svolgere la sua professione, precisando quali sono le controindicazioni in quell'attività. Determinante ai fini della graduazione dell'incapacità lavorativa non è comunque l'apprezzamento medico-teorico, bensì la diminuzione della capacità di lavoro che effettivamente risulta dall'impedimento (RAMI 1987 K 720 p. 106 consid. 2, U 27 p. 394 consid. 2b e giurisprudenza ivi citata; RJAM 1982 n. 482 p. 79 consid. 2). L'assicurato che rinuncia a utilizzare la sua residua capacità oppure che non mette in atto i provvedimenti da lui ragionevolmente esigibili per sfruttare al meglio la propria capacità lavorativa è, ciò nonostante, giudicato per l'attività che egli potrebbe esercitare dimostrando buona volontà. Carenze di volontà risultanti da un'anomalia caratteriale non sono prese in considerazione nell'ambito dell'assicurazione infortuni: possono essere, tutt'al più, considerate nell'ambito dell'assicurazione malattia se la loro causa è da ricercare in

un'affezione patologica (DTF 101 V 145 consid. 2b; 111 V 239 consid. 1b e 2a; RAMI 1986 p. 56; 1987 p. 105 consid. 2; 1987 p. 393 consid. 2b; 1989 p. 106 consid. 1d; Ghèlew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), Losanna 1992, p. 91). 2.5.2. Dalle tavole processuali emerge che la decisione dell'CO 1 di ritenere l'assicurato totalmente abile nella sua originaria professione di venditore di automobili a contare dal 22 settembre 2012, è stata presa facendo capo alle risultanze degli accertamenti eseguiti dal dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in fisiatria e dal dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in ortopedia e in chirurgia ortopedica. Nel suo referto del 3 settembre 2012, stilato a margine della visita di controllo del 30 agosto 2012, il dott. \_\_\_\_\_ ha segnalato che, nonostante i cicli di fisioterapia eseguiti nel frattempo, il ricorrente denunciava la persistenza di dolori al ginocchio destro, alla cavaglia sinistra e al rachide lombo-sacrale. Il medico curante appena citato, riferendosi ai cedimenti del ginocchio destro lamentati da RI 1, ha consigliato un consulto presso l'ortopedico che nel 2006 aveva ricostruito il legamento crociato anteriore del ginocchio destro (cfr. doc. 50). L'assicurato si è, quindi, recato presso il dott. \_\_\_\_\_, specialista in chirurgia ortopedica e traumatologia a \_\_\_\_\_. Quest'ultimo, nel suo rapporto dell'11 settembre 2012, ha rilevato quanto segue: " La RMN con contrasto del ginocchio destro rivela quadro di compromissione articolare di tipo degenerativo sia del comparto medio-laterale che femoro-rotuleo non più rilevabile il neo-LAC ricostruito ca. 6 anni fa. Clinicamente si manifesta progressivo miglioramento con le terapie e con attività muscolare a "catena cinetica chiusa". Complessivamente, considerato l'età, l'attività di moto che non prevede traumi ad alta energia, lo stato precario del quadro articolare complessivo ed infine la relativa ancora discreta tenuta articolare in termini capsulo-legamentosi, non consiglio al momento intervento di nuova ricostruzione LCA. Sia l'attività lavorativa che quella extralavorativa dovranno tuttavia tenere in considerazione quanto riscontrato a carico del ginocchio dx alla RMN." (cfr. doc. 59) Per quanto riguarda la capacità lavorativa, in occasione della visita del 21 settembre 2012, dopo aver refertato, all'esame clinico, "... una buona mobilità e motilità in flessione-estensione, senza limitazione antalgica. Tuttavia persiste una ipomototrofia quadricipitale destra rispetto al contro laterale, che andrebbe risolta con del rinforzo muscolare.", il dott. \_\_\_\_\_ ha "... ritenuto il paziente abile al 100% dal 22.09.2012, tenendo presente il precedente lavoro dello stesso, come venditore di automobili". Lo specialista ha considerato che per svolgere tale professione, non esistevano danni alla salute tali da determinare una limitazione anche parziale della capacità lavorativa dell'assicurato (cfr. doc. 55). A fronte delle obiezioni sollevate dall'assicurato, l'CO 1 ha incaricato il proprio medico \_\_\_\_\_ di valutare se egli potesse essere effettivamente considerato abile al lavoro al 100% a partire dal 22 settembre 2012 (cfr. doc. 62). Con referto dell'8 ottobre 2012, dopo aver esaminato il paziente e i referti radiologici agli atti, il dott. \_\_\_\_\_ ha confermato la valutazione del dott. \_\_\_\_\_, secondo la quale RI 1 andava considerato abile al lavoro al 100% nella sua abituale professione, a partire dal 22 settembre 2012. Egli ha peraltro dichiarato che lo status quo sine sarebbe stato raggiunto trascorso il periodo di tre mesi fissato dal dott. \_\_\_\_\_ in data 21 settembre 2012 (cfr. doc. 64, pag. 4). Nel mese di novembre 2012, RI 1 ha fatto valere un peggioramento dello stato del ginocchio destro. A margine della visita medica del 12 novembre 2012, il suo medico curante specialista ha disposto un esame di artro-RMN (cfr. doc. 72). Da tale accertamento, eseguito in data 5 dicembre 2012, è emersa una situazione sostanzialmente sovrapponibile a quella già riscontrata con l'artro-RMN del giugno 2012, caratterizzata da marcate alterazioni degenerative (cfr. doc. 74 e doc. 75). Dalla certificazione 20 dicembre 2012 del dott. \_\_\_\_\_ si apprende che,

in occasione del consulto del 19 dicembre 2012, l'assicurato aveva fatto stato di "... un buon vantaggio funzionale dal rinforzo muscolare che sta attuando in palestra, ma tuttavia accusa dolore puntiforme a livello dell'emirima laterale del ginocchio destro". Il sanitario in questione gli ha quindi prescritto un ciclo di mesoterapia antalgica sottocutanea, nonché un ulteriore ciclo di rinforzo muscolare ed esercizi propriocettivi in palestra (doc. 77). A margine della visita del 24 aprile 2013, il fisiatra dott. \_\_\_\_\_ ha rilevato che l'insorgente presentava "... una eccellente condizione funzionale e sintomatica del ginocchio destro, anche se camminando su terreni sconnessi riferisce episodici cedimenti, ma non riferibili a instabilità, quanto piuttosto a un deficit propriocettivo.". A suo avviso, l'assicurato aveva nel frattempo raggiunto lo status quo ante, a condizione di mantenere il quadricipite stenico per assicurare la stabilità del ginocchio stesso (doc. 82).

2.5.3. Chiamata ora a pronunciarsi, questa Corte ritiene che la documentazione medica presente all'inserto, riassunta al precedente considerando, le consenta di definire validamente la capacità lavorativa dell'assicurato a far tempo dal 22 settembre 2012. In questo senso, il TCA osserva che il ricorrente non ha prodotto alcuna certificazione medica specialistica contraria alle valutazioni dei dottori \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ (il referto agli atti del dott. \_\_\_\_\_ indica semplicemente che l'apprezzamento dell'abilità lavorativa avrebbe dovuto tener conto di quanto oggettivato a livello del ginocchio destro, senza trarre alcuna conclusione in merito alla capacità dell'assicurato di svolgere la professione di venditore di automobili) e, soprattutto, che nemmeno dopo l'episodio di bloccaggio del ginocchio destro annunciato nel mese di novembre 2012 (cfr. doc. 68), è stata attestata una qualsiasi ulteriore incapacità dell'assicurato a esercitare la sua abituale professione. Questo Tribunale non ha quindi alcuna valida ragione per ritenere che l'insorgente non avrebbe potuto riprendere il proprio lavoro a tempo pieno a contare dal 22 settembre 2012, tenuto conto che tale professione è da considerare leggera e che prevede la possibilità di alternare la posizione seduta a quella eretta. In esito a tutto quanto precede, applicando il criterio della probabilità preponderante utilizzato abitualmente per l'apprezzamento delle prove nel settore delle assicurazioni sociali (cfr. STFA U 200/04 del 19 settembre 2005; STFA C 192/04 del 14 settembre 2005; DTF 129 V 181 consid. 3.1, DTF 129 V 406 consid. 4.3.1, DTF 126 V 360 consid. 5b, DTF 125 V 195 consid. 2; RDAT I - 1996 p. 225), si deve concludere che RI 1 ha ritrovato una piena capacità lavorativa nei tempi e nei modi decisi dall'amministrazione. La decisione su opposizione impugnata, mediante la quale l' CO 1 ha posto termine al versamento dell'indennità giornaliera a contare dal 22 settembre 2012, merita dunque conferma.

2.6. Diritto alla cura medica dopo il 23 aprile 2013? 2.6.1. Giusta l'art. 10 LAINF, l'assicurato ha diritto alla cura appropriata dei postumi d'infortunio (cfr. DTF 109 V 43 consid. 2a; art. 54 LAINF) e, in applicazione dell'art. 16 LAINF, l'assicurato totalmente o parzialmente incapace di lavorare (cfr. art. 6 LPGA) a seguito d'infortunio, ha diritto all'indennità giornaliera. Il diritto all'indennità giornaliera nasce il terzo giorno successivo a quello dell'infortunio. Esso si estingue con il ripristino della piena capacità lavorativa, con l'assegnazione di una rendita o con la morte dell'assicurato. 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 (art. 19 cpv. 1 LAINF - cfr. Ghèlew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 41ss.). L'Alta Corte ha inoltre precisato che la questione del "sensibile miglioramento" di cui all'art. 19 cpv. 1 LAINF va valutata in funzione dell'entità del previsto aumento oppure del ripristino della capacità lavorativa, nella misura in cui quest'ultima è pregiudicata dalle

sequele infortunistiche (DTF 134 V 109 consid. 4.3 e riferimenti). In una sentenza 8C\_211/2009 del 10 luglio 2009 consid. 4, il TF si è al riguardo espresso nei termini seguenti: " Poichè l'assicurazione sociale contro gli infortuni si riferisce a persone che svolgono attività lavorativa (si confronti l'art. 1 [dal 1° gennaio 2003 art. 1a, con testo invariato] e l'art. 4 LAINF), per interpretare il concetto di "sensibile miglioramento" ("namhafte Besserung" e "sensible amèlioration" nella versione tedesca e francese dell'art. 19 cpv. 1 LAINF) si farà riferimento ad un incremento rispettivamente ad un recupero dell'abilità lavorativa, nella misura in cui si è deteriorata in seguito all'infortunio. L'aggettivo "sensibile" illustra inoltre che il miglioramento dev'essere importante. Progressi trascurabili non bastano, così come neppure la mera possibilità di un risultato positivo (DTF 134 V 109 consid. 4.3 pag. 115; v. pure sentenze del Tribunale federale delle assicurazioni U 244/04 del 20 maggio 2005, in RAMI 2005 no. U 557 pag. 388, consid. 2, non pubblicato, e U 412/00 del 5 luglio 2001, consid. 2a; cfr. inoltre Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2a ed., Berna 1989, pag. 274). Lo stesso vale per provvedimenti terapeutici che contribuiscono a lenire i sintomi di un danno alla salute stazionario per un periodo limitato nel tempo (v. ancora sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni U 244/04 del 20 maggio 2005, in RAMI 2005 no. U 557 pag. 388 consid. 1, non pubblicato, e 3).“ Quando la rendita è stata fissata, le prestazioni sanitarie e il rimborso delle spese (artt. 10 a 13 LAINF) sono accordate alle condizioni previste all'art. 21 cpv. 1 LAINF, ossia se il beneficiario è affetto da malattia professionale (lett. a), se soffre di ricaduta o di postumi tardivi e la capacità di guadagno può essere migliorata sensibilmente con cure mediche o queste ne possono impedire una notevole diminuzione (lett. b), se abbisogna durevolmente di trattamento e cure per mantenere la capacità residua di guadagno (lett. c) oppure se è incapace di guadagno e il suo stato di salute può essere migliorato sensibilmente con cure mediche o queste ne possono impedire un notevole peggioramento (lett. d). 2.6.2. Nella concreta evenienza, al considerando 2.5.3. del presente giudizio, il TCA ha accertato che RI 1 aveva ritrovato una piena capacità lavorativa a far tempo dal 22 settembre 2012. In ossequio ai principi giurisprudenziali citati al precedente considerando, precisato che l'art. 21 cpv. 1 LAINF si applica unicamente a quegli assicurati che si trovano al beneficio di una rendita d'invalidità ai sensi dell'art. 18 LAINF (cfr. STF 8C\_81/2013 del 16 aprile 2013 consid. 3.2; A. Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Berna 1985, p. 382ss.; Ghèlew/Ramelet/Ritter, op. cit., p. 112s.; Messaggio del Consiglio federale per una legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni del 18.8.1976, p. 55), l'Istituto assicuratore resistente sarebbe dunque stato legittimato a porre termine alle prestazioni di cura medica già a decorrere da quella data, così come è stato pertinentemente sottolineato nella decisione su opposizione impugnata (cfr. doc. 11/fasc. 2, p. 6). Alla luce di quanto precede, il ricorrente non può pretendere prestazioni di cura medica dopo il 23 aprile 2013. Anche su questo punto, la decisione su opposizione del 30 maggio 2014 merita quindi di essere confermata. 2.7. Evento del 15 giugno 2013 conseguenza naturale dell'infortunio del 10 aprile 2012? 2.7.1. 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 (cfr. RDAT II-2001 N. 91 p. 378; SVR 2001 KV Nr. 50 p. 145; DTF 126 V 360 consid. 5b; DTF 125 V 195; STFA del 4 luglio 2003 nella causa M., U 133/02; STFA del 29 gennaio 2001 nella causa P., U 162/02; DTF 121 V 6; STFA del 28 novembre 2000 nella causa P. S., H 407/99; STFA del 22 agosto 2000 nella causa K. B., C 116/00; STFA del 23 dicembre 1999 in re A. F., C 341/98, consid. 3, p., 6; STFA 6 aprile 1994 nella causa E. P.; SZS 1993 p. 106 consid. 3a; RCC 1986 p. 202 consid. 2c, RCC 1984 p. 468 consid. 3b, RCC 1983 p. 250 consid. 2b; DTF 115 V 142 consid. 8b, DTF 113 V 323 consid. 2a, DTF 112 V 32 consid. 1c, DTF 111 V 188 consid. 2b; Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in Basler Juristische Mitteilungen (BJM) 1989, p. 31-32; G. Scartazzini, Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale, Basilea 1991, p. 63). 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). 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 129 V 181 consid. 3.1 e 406 consid. 4.3.1, DTF 117 V 360 consid. 4a e sentenze ivi citate). L'assicuratore contro gli infortuni è tenuto a corrispondere le proprie prestazioni fino a che le sequele dell'infortunio giocano un ruolo causale. Pertanto, la cessazione delle prestazioni entra in considerazione soltanto in due casi: - quando lo stato di salute dell'interessato è simile a quello che esisteva immediatamente prima dell'infortunio ( status quo ante ); - quando lo stato di salute dell'interessato è quello che, secondo l'evoluzione ordinaria, sarebbe prima o poi subentrato anche senza l'infortunio ( status quo sine ) (cfr. RAMI 1992 U 142, p. 75 s. 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). Secondo la giurisprudenza, qualora il nesso di causalità con l'infortunio sia dimostrato con un sufficiente grado di verosimiglianza, l'assicuratore è liberato dal proprio obbligo prestativo soltanto se l'infortunio non costituisce più la causa naturale ed adeguata del danno alla salute. Analogamente alla determinazione del nesso di causalità naturale che fonda il diritto alle prestazioni, l'estinzione del carattere causale dell'infortunio deve essere provata secondo l'abituale grado della verosimiglianza preponderante. La semplice possibilità che l'infortunio non giochi più un effetto causale non è sufficiente. Trattandosi della soppressione del diritto alle prestazioni, l'onere della prova incombe, non già all'assicurato, ma all'assicuratore (cfr. RAMI 2000 U 363, p. 46 consid. 2 e riferimenti ivi citati). 2.7.2. Occorre inoltre rilevare che 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 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 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: Ghèlew, 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 allorchè 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. Frèsard, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], n. 39).

2.7.3. Dalle tavole processuali si evince che, in occasione della visita di controllo dell'8 ottobre 2012, il chirurgo ortopedico dott. \_\_\_\_\_ ha riconosciuto l'indicazione medica a proseguire la terapia di rafforzamento del muscolo della gamba destra, precisando che al termine del trattamento prescritto dal dott. \_\_\_\_\_ (tre mesi di terapia di rinforzo della stenia muscolare), "... si possa ragionevolmente sostenere di avere raggiunto lo status quo sine e quindi ulteriori trattamenti ed eventuali inabilità lavorative andranno a carico della rispettiva cassa malati". In quella sede, il fiduciario dell'CO 1 ha pure constatato che la rottura del legamento crociato anteriore trapiantato 6 anni prima era "... sicuramente antecedente all'infortunio in causa del 10 aprile 2012." (cfr. doc. 64, pag. 3s. - il corsivo è del redattore) All'inizio del mese di novembre 2012, RI 1 ha fatto valere un peggioramento dello stato del ginocchio destro (blocco articolare), a seguito del quale è stato sottoposto a un'artro-RMN (eseguita il 5 dicembre 2012) prescrittagli dal dott. \_\_\_\_\_. Il 19 dicembre 2012, il medico curante specialista, esaminati gli esiti dell'esame strumentale appena citato, ha constatato che non vi erano altre lesioni oltre a quelle già riscontrate con la RMN del giugno 2012, precisando che i reperti oggettivati erano di natura degenerativa e, quindi, non imputabili all'infortunio del 10 aprile 2012 (cfr. doc. 74 e 77). Con il referto 24 aprile 2013, il dott. \_\_\_\_\_ ha dichiarato che a partire da quella data, l'assicurato aveva raggiunto lo status quo ante a margine dell'evento traumatico dell'aprile 2012, a condizione che egli continuasse a svolgere, anche in modo autonomo, degli esercizi volti al mantenimento della muscolatura del quadricipite (cfr. doc. 82). Pendente la procedura di opposizione, l'CO 1 ha interpellato nuovamente il dott. \_\_\_\_\_, al fine di sapere se i cedimenti del ginocchio destro potessero trovarsi in relazione di causalità naturale con l'evento del 10 aprile 2012. Con apprezzamento del 27 maggio 2014, il medico \_\_\_\_\_ ha sostenuto che l'artro-RMN del 15 giugno 2012 aveva evidenziato importanti segni di degenerazione dell'articolazione, l'assenza del legamento crociato anteriore ricostruito sei anni prima, nonché la completa assenza di edema osseo. Egli ne ha quindi dedotto che "... in seguito all'infortunio del 10 aprile 2012 non si sono potuti oggettivamente evidenziare degli importanti postumi di origine post-traumatica ma soltanto postumi di origine rispettivamente morbosa o post-traumatica antecedente al 10 aprile 2012 ." Sempre a suo avviso, l'assenza del legamento crociato anteriore era "... sicuramente preesistente all'infortunio del 10 aprile 2012, ciò che ragionevolmente potrebbe fare pensare che eventuali cedimenti e instabilità erano anche preesistenti a tale data ". Il medico \_\_\_\_\_ ha, infine, ricordato che dello stesso avviso sarebbe anche il dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in radiologia, ossia il sanitario che il 15 giugno 2012 ha eseguito l'artro-RMN del ginocchio destro (cfr. doc. 108 - il corsivo è del redattore).

2.7.4. Tutto ben considerato - vista anche l'assenza di pareri medici specialistici divergenti -, il TCA ritiene che i rapporti agli atti dei dottori \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_, per

i quali l'assicurato ha raggiunto lo status quo sine vel ante a partire dal 24 aprile 2012 (cfr. doc. 82 e doc. 108), possano validamente costituire da base al proprio giudizio. Ora, appurato, perlomeno con il grado della verosimiglianza preponderante, che i cedimenti del ginocchio destro non sono imputabili alle conseguenze dell'evento infortunistico del 10 aprile 2012, ma piuttosto a una preesistente rottura del legamento crociato anteriore, è invano che il ricorrente pretende che l'amministrazione riconosca la propria responsabilità relativamente al sinistro occorsogli in data 15 giugno 2013 (precisato che quest'ultimo evento, secondo la descrizione fornita dall'assicurato stesso (cfr. doc. I), sarebbe stato provocato proprio da un cedimento del ginocchio destro, problematica che, come appena stabilito, non costituisce un postumo dell'infortunio di competenza dell'amministrazione). Sulla scorta di quanto precede, la decisione su opposizione dell'CO 1 merita quindi piena conferma anche da questo profilo. 2.8. Con la propria impugnativa, l'assicurato ha rimproverato all'assicuratore convenuto di non avergli proposto un reinserimento professionale (cfr. doc. I, p. 2). In proposito, questo Tribunale si limita a ricordare che la LAINF non prevede l'erogazione di provvedimenti di integrazione (cfr. STFA U 329/01 e 330/01 del 25 febbraio 2003 consid. 4.3), di modo che la relativa richiesta formulata dall'insorgente appare priva di fondamento.

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