

TI_GERICHTE 35.2014.81 vom 7. September 2007

TI Tribunale d'appello, 2007-09-07, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2014.81_d20070907

FR: TI_GERICHTE 35.2014.81 du 7 septembre 2007

IT: TI_GERICHTE 35.2014.81 del 7 settembre 2007

Regeste

Assicuratore LAINF ha correttamente negato l'esistenza di un nesso causale tra i disturbi lamentati al gomito sin, a quello destro e a livello lombare-cervicale e l'infortunio. Negata correttamente anche attribuzione di un'IMI aggiuntiva rispetto a quella già riconosciuta in precedenza

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 RDAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA H 304/99 del 22 dicembre 2000; STFA I 623/98 del 26 ottobre 1999). Nel merito 2.2. Oggetto del contendere è, in primo luogo, la questione di sapere se i disturbi al gomito sinistro, quelli alla colonna cervicale e lombare e, infine, quelli al braccio destro di cui l'insorgente soffre costituiscono una conseguenza naturale e adeguata dell'infortunio del 26 ottobre 2009 oppure no. In secondo luogo, la lite verte sul diritto o meno per l'assicurato di beneficiare di un'indennità per menomazione dell'integrità complementare - rispetto a quella del 10% già riconosciuta con decisione del 7 settembre 2007 - a seguito degli infortuni sopraggiunti il 26 ottobre 2009 e il 26 settembre 2011. 2.3. Disturbi al gomito sinistro: causalità naturale e adeguata dell'infortunio del 26 ottobre 2009? 2.3.1. Presupposto essenziale per l'erogazione di prestazioni da parte dell'assicurazione contro gli infortuni è però 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 attendono, 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). 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). 2.3.2. 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: 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).

2.3.3. Con la decisione su opposizione impugnata, l'amministrazione, facendo capo alle valutazioni espresse dai propri medici fiduciari (dr. _____ e dr. _____), ha escluso la propria responsabilità per quanto riguarda i disturbi al gomito sinistro, ritenendo che gli stessi, annunciati solo a distanza di diversi mesi dall'infortunio del 26 ottobre 2009, non siano di origine infortunistica. Di parere opposto il patrocinatore del ricorrente, il quale ha, invece, sostenuto che l'assicurato - in un primo momento affetto da policonfusioni in tutto il corpo e quindi non in grado di individuare con precisione l'esistenza di problemi anche al gomito sinistro - avrebbe poi segnalato già nel mese di dicembre 2009 al proprio medico curante, dr. _____, la presenza di disturbi anche al gomito sinistro (doc. I). Inoltre, secondo il parere allegato al ricorso del dr. _____, spec. FMH in reumatologia, l'amministrazione avrebbe ritenuto, a torto, che a livello del gomito sinistro vi sia "solo" un'epicondilitis, tralasciando invece di considerare che dall'esame RMN al gomito sinistro è emersa anche "un'artrosinovite probabilmente di origine post traumatica ed è quindi interessata anche l'articolazione del gomito e non solo l'epicondilo" (doc. B).

2.3.4. Secondo la giurisprudenza, il giudice delle assicurazioni sociali è tenuto a vagliare oggettivamente tutti i mezzi di prova, a prescindere dalla loro provenienza, e a decidere se la documentazione a disposizione permette di rendere un giudizio corretto sull'oggetto della lite. Qualora i referti medici fossero contraddittori fra loro, non gli è consentito di liquidare il caso senza valutare l'insieme delle prove e senza indicare le ragioni per le quali si fonda su un parere piuttosto che su un altro (DTF 125 V 352). Determinante è, del resto, che il rapporto sia completo sui temi sollevati, che sia fondato su esami approfonditi, che tenga conto delle censure sollevate dalla persona esaminata, che sia stato redatto in piena conoscenza dell'anamnesi, che sia chiaro nella presentazione del contesto medico e che le conclusioni dell'esperto siano motivate (cfr. DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191ss.; DTF 122 V 160ss, consid. 1c e riferimenti). L'elemento rilevante per decidere circa il valore probante, non è né l'origine del mezzo di prova né la sua designazione quale rapporto oppure quale perizia, ma semplicemente il suo contenuto (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10, p. 33ss. e RAMI 1999 U 356, p. 572), la Corte federale ha stabilito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Per quel che riguarda le perizie allestite da specialisti esterni all'amministrazione, il TFA ha pure loro riconosciuto pieno valore probante, fintantoché non vi sono degli indizi concreti che facciano dubitare della loro attendibilità (cfr. STFA U 168/02 del 10 luglio 2003; DTF 125 V 353, consid. 3b/bb). In una sentenza 8C_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto

dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. 2.3.5. Chiamato a pronunciarsi, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, il TCA ritiene di non potere condividere la tesi ricorsuale di un rapporto causale tra l'infortunio del 26 ottobre 2009 e i disturbi accusati dall'assicurato al gomito sinistro, per i motivi qui di seguito esposti. Questo Tribunale constata che effettivamente, come correttamente indicato dall'assicuratore infortuni, dagli atti emerge che nei mesi immediatamente seguenti all'infortunio del 26 ottobre 2009 (e meglio nei mesi di dicembre 2009 e gennaio 2010, come sostenuto dal legale del ricorrente), l'interessato non si è mai lamentato di dolori al gomito sinistro né presso il Pronto Soccorso, né con il proprio medico curante e nemmeno con il medico di _____ dell'assicuratore infortuni. Al riguardo, va innanzitutto rilevato che, secondo una costante giurisprudenza federale, più il tempo trascorso fra l'infortunio e la manifestazione dell'affezione è lungo e più le esigenze riguardanti la prova del legame di causalità naturale devono essere severe (cfr. RAMI 1997 U 275, p. 188ss.; STF 8C_24/2013 del 18 giugno 2013 consid. 2.2; STF 8C_175/2009 del 26 giugno 2009 consid. 2; STF U 60/07 del 17 gennaio 2008 consid. 2; STFA U 249/05 del 20 febbraio 2006 consid. 1). Nel caso di specie, questa Corte constata che i disturbi al gomito sinistro non sono stati evidenziati nell'annuncio di infortunio del 29 ottobre 2009 – laddove è stata posta l'indicazione, quale parte del corpo lesa, di “più parti delle estremità inferiori bilaterale” (doc. 1 fasc. 1) – e nemmeno nel certificato medico LAINF relativo alla consultazione del 26 ottobre 2009 presso il Pronto Soccorso dell' _____ di _____ – nel quale è stata indicata la diagnosi di “Frattura del calcagno sinistro. Policontusioni” (doc. 15 fasc. 1). A proposito della tesi ricorsuale secondo la quale le policontusioni interessanti tutto il corpo a seguito della caduta avrebbero impedito all'assicurato di individuare con precisione i punti dolenti, questo Tribunale si limita a rilevare che, il giorno stesso dell'infortunio, l'assicurato non è stato sottoposto solo a degli esami radiologici a livello dei due piedi (parte del corpo maggiormente interessata dalla caduta), bensì a una serie di esami radiologici interessanti il calcagno sinistro (doc. 13 fasc. 1), il gomito destro e il piede destro (doc. 12a fasc. 1), il bacino (doc. 12 fasc. 1) e la colonna lombare (doc. 11 fasc. 1). Nulla invece è stato svolto a livello del gomito sinistro. Neppure in occasione del colloquio telefonico de 3 dicembre 2009 con il funzionario incaricato dell'assicuratore infortuni l'assicurato ha fatto accenno ad eventuali problemi al gomito sinistro. Dalla nota stilata il 3 dicembre 2009 risulta infatti che “durante l'incidente ha riportato una frattura del calcagno sinistro, nonché la slogatura del piede e del braccio destri. Deambula tuttora con l'ausilio di grucce sottoascellari, visto che ha ancora problemi d'estensione per il braccio. Per piccoli tragitti in casa riesce a spostarsi senza le stampelle. Piede ancora gonfio, ragion per cui non sono stati fatti ulteriori accertamenti. Controlli dal dr. _____” (doc. 16 fasc. 1). Ancora e soprattutto, contrariamente a quanto addotto dal patrocinatore in sede ricorsuale – a mente del quale l'assicurato nel mese di dicembre 2009 avrebbe segnalato al proprio curante di avvertire dolori al gomito sinistro – il TCA sottolinea che dal referto del 14 dicembre 2009 del dr. _____, spec. FMH in medicina interna e curante dell'interessato, non risulta affatto l'indicazione di un'affezione a livello del gomito sinistro. Nel citato referto, il dr. _____ ha evidenziato quanto segue: “ (...) Soggettivo (anamnesi): lieve miglioramento però sempre deambulazione con stampelle con appoggio ascellare. Persistono dolori al gomito ds e alle caviglie sin < ds Oggettivo: gonfiore ds < sin caviglie,

Tinel ulnare gomito ds ++ Diagnosi: caduta da scala 26.10.2009 19.30 - distorsione caviglia ds - rottura calcagno sin - contusione piede ds + gomito ds - sindrome miofasciale da stress cingolo pelvico Procedere/Terapia: incapace al lavoro al 100% a partire dal 26.10.2009 (...). (Doc. 19 fasc. 1) Anche nel rapporto intermedio per l'assicuratore LAINF del 24 dicembre 2009, il dr. _____ ha nuovamente indicato le diagnosi di "rottura calcagno sin, contusione gomito ds, distorsione caviglia ds", aggiungendo, alla voce "decorso" che alla visita del 24 dicembre 2009 riscontra "caviglia ds dolorosa, poco gonfiore; caviglia sin e calcagno sin: gonfiore ++, rel. poco doloroso; epicondilo ulnare ds: gonfiore e doloroso", senza nulla aggiungere a proposito del gomito sinistro (doc. 22 fasc. 1). Nemmeno in occasione della visita medico _____ del 5 gennaio 2010 presso il dr. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e medico di _____ dell'assicuratore LAINF, l'assicurato ha segnalato l'esistenza di disturbi al gomito sinistro. Ciò appare particolarmente significativo e in antitesi con la tesi ricorsuale, secondo la quale l'assicurato nel mese di gennaio 2010 avrebbe invece comunicato al proprio curante di risentire dei dolori al gomito sinistro. Se così fosse stato, appare quanto mai singolare che egli non abbia agito nello stesso modo anche con il dr. _____. Dal rapporto di visita medica del 7 gennaio 2010, infatti, emerge quanto segue: " (...) Dichiarazioni dell'assicurato: Va lentamente meglio, da 2-3 giorni cammina senza stampelle, lamenta ancora dolore al calcagno sinistro e un po' di dolore al gomito destro e inoltre le due dita ulnari a destra sono intorpidite, dolori laterali alla caviglia destra che salgono lungo il bordo laterale della gamba destra fino al ginocchio. Non sta facendo terapie particolari, assume del Mephadolor al bisogno e applica regolarmente pomate. Stato locale La deambulazione avviene con srotolamento verso sinistra, può appoggiare il tallone ma non lo fa in quanto questo gli provoca ancora dolori. All'ispezione nessun ematoma a livello del tallone sinistro, vi è però ancora un modico gonfiore diffuso e vi sono dolori diffusi alla palpazione, ma soprattutto nella zona del tuber calcanei. Caviglia destra Nessun dolore alla palpazione delle strutture ossee della tibio-tarsica, in particolare nessun dolore al malleolo laterale, nessun dolore lungo il fibolo-talare anteriore, nessun dolore alla sollecitazione in varo, cassetto anteriore negativo, estensione/flessione 30-0-30° con ginocchio in flessione e 15-0-30° con ginocchio in estensione. Dolore lungo i peronei che si accentua all'attivazione degli stessi. Gomito destro Funzione normale e simmetrica a quella del gomito sinistro, lievi dolori lungo l'epicondilo ulnare, allo stress in varo lieve apertura mediale. Nessun ulteriore dolore alla palpazione delle strutture ossee del gomito. Tinnel nel solco cubitale negativo, iposensibilità alle due dita ulnari, forza degli interossei dorsali conservata. Froment negativo. Le radiografie del calcagno sinistro del 26.10.2009 evidenziano una frattura del tuber calcanei praticamente non dislocata. Le radiografie del gomito destro e del piede destro come pure le radiografie del bacino e del rachide lombare del 26.10.2009 non evidenziano lesioni ossee post-traumatiche. Diagnosi: - Stato da caduta da un'altezza di circa 4.5 m con frattura del tuber calcanei sinistra. - Distorsione del gomito destro con lesione parziale del legamento collaterale ulnare e probabile contusione del nervo ulnare destro nel solco cubitale. - Trauma distorsivo della caviglia destra con sospetta tendinite dei peronei. - Stato da due volte plastica del crociato anteriore al ginocchio destro con instabilità e dolori residui Valutazione Soggettivamente l'assicurato si dice già migliorato, non deve più usare le stampelle per camminare ma non appoggia in modo corretto il piede sinistro, inoltre lamenta ancora dolori alla caviglia destra e alla parte mediale del gomito destro come pure un'iposensibilità alle dita ulnari della mano destra. Oggettivamente in data odierna vi sono ancora dolori alla palpazione del calcagno sinistro, cosa del tutto

normale dopo la frattura del tuber calcanei, dolori comunque in via di risoluzione. Persiste anche una minima instabilità ulnare del gomito destro e vi sono segni per una lesione parziale del nervo ulnare al solco cubitale. Inoltre a livello della caviglia destra segni per tendinite dei peronei. Procedere Nulla di particolare da proporre per la frattura del calcagno sinistro che il paziente caricherà secondo dolori con aumento progressivo del carico. Per quanto attiene allo stiramento del collaterale ulnare al gomito destro il trattamento è prettamente conservativo. Organizzeremo però una valutazione neurologica dal dr. Karau per la valutazione del nervo ulnare. Per quanto attiene ai dolori alla caviglia destra, l'assicurato verrà prossimamente sottoposto a RM per valutazione dei tendini peronei e dei legamenti. In seguito ci si esprimerà sull'ulteriore procedere anche per queste patologie. Da un punto di vista amministrativo, l'assicurato è sempre inabile al lavoro al 100%.” (Doc. 24 fasc. 1) Neppure in occasione della visita del 17 febbraio 2010 presso il dr. _____, spec. FMH in neurologia, l'assicurato ha segnalato la presenza di disturbi al gomito sinistro, tanto è vero che lo specialista ha indicato che “il 26.10.2009 cade da una scala dall'altezza di 4 metri con frattura del calcagno sinistro e contusione del piede e gomito destri (...). Durante la caduta avrebbe picchiato anche l'arto superiore destro che sarebbe stato gonfio e con un ematoma a livello dell'avambraccio, dalla caduta avverte parestesie sul palmo delle dita III e IV della mano destra, parzialmente anche del III° dito. (...)”. Solo nella nota telefonica del 17 marzo 2010, il funzionario incaricato ha indicato che l'assicurato ha messo in evidenza l'esistenza di importanti dolori al gomito sinistro, dei quali non aveva mai fatto menzione in precedenza. Il funzionario ha osservato che: “ (...) Il sig. RI 1 segnala che i disturbi al calcagno sinistro, caviglia e gomito destri sono sopportabili. I dolori più pronunciati sono ora localizzati al gomito sinistro. Il sig. RI 1 dice di avere battuto anche il gomito sinistro durante la caduta. Facciamo osservare che dai documenti medici e dai referti radiologici a disposizione non troviamo riferimenti al gomito sinistro. Il sig. RI 1 riferisce di aver già segnalato tale problematica al dr. _____. Inviteremo il dr. _____ a verificare anche la situazione del gomito sinistro (ev. anche RX se necessario) in occasione della sua valutazione del 22.4.2010.” (Doc. 35 fasc. 1) Il dr. _____, spec. FMH in chirurgia, ortopedia e traumatologia, dopo avere riscontrato in occasione della visita del 22 aprile 2010 una “leggera dolenzia sopra l'epicondilo mediale” e avere disposto un esame di RM del gomito sinistro, nel referto del 17 giugno 2010 ha indicato che l'assicurato presenta una “epicondilite mediale, il cosiddetto gomito da golfista”, senza prevedere ulteriori controlli (doc. 41 fasc. 1). Viste le dichiarazioni fornite dall'interessato a proposito della presunta comunicazione al proprio medico curante dei disturbi risentiti al gomito sinistro, il funzionario dell'assicuratore infortuni ha quindi contattato il dr. _____ al fine di chiarire la questione. Il medico curante dell'interessato ha risposto di non avere avuto notizia di disturbi al gomito sinistro, come riportato nella nota all'incarto del 17 marzo 2010, del seguente tenore: “ (...) Tel. a dr. _____: Non ricorda di avere discusso con RI 1 circa disturbi al gomito sinistro. In cartella trova annotazioni per il calcagno sinistro, caviglia destra, gomito destro e bacino. Nessuna nota per il gomito sinistro.” (Doc. 35 fasc. 1) Alla luce degli elementi sopra esposti, il TCA non condivide quanto indicato in un secondo tempo dal dr. _____ nello scritto del 27 settembre 2010, nel quale, rettificando quanto da lui stesso comunicato al funzionario della CO 1 il 17 marzo 2010, ha indicato che il 21 gennaio 2010 l'interessato si sarebbe lamentato di “problemi epicondilar bilaterali”, che si sarebbero “manifestati in maniera ondulante in seguito all'infortunio durante il quale è caduto prima sul fianco e braccio sinistro e dopo sul fianco e braccio destro” (cfr. doc. 55 fasc. 1). Una tale dinamica, oltre a non trovare conferma negli atti

medici sopra esposti, non risulta nemmeno dal rapporto di constatazione del 19 novembre 2009 della polizia cantonale, nel quale, ricostruendo la caduta, l'assicurato ha indicato che "è finito al suolo con la parte inferiore del corpo, atterrando dapprima con il piede sinistro, per poi successivamente accasciarsi al suolo con la parte destra del proprio corpo. A seguito della caduta lo sventurato ha riportato la rottura del tallone sinistro, una distorsione al piede destro, nonché una distorsione del braccio destro" (doc. 80A fasc. 1). Attentamente vagliato quindi l'insieme della documentazione agli atti, questo Tribunale ritiene di potere condividere il parere espresso sia dal dr. _____ che dal dr. _____ a proposito dell'assenza di un rapporto causale tra l'evento del 26 ottobre 2009 e i disturbi al gomito sinistro. In una nota del 9 luglio 2010, il dr. _____, ha infatti osservato che "la causalità per il gomito sinistro non è data. Visto in Agenzia 2.5 mesi dopo l'infortunio e non lamentava problemi al gomito sinistro. Del resto, l'epicondilita non è di origine post-traumatica" (doc. 43 fasc. 1). In occasione della visita medica _____ del 25 agosto 2010, il dr. _____, posta la diagnosi non di competenza CO 1 di "modica epicondilopatia al gomito sinistro", ha osservato che "per il gomito sinistro, che non presenta però postumi infortunistici, si consiglia di effettuare un ciclo di fisioterapia e l'assunzione di antiinfiammatori. Le terapie vanno a carico della competente Cassa malati" (doc. 47 fasc. 1). Nell'apprezzamento medico del 22 ottobre 2010, il dr. _____ ha nuovamente escluso l'esistenza di un rapporto causale tra l'infortunio del 26 ottobre 2009 e i disturbi al gomito sinistro dell'interessato, osservando: " (...) Valutazione l'assicurato ha subito un infortunio cadendo da una scala il 26.10.2009. Il 9.12.2009 esame della copertura da parte del case manager signor _____: il _____ si informa sulla situazione medica e sui problemi attuali, non vi è nessun accenno alla problematica al gomito sinistro. Il 14.12.2009 rapporto da parte del medico curante dr. _____: nessun accenno alla problematica al gomito sinistro. Il 5.1.2010 visita medico-_____ in Agenzia: nessun accenno a problematiche al gomito sinistro. Risulta quindi evidente che fino a due mesi e mezzo dall'infortunio non c'è stata nessuna problematica al gomito sinistro. È inverosimile che vi sia stata una contusione al gomito sinistro della quale l'assicurato si sarebbe accorto soltanto più di due mesi e mezzo dopo l'accaduto. Per questo motivo ritengo che non vi sia mai stata una contusione al gomito sinistro e che l'epicondilopatia non vada a carico dell'infortunio. Inoltre i medici stessi (dr. _____ e dr. _____) ritengono che un nesso di causalità è possibile. La mera possibilità non basta per stabilire un nesso causale tra un infortunio e un sintomo lamentato." (Doc. 57 fasc. 1) Nell'apprezzamento medico del 5 marzo 2012, il dr. L. _____, spec. FMH in chirurgia generale e della mano e medico di _____ dell'assicuratore LAINF, ha confermato la correttezza della valutazione effettuata dal dr. _____, osservando che: " (...) 3. Apprezzamento La nuova documentazione pervenutaci non apporta nuovi elementi di giudizio atti ad invalidare la nostra precedente presa di posizione di rifiutare la problematica dei disturbi accusati dall'assicurato al gomito sinistro, sia per il diverso tempo passato dall'infortunio con le prime problematiche a questo livello, veniva già descritta nei precedenti rapporti una modica epicondilopatia al gomito sinistro senza relazione con l'infortunio. La causalità tra i disturbi accusati dall'assicurato al gomito sinistro e l'infortunio del 26.10.2009 va dunque rifiutata e questo a conferma della già precedente valutazione del collega dr. _____ specialista chirurgia ortopedica FMH e sopraccitata." (Doc. 78 fasc. 1) Nell'apprezzamento medico del 4 dicembre 2013, il dr. _____ ha ribadito che "per quanto riguarda il gomito sinistro, viene riconfermato il rifiuto fra questa articolazione e l'infortunio del 26.10.2009 come secondo mio apprezzamento medico del 5.3.2012" (doc. 102 fasc. 2). Il

TCA concorda con queste considerazioni espresse dai medici di _____ dell'assicuratore LAINF. Quanto alla presunta mancata considerazione a livello del gomito sinistro, oltre all'epicondilita, di "un'artrosinovite probabilmente di origine post traumatica" fatta valere dal dr. _____ (doc. B), il TCA rileva che i medici di _____ dell'assicuratore infortuni hanno correttamente tenuto conto degli esiti dell'esame di RMN del 21 maggio 2010, dal quale è risultata la presenza di "discreti segni di epicondilita mediale senza rottura dei tendini. Discrete alterazioni degenerative nella parte posteriore del capitulum humeri, reperto associato ad un lieve versamento articolare. Per quanto valutabile non sicuri corpi liberi intraarticolari. Non fratture. Ulteriori reperti nei limiti della norma, ad eccezione di un lieve edema a livello dell'inserzione distale del tendine muscolo tricipite" (doc. 40 fasc. 1). Pertanto, tenuto conto del tempo di latenza relativamente lungo e della circostanza che nessuno dei sanitari che ha esaminato il ricorrente nei primi mesi immediatamente dopo l'evento ha constatato affezioni a livello del gomito sinistro, il TCA non può che concludere che l'esistenza di un legame causale naturale tra l'infortunio e i disturbi risentiti dall'interessato al gomito sinistro non è dimostrata con il grado di verosimiglianza richiesto dalla giurisprudenza. Il patrocinatore del ricorrente, rifacendosi a quanto indicato dal dr. _____, ha sottolineato, infine, che l'assicurato non ha mai lamentato disturbi al gomito sinistro prima dell'infortunio in questione (cfr. doc. I). Al riguardo, è utile segnalare che, secondo la giurisprudenza federale, l'argomento sollevato dal legale è insostenibile dal profilo della medicina infortunistica e inammissibile da quello probatorio (cfr. STF 8C_725/2012 del 27 marzo 2013 consid. 7.2.2: "Der Versicherte argumentiert weiter, "woher sonst, wenn nicht vom Unfall aus dem Jahre 1993, kommen die erwähnten Beschwerden an der linken oberen Extremität?" Die mit dieser rhetorischen Frage angerufene Beweisregel "post hoc ergo propter hoc" (vgl. BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 341 f.) ist jedoch praxisgemäss unfallmedizinisch nicht haltbar und beweisrechtlich nicht zulässig, ... "). 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 i disturbi al gomito sinistro dell'assicurato non costituiscono una conseguenza naturale dell'infortunio del 26 ottobre 2009. Se ne deduce quindi che l'assicuratore resistente era legittimato a negare la propria responsabilità in proposito (e, con essa, il proprio obbligo a prestazioni). 2.4. Disturbi al rachide cervicale e lombare: causalità naturale e adeguata dell'infortunio del 26 ottobre 2009? 2.4.1. Nella decisione su opposizione impugnata l'Istituto assicuratore ha pure negato la propria responsabilità a proposito delle affezioni al rachide cervicale e lombare, fondandosi sull'apprezzamento medico del 4 dicembre 2013 del dr. _____ (doc. 102 fasc. 2), poi confermato in occasione della visita medica di chiusura del 6 marzo 2014 (doc. 126 fasc. 2). A mente del ricorrente l'amministrazione e il suo medico di _____ hanno, a torto, negato la presa a carico delle affezioni al rachide cervicale e lombare. A sostegno delle proprie argomentazioni il legale del ricorrente ha fatto riferimento alla valutazione del dr. _____ (doc. I + B). Il Tribunale federale ha già avuto modo, in più di un'occasione, di pronunciarsi in merito all'eziologia delle ernie discali e, specificatamente, di quelle cervicali. Secondo la giurisprudenza dell'Alta Corte, la maggior parte delle ernie discali ha una causa degenerativa e un infortunio può solo eccezionalmente essere all'origine di una tale patologia (RAMI 2000 U 378 p. 190, U 379 p. 192, U 363 p.

45; STF 8C_1003/2010 del 22 novembre 2011 consid. 1.3, 8C_735/2009 del 2 novembre 2009 consid. 2, 8C_124/2008 del 17 ottobre 2008 consid. 4). In una sentenza non pubblicata U 193/98 del 4 giugno 1999 - in seguito confermata (cfr. STFA U 94/01 del 5 settembre 2001 consid. 2c) - riguardante un assicurato, vittima di una caduta, affetto da un'ernia discale C6-C7, la Massima Istanza ha esplicitamente fatto propria il parere della dottrina medica dominante riguardo all'eziologia delle ernie discali cervicali. Quest'ultima subordina il riconoscimento della causalità naturale tra un evento traumatico e l'apparizione dei sintomi dolorosi di un'ernia discale (e cioè di un'ernia causata dall'infortunio), ai quattro seguenti criteri cumulativi : il trauma deve essere stato causato da un infortunio il cui meccanismo è suscettibile di aver provocato la protrusione del disco; i dolori devono apparire immediatamente dopo il trauma e avere un tipico carattere radicolare (cervico-brachialgie); il paziente non deve, inoltre, aver già presentato tale sintomatologia e il frammento interessato deve apparire intatto sulle lastre eseguite anteriormente, poiché la più parte delle ernie cervicali rimangono a lungo asintomatiche (cfr. J. Krämer, Bandscheibenbedingte Erkrankungen, 5a ed., 2006, p. 343). I medesimi criteri cumulativi si applicano anche nel caso di ernie lombari (cfr. STF U 547/06 del 22 febbraio 2007, consid. 5 e riferimenti ivi citati). In una sentenza U 194/05 del 25 ottobre 2006, riguardante un assicurato che presentava, tra gli altri, anche dei disturbi al rachide lombare (ernia discale L5/S1 con spondilolistesi in preesistente spondilolisi associata a discopatia degenerativa del medesimo spazio intervertebrale), l'Alta Corte ha, in proposito, ribadito che: " (...). 3.3.2 Richiamando la giurisprudenza del Tribunale federale delle assicurazioni, la Corte cantonale ha ricordato che solo eccezionalmente un infortunio può costituire la causa di un'ernia discale, quest'ultima inserendosi praticamente sempre in un contesto di alterazione dei dischi intervertebrali di origine degenerativa (RAMI 2000 no. U 378 pag. 190). Essa ha quindi correttamente esposto che un'ernia discale può essere considerata di natura traumatica unicamente se - cumulativamente - l'evento infortunistico era di particolare gravità, se era di per sè idoneo a danneggiare il disco e se i sintomi dell'ernia discale (sindrome vertebrale o radicolare), così come la relativa incapacità lavorativa, sono insorti immediatamente (RAMI 2000 no. U 378 pag. 190 e no. U 379 pag. 192). 3.3.3 Ora, giustamente i primi giudici, che peraltro, ai fini della loro pronuncia, si sono pure fondati sulle conclusioni di una perizia resa in altra vertenza dal prof. Seiler, direttore della Clinica di neurochirurgia dell'Ospedale universitario di Berna, secondo il quale in caso di lesione traumatica del disco intervertebrale la capacità di deambulazione e di mantenere la posizione eretta viene immediatamente soppressa, hanno rilevato come già solo il fattore temporale dell'insorgenza immediata della sintomatologia vertebrale o radicolare farebbe difetto nel caso di specie. Infatti, nè da verbale di pronto soccorso del 28 gennaio 2003, nè dal certificato rilasciato tre giorni dopo dal dott. X, nè tantomeno dal rapporto 3 febbraio 2003 dell'Azienda ospedaliera di Y risulta il benché minimo accenno a disturbi nella regione lombare." I criteri appena esposti valgono di principio anche in caso di peggioramento duraturo (direzionale) di uno stato morboso preesistente (cfr. STF 8C_902/2011 del 10 febbraio 2012 consid. 2.1 e riferimenti ivi menzionati). In particolare, è necessario che vi siano, citiamo: "... attendibili reperti radioscopici suscettibili di fare ritenere un aggravamento significativo e duraturo dell'affezione degenerativa preesistente alla colonna vertebrale (RAMI 2000 No. U 363, pag. 46, cfr. pure sentenza inedita del 4 giugno 1999 in re S., U 193/98, consid. 3c)." (STFA U 194/05 del 25 ottobre 2006). Qualora un'ernia del disco preesistente sia stata solo resa manifesta dall'infortunio, i disturbi scatenati in tal modo devono apparire entro un breve lasso di tempo, affinché

possano essere ancora considerati conseguenza naturale dell'evento in questione. Va precisato che, secondo la giurisprudenza, la durata tollerata della latenza varia a seconda del segmento interessato dall'ernia del disco (rachide lombare/toracale oppure cervicale): " Wird eine vorbestandene Diskushernie durch den Unfall lediglich manifest, müssen die dadurch ausgelösten Beschwerden innerhalb einer kurzen Zeitspanne auftreten, um als natürlich kausale Folgen des fraglichen Ereignisses zu gelten. Für den Brust- und Lendenwirbelbereich wird eine Latenzzeit von höchstens acht bis zehn Tagen angegeben (Alfred M. Debrunner/Erich W. Ramseier, Die Begutachtung von Rückenschäden, Bern 1990, S. 55). Bei einer vorbestehenden Diskushernie der Halswirbelsäule beträgt das beschwerdefreie Intervall in der Regel lediglich wenige Stunden (Krämer, a.a.O. S. 355; nicht veröffentlichtes Urteil S. vom 4. Juni 1999 [U 193/98])." (STFA U 218/04 del 3 marzo 2005 consid. 6.1 - il corsivo é del redattore) In tale ipotesi, ossia quella in cui l'infortunio ha giocato un ruolo semplicemente scatenante, l'assicurazione assume la sindrome dolorosa legata all'evento traumatico. Le conseguenze di un'eventuale ricaduta devono essere assunte soltanto se esistono dei chiari sintomi che attestano una relazione di continuità tra l'evento infortunistico e la ricaduta (cfr. STFA U 312/05 del 4 novembre 2005 consid. 4.2, U 170/00 del 29 dicembre 2000 e la dottrina medica e la giurisprudenza ivi citate).

2.4.2. Vagliata con attenzione la documentazione all'inserto, questo Tribunale ritiene che almeno una delle condizioni cumulative poste dalla dottrina medica dominante e dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.4.1.), faccia difetto. Concretamente, per i motivi che verranno diffusamente esposti qui di seguito, esso non ritiene pertanto provato, con un sufficiente grado di verosimiglianza, che la tipica sintomatologia dipendente dall'ernia cervicale e lombare, sia apparsa immediatamente dopo l'infortunio, rispettivamente entro alcune ore. Va, infatti, rilevato che - come sostenuto, a ragione, dall'assicuratore infortuni - la radiografia della colonna lombare effettuata il giorno stesso dell'infortunio non ha evidenziato alcuna lesione post-traumatica, ma solo delle alterazioni degenerative delle faccette articolari da L3 a S1 (cfr. doc. 11 fasc. 1). Dalla documentazione all'incanto, inoltre, non risulta essere stato segnalato alcun disturbo a livello lombare e cervicale nei mesi immediatamente successivi all'infortunio del 26 ottobre 2009 e, in particolare, in occasione delle visite mediche _____ presso il dr. _____ del 5 gennaio 2010 (doc. 24 fasc. 1) e del 25 agosto 2010 (doc. 47 fasc. 1). Solo a seguito delle RM eseguite il 4 marzo 2013 su richiesta del dr. _____ l'assicurato ha rivendicato il diritto a prestazioni per i disturbi a livello lombare e cervicale. Ora, come correttamente rilevato dal dr. _____ al momento della visita medica di chiusura del 6 marzo 2014 (doc. 126 fasc. 2), il fatto che l'assicurato non abbia manifestato problemi a livello cervicale e lombare immediatamente dopo l'evento infortunistico e nemmeno in occasione delle visite mediche _____ presso il dr. _____ del 5 gennaio 2010 e del 25 agosto 2010 depone contro l'esistenza di un nesso causale tra i suddetti disturbi e l'infortunio del 26 ottobre 2009.

2.5. Disturbi al braccio/gomito destro: causalità naturale e adeguata dell'infortunio del 26 ottobre 2009?

2.5.1. Nella decisione su opposizione impugnata l'CO 1 ha, infine, sostenuto che i disturbi denunciati dall'assicurato al gomito destro non correlerebbero con un danno alla salute oggettivabile. Di conseguenza, l'Istituto ha proceduto a un esame particolare dell'adeguatezza del nesso causale, giungendo alla conclusione che essa non è data (cfr. doc. A). Il TCA concorda con la valutazione dell'amministrazione. Dalla documentazione agli atti, infatti, emerge che l'assicurato è stato sottoposto a ripetute ed approfondite indagini cliniche e strumentali, le quali non hanno tuttavia permesso di dimostrare l'esistenza di un danno infortunistico oggettivabile che

correli a sufficienza con i disturbi da lui denunciati al gomito destro. In tale contesto va ricordato che, per poter parlare di lesioni traumatiche oggettivabili dal punto di vista organico, i risultati ottenuti devono essere confermati da indagini effettuate per mezzo di apparecchiature diagnostiche o di immagine radiologica e i metodi utilizzati riconosciuti scientificamente (STF 8C_421/2009 del 2 ottobre 2009 consid. 3 e sentenze ivi citate; cfr. pure DTF 134 V 109 consid. 9 p. 122). In questo senso, in una sentenza pubblicata in SVR 4-5/2009 UV 18, p. 69ss., il TF ha precisato che reperti clinici quali miogelosi, dolori alla digitopressione del collo oppure limitazioni nella mobilità del rachide cervicale, non possono di per sé essere qualificati quale chiaro substrato organico dei disturbi (si veda pure la STF 8C_416/2010 del 29 novembre 2010 consid. 3.2). Nel caso di specie, come correttamente indicato dal dr. _____ nell'apprezzamento medico del 4 dicembre 2013 (doc. 102 fasc. 2), nonostante il trauma distorsivo al gomito destro subito al momento dell'infortunio, all'esame clinico svolto dal dr. _____ durante la visita del 25 agosto 2010, il gomito destro mostrava una funzione completa, nessun dolore particolare alla palpazione e nessuna instabilità (doc. 47 fasc. 1). Inoltre, va evidenziato che dolori risentiti dall'interessato al gomito destro non sono stati oggettivati né dal lato ortopedico, né da quello neurologico. Nel referto del 23 febbraio 2010, il dr. _____ ha riscontrato dall'esame ENG dei parametri nella norma a livello del nervo ulnare bilateralmente (doc. 32 fasc. 1), circostanza poi ribadita nel referto del 5 ottobre 2012 (doc. 83 fasc. 1). Anche nel successivo referto del 10 giugno 2013, il dr. _____ ha indicato di non avere riscontrato alcuna causa neurologica apparente in grado di spiegare i dolori accusati dall'assicurato al gomito destro (doc. 91 fasc. 2).

2.5.2. Nella DTF 134 V 109, il Tribunale federale ha precisato, da più punti di vista, la propria giurisprudenza riguardante la valutazione della causalità in caso di disturbi organici non oggettivabili e, specificatamente, quella elaborata in materia di traumi d'accelerazione al rachide cervicale, di traumi equivalenti oppure di traumi cranio-cerebrali. In quel giudizio, l'Alta Corte ha innanzitutto confermato la necessità di procedere a un esame particolare dell'adeguatezza in presenza di infortuni che hanno comportato tali lesioni (consid. 7-9). Il Tribunale federale ha inoltre stabilito che non vi è ragione di modificare i principi relativi alla classificazione degli infortuni a seconda del loro grado di gravità e all'eventuale presa in considerazione di ulteriori criteri nell'esame dell'adeguatezza a dipendenza della gravità dell'infortunio (consid. 10.1). La Corte federale ha invece accresciuto le esigenze relativamente alla prova dell'esistenza di una lesione in relazione di causalità naturale con l'infortunio (consid. 9) e ha modificato in parte i criteri di rilievo per l'adeguatezza (consid. 10). Per quanto riguarda il nesso di causalità naturale, il TF ha segnatamente ricordato che, accanto ai casi in cui un chiaro miglioramento dello stato di salute subentra già dopo breve tempo e che perciò pongono raramente dei problemi nell'applicazione del diritto, vi sono i casi in cui i disturbi perdurano più a lungo, sino alla loro cronicizzazione. Per questi ultimi, è indicato disporre rapidamente - di regola dopo circa sei mesi di persistenza dei disturbi - una perizia pluri-/interdisciplinare (di tipo neurologico/ortopedico, psichiatrico e, eventualmente, neuropsicologico; in caso di questioni specifiche e per escludere diagnosi differenziali sono pure indicati accertamenti otoneurologici, oftalmologici, ecc.), allestita da medici specialisti che godono di un'esperienza specifica con questo genere di lesioni. Relativamente alla causalità adeguata, l'Alta Corte ha rielaborato i criteri di rilievo, principalmente quelli che contengono una componente temporale e, in secondo luogo, quelli che nella pratica si sono dimostrati troppo poco chiari. Il relativo nuovo elenco si presenta quindi nel modo seguente: - le circostanze concomitanti particolarmente drammatiche o la _____ particolare

spettacolarità dell'infortunio; - la gravità o particolare caratteristica delle lesioni lamentate; - la specifica cura medica protratta e gravosa; - i notevoli disturbi; - la cura medica errata che aggrava notevolmente gli esiti dell'infortunio; - il decorso sfavorevole della cura e le complicazioni rilevanti intervenute; - la rilevante incapacità lavorativa malgrado la dimostrazione degli sforzi compiuti. Nonostante ciò che precede, la giurisprudenza citata al considerando 2.5. (DTF 115 V 133 e 403) si applica anche in caso di traumi d'accelerazione al rachide cervicale, di traumi equivalenti oppure di traumi cranio-cerebrali, se i disturbi psichici insorti dopo l'infortunio appaiono chiaramente come un danno alla salute distinto e indipendente dal quadro clinico tipico consecutivo a un trauma d'accelerazione al rachide cervicale, a un trauma equivalente oppure a un trauma cranio-cerebrale (cfr. RAMI 2001 U 421 p. 79 consid. 2b). 2.5.3. La più recente giurisprudenza federale applica la prassi relativa all'evoluzione psichica abnorme conseguente a infortunio ai casi in cui l'esistenza dei disturbi denunciati dalla persona assicurata è sì stata attestata da medici specialisti, ma non oggettivata mediante accertamenti strumentali e radiologici scientificamente riconosciuti. Secondo l'Alta Corte, in quei casi, l'assenza di postumi organici oggettivabili non esclude a priori l'esistenza di un nesso di causalità naturale con l'evento traumatico in questione (cfr. SVR 2012 UV n. 5 p. 17ss. consid. 5.1 e riferimenti ivi menzionati). L'esame della causalità naturale viene però momentaneamente sospeso, per procedere a un esame particolare dell'adeguatezza del nesso causale. Se da tale esame emerge non essere dato il necessario nesso di causalità adeguata, si può rinunciare a esperire ulteriori indagini sulla questione della causalità naturale tra l'infortunio e i disturbi lamentati (DTF 135 V 465 consid. 5.1). Ad esempio, questo principio è stato applicato dall'Alta Corte in una sentenza 8C_267/2009 del 26 gennaio 2010 consid. 4.3, riguardante dei disturbi visivi denunciati da un assicurato che era stato spinto contro un muro da una terza persona. Ammessa l'esistenza del nesso di causalità naturale in quanto attestata da due neuro-oftalmologi attivi a livello universitario e constatata la mancata oggettivazione di un danno alla salute organico, il TF ha esaminato il caso dal profilo della causalità adeguata in applicazione della "psico-prassi" (e non di quella relativa ai traumi cranio-cerebrali siccome l'assicurato aveva lamentato una semplice contusione cranica), per giungere alla conclusione che l'adeguatezza non era data. In una sentenza 8C_291/2012 dell'11 giugno 2012, la Massima Istanza ha deciso in questo stesso modo, a proposito di una fattispecie in cui i disturbi lamentati dall'assicurato all'arto inferiore sinistro, riferibili secondo gli specialisti a un dolore neuropatico provocato dall'infortunio, non avevano potuto essere oggettivati nè neurologicamente nè mediante esami strumentali per immagini. Infine, nella DTF 138 V 248, il Tribunale federale, modificando la propria giurisprudenza, ha stabilito che in presenza di acufeni non attribuibili a un'affezione organica oggettivabile, il nesso di causalità adeguata con l'infortunio non può essere ammessa senza aver fatto l'oggetto di un esame particolare, al pari di quanto avviene per altri quadri clinici senza prova di deficit organico. 2.5.4. In assenza di un sufficiente sostrato organico oggettivabile, come è il caso nella presente fattispecie (si veda il consid. 2.5.1.), occorre effettuare un esame specifico dell'adeguatezza. Secondo la giurisprudenza federale, l'esame dell'adeguatezza del legame causale può però avvenire, al più presto, quando l'assicuratore contro gli infortuni, in virtù dell'art. 19 cpv. 1 LAINF, è tenuto a chiudere un caso (con interruzione delle prestazioni di corta durata e con esame del diritto a una rendita di invalidità e a un'IMI). Tale momento è dato quando dalla continuazione della cura medica non vi è più da attendersi dei notevoli miglioramenti e quando eventuali provvedimenti integrativi dell'assicurazione per l'invalidità si sono

conclusi (cfr. DTF 134 V 109 consid. 4.3 con riferimenti). Nel caso di specie, non vi sono in discussione provvedimenti integrativi dell'AI, motivo per cui è determinante il momento in cui si è stabilizzato lo stato di salute dell'insorgente. Al riguardo, va osservato che, in occasione della visita medica del 25 agosto 2010, il dr. _____ aveva ritenuto la situazione a livello del gomito destro stabile, indicando che a livello del gomito destro "non c'è nulla di particolare" (doc. 47 fasc. 1). Valutazione poi confermata dal dr. _____, il quale, nell'apprezzamento medico del 21 maggio 2014 ha espressamente indicato che "il gomito destro era stabile e con ottima funzione" (doc. 135 fasc. 2). Assodato dunque che all'amministrazione non può essere rimproverato di aver prematuramente chiuso la pratica, il TCA può procedere all'esame dell'adeguatezza, esame che andrà eseguito in ossequio ai criteri applicabili in caso di evoluzione psichica abnorme conseguente a infortunio (DTF 115 V 133ss.).

2.5.5. Nel valutare l'adeguatezza del legame causale ai sensi della prassi sviluppata nella DTF 115 V 133, occorre innanzitutto procedere alla classificazione dell'infortunio occorso all'assicurato il 26 ottobre 2009. Dal rapporto di costatazione del 19 novembre 2009 della polizia cantonale risulta questa descrizione dell'evento: "(...) RI 1, al fine di fare un favore al suo padrone di casa, si è portato sul piazzale sito a lato della sua abitazione con l'intento di sostituire la lampadina rotta di un lampione. Per tale ragione ha appoggiato una scala a sfilo, allungata di alcuni pioli, contro il lampione. L'altezza totale della scala allungata si aggirava intorno ai 5 metri. Una volta fatto ciò RI 1 ha risalito la scala fino a giungere al suo culmine, ovvero ad un'altezza di 4.5 metri da terra. Successivamente ha sostituito la lampadina. Al momento di scendere dalla scala, la parte superiore del lampione, ovvero quella perpendicolare al pilone, si è improvvisamente girata di 90 gradi. A seguito di tale movimento RI 1 ha perso l'equilibrio, rovinando a terra dall'alto della scala. (...)" (Doc. 80A/1) Nel verbale di interrogatorio del 13 novembre 2009 presso la Polizia Cantonale, l'assicurato ha ribadito di essere caduto da un'altezza di 4.5 metri, di non avere mai perso conoscenza e di avere lui stesso avvisato sua moglie dell'accaduto tramite telefono cellulare (cfr. doc. 80A/2). Ora, il TCA rileva che gli infortuni consistiti in cadute da un'altezza di più metri e che hanno comportato importanti lesioni oppure fratture sono stati classificati dalla giurisprudenza federale nella categoria intermedia propriamente detta sino a quella medio-grave (per una panoramica sulla giurisprudenza in materia di cadute, si veda la RAMI 1998 U 307 p. 449 consid. 3a). In particolare, sono stati classificati fra gli infortuni di media gravità al limite della categoria superiore, le cadute verificatesi da un'altezza compresa fra 5 e 8 metri che hanno comportato lesioni ossee relativamente severe (cfr. STF 8C_202/2014 e giurisprudenza ivi citata, in particolare, U 392/05 del 16 dicembre 2005 consid. 2.1, concernente una caduta da un'impalcatura sita ad un'altezza compresa fra 5.4 metri e 8 metri; U 168/04 dell'8 ottobre 2004 consid. 5.2, riguardante la caduta da un balcone sito al terzo piano da un'altezza di circa 7-8 metri; U 167/99 dell'8 febbraio 2000 consid. 3b, concernente una caduta da 6-8 metri; RAMI 1999 n° U 330 p. 122 consid. 4b/bb e RAMI 1998 n° U 307 p. 448 consid. 3a). Per contro, questa Corte segnala che, di norma, il Tribunale federale classifica nella categoria intermedia propriamente detta i casi di cadute da altezze (cfr. RAMI 1998 n° U 307 p. 448, U 169/97 consid. 3a; STF 8C_396/2007 del 30 maggio 2008 consid. 3.3). A mero titolo esemplificativo, tra le tante, il TCA rileva che l'Alta Corte ha classificato nella categoria degli infortuni di media gravità propriamente detti i seguenti casi: STF 8C_826/2011 del 17 dicembre 2012, concernente un assicurato caduto in cantiere da un'altezza di circa 2.8 metri; STF 8C_305/2011 del 6 marzo 2012 consid. 3.4., relativa ad un assicurato caduto da una scala da circa 3 metri di altezza; STF 8C_742/2009 del 13

settembre 2010 consid. 5.1, riguardante un assicurato caduto nel vano di un ascensore ad una profondità di 2-2.5 metri; STF 8C_855/2009 del 21 aprile 2010 consid. 8.2, concernente un assicurato caduto da una scala da circa 2.5 metri di altezza; STF 8C_584/2007 del 9 settembre 2008 consid. 4.1, relativa ad un assicurato caduto da una scala da circa 3.5 metri di altezza mentre stava montando un coperchio sulla lampada posta all'esterno dell'abitazione dei genitori; U 11/07 del 27 febbraio 2008, a proposito di un assicurato che, caduto da un'altezza tra i tre e i cinque metri, aveva riportato fratture multiple ai due piedi; U 144/05 del 27 dicembre 2005, consid. 6, riguardante un assicurato caduto in cantiere da una scala da un'altezza di circa 4.5 metri, riportando la frattura del talamo calcaneare bilaterale; STFA U 31/03 del 30 novembre 2004, concernente una caduta da un'altezza di 3.5 metri con lieve infrazione della limitante superiore del corpo vertebrale di L1; STFA U 3/03 del 4 settembre 2003, riguardante il caso di un assicurato che era caduto da un'altezza di 3-4 metri, riportando una frattura da compressione lombare, sinistro che la Corte federale ha inserito nella categoria degli infortuni di media gravità propriamente detta. Nella sentenza 35.2012.25 del 30 agosto 2012 il TCA ha classificato in questa categoria l'infortunio di un assicurato caduto da un tetto da un'altezza di 3.20 metri (distanza suolo-piedi) procurandosi fratture a livello del terzo prossimale della fibula della gamba destra e della IV e V costola a sinistra, una distrazione del deltoide in sede cucullare della spalla sinistra, nonché un trauma cranico lieve. Visti i precedenti giurisprudenziali appena citati, tenuto conto della dinamica oggettiva dell'evento e precisato che, in questo contesto, non devono essere prese in considerazione le conseguenze dell'infortunio, nè le circostanze concomitanti (cfr. SVR 2008 UV Nr. 8 p. 26), secondo questo Tribunale, il sinistro accaduto al ricorrente può essere classificato tra gli infortuni di media gravità in senso stretto. In tale eventualità, il giudice è tenuto a valutare le circostanze connesse con l'infortunio, secondo i criteri elaborati dal Tribunale federale e qui evocati al consid. 2.5.2.. Per ammettere l'adeguatezza del nesso causale, è necessario che un fattore fosse presente in maniera particolarmente incisiva oppure l'intervento di più criteri (cfr. consid. 2.5.2.). In una sentenza 8C_897/2009 del 29 gennaio 2010 consid. 4.5, pubblicata in SVR 2010 UV Nr. 25 p. 100 seg., il TF ha ribadito che - in caso di infortuni che fanno parte della categoria di grado medio vera e propria - devono essere adempiuti almeno tre dei criteri di rilievo affinché possa essere riconosciuta l'esistenza del nesso causale adeguato (si veda pure la STF 8C_634/2013 del 7 maggio 2014; nella STF 8C_566/2013, precedentemente citata, l'Alta Corte ha confermato che, in presenza di un infortunio medio-lieve, serve il cumulo di almeno quattro criteri). Innanzitutto, all'infortunio occorso all'assicurato non può essere negata una certa spettacolarità, ma non si può parlare di una particolare spettacolarità. Al riguardo, è utile precisare che, secondo la giurisprudenza, il criterio in questione è da valutare oggettivamente e non in base alle sensazioni soggettive, rispettivamente ai sentimenti di paura provati dalla persona assicurata. In ogni infortunio di media gravità è insita una certa spettacolarità, la quale non è tuttavia ancora sufficiente per ritenere adempiuto il criterio (consid. 3.5.1 non pubblicato della DTF 137 V 199). Occorre considerare la dinamica dell'infortunio in quanto tale e non il danno alla salute che ne è conseguito. Non si tiene conto del successivo processo di guarigione (cfr. STF 8C_738/2011 del 3 febbraio 2012 consid. 7.3.1). L'Alta Corte ha, per esempio, ammesso l'esistenza di circostanze concomitanti particolarmente drammatiche o spettacolari ai sensi della giurisprudenza in una STFA U 89/99 del 10 luglio 2000, concernente il caso di un assicurato che, durante i lavori di demolizione di alcuni boxes di garages, si era ritrovato - a seguito della caduta di una parete - schiacciato contro una benna per i detriti e con il tetto

che rischiava di crollare, riportando fratture plurime che avevano richiesto un ricovero in ospedale per diversi giorni. Il Tribunale federale ha, per contro, negato l'esistenza di circostanze concomitanti particolarmente drammatiche o spettacolari ai sensi della giurisprudenza in una sentenza 8C_657/2013 del 3 luglio 2014, concernente il caso di un assicurato che, mentre era intento a disarmare i pannelli di una cassaforma su un ponteggio posto ad un'altezza di circa 4,5 metri, a causa della rottura di un supporto metallico era caduto, portando con sé diversi pannelli. In quel caso, il TF ha ritenuto di dover relativizzare il carattere impressionante dell'avvenimento, dato che, contrariamente a quanto sostenuto dal lavoratore, egli non aveva visto cadere i pannelli, né era rimasto sepolto sotto di essi. Ad un'analogha conclusione è giunta l'Alta Corte in una STF 8C_807/2008 del 15 giugno 2009, concernente il caso di un assicurato che era caduto da un elevatore da un'altezza di 5,6 metri; in una sentenza U 144/05 del 27 dicembre 2005, concernente un assicurato caduto da una scala, da un'altezza di circa 4,5 metri; in una U 144/05 del 27 dicembre 2005, riguardante un assicurato caduto in cantiere da una scala da un'altezza di circa 4.5 metri, riportando la frattura del talamo calcaneare bilaterale, rilevando che "en l'espèce, si la chute d'une échelle d'une hauteur de 4,5 mètres a pu subjectivement revêtir chez l'intéressé un caractère relativement impressionnant, le déroulement de l'accident n'apparaît pas d'un point de vue objectif, seul déterminant en l'espèce, particulièrement dramatique, dans la mesure où l'événement litigieux fait partie des risques auxquels un employé de la construction ou du génie civil est généralement exposé". Nel caso concreto, analogamente ai casi appena ricordati, pur potendo riconoscere una certa spettacolarità e drammaticità all'evento in esame, gli atti all'inserto non giustificano di ritenere le circostanze concomitanti come particolarmente drammatiche o spettacolari ai sensi della giurisprudenza. Quelle riportate dal ricorrente - in sostanza una frattura del tuber-calcanei sinistra, una distorsione del gomito destro con lesione parziale del collaterale ulnare e la frattura del malleolo laterale alla caviglia destra (cfr. doc. 47 fasc. 1) - non costituiscono delle lesioni organiche gravi o particolarmente idonee a provocare un'elaborazione psichica abnorme (cfr., a mero titolo esemplificativo, la sentenza U 144/05 del 27 dicembre 2005, riguardante un assicurato caduto in cantiere da una scala da un'altezza di circa 4.5 metri, il quale aveva riportato la frattura del talamo calcaneare bilaterale, nella quale l'Alta Corte ha ritenuto che "les lésions organiques subies par le recourant (fractures des deux calcaneums) ne sauraient être qualifiées objectivement de graves et propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques"). Nessun elemento all'inserto consente inoltre di ravvisare gli estremi per ammettere la presenza di una cura medica errata e notevolmente aggravante gli esiti dell'infortunio. Anche il criterio del decorso sfavorevole della cura e le complicazioni rilevanti intervenute non è soddisfatto. In merito è utile sottolineare che dalla cura medica e dai notevoli disturbi non si può dedurre un decorso sfavorevole e/o delle complicazioni rilevanti. Sono inoltre necessarie delle circostanze particolari che hanno pregiudicato la guarigione. In questo senso, un trattamento che serve unicamente a conservare le condizioni di salute già esistenti, non ha di principio rilevanza nel quadro dell'esame dell'adeguatezza (STFA U 246/03 dell'11 febbraio 2004 consid. 2.4s. e U 37/06 del 22 febbraio 2007 consid. 7.3). Provvedimenti diagnostici e semplici visite di controllo (cfr. STF 8C_327/2008 del 16 febbraio 2009 consid. 4.2), come pure la somministrazione di farmaci antidolorifici e la prescrizione di manipolazioni anche se di una certa durata, sono stati giudicati insufficienti a fondare questo criterio (cfr. STF 8C_507/2010 del 18 ottobre 2010 consid. 5.3.4). Per il resto, anche la rilevanza del grado e della durata dell'incapacità lavorativa dovuta alle lesioni fisiche dell'infortunio dev'essere

negata, ritenuto che in occasione della visita del 26 agosto 2010 presso il dr. _____ l'assicurato era già stato dichiarato abile al lavoro nella misura della rendita precedentemente riconosciutagli (doc. 47 fasc. 1), valutazione poi ribadita dal dr. _____ in occasione della visita medica di chiusura del 6 marzo 2014 (doc. 126 fasc. 2). In tali condizioni, non occorre esaminare se l'ulteriore criterio suscettibile di eventualmente entrare in linea di considerazione, ossia quello della persistenza dei dolori somatici sarebbe realizzato, ritenuto che, alla luce di quanto precede, la sua presenza non basterebbe comunque, da sola, per ammettere l'esistenza del necessario nesso di causalità adeguata (cfr. pure RSAS 2001 pag. 431, U 187/95). Di conseguenza, è a ragione che l'Istituto assicuratore negato l'adeguatezza del nesso causale tra i disturbi al gomito destro e l'infortunio del 26 ottobre 2009.

2.6. Diritto all'indennità per menomazione all'integrità

2.6.1. Secondo l'art. 24 cpv. 1 LAINF, l'assicurato ha diritto ad un'equa indennità se, in seguito all'infortunio, accusa una menomazione importante e durevole all'integrità fisica o mentale. Tale indennità è assegnata in forma di prestazione in capitale. Essa non deve superare l'ammontare massimo del guadagno annuo assicurato all'epoca dell'infortunio ed è scalata secondo la gravità delle menomazioni. Il Consiglio federale emana disposizioni particolareggiate sul calcolo dell'indennità (art. 25 cpv. 1 e 2 LAINF).

2.6.2. L'art. 36 cpv. 1 OAINF definisce i presupposti per la concessione dell'indennità giusta l'art. 24 LAINF: una menomazione dell'integrità è considerata durevole se verosimilmente sussisterà tutta la vita almeno con identica gravità ed importante se l'integrità fisica o mentale è alterata in modo evidente o grave. In questa valutazione dovrà essere fatta astrazione dalla capacità di guadagno ed anche dalle circostanze personali dell'assicurato: secondo la giurisprudenza, infatti, la gravità della menomazione si stima soltanto in funzione di accertamenti medici senza ritenere, all'opposto delle indennità per torto morale secondo il diritto privato, le eventuali particolarità dell'assicurato (cfr. RAMI 2000 U 362, p. 42-43; DTF 113 V 218 consid. 4; RAMI 1987 U 31, p. 438). La parte della riparazione del torto morale contemplata dagli artt. 24ss. LAINF è, dunque, soltanto parziale: gli aspetti soggettivi del danno (segnatamente il pretium doloris e il pregiudizio estetico) ne sono esclusi (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 121).

2.6.3. Giusta l'art. 36 cpv. 2 OAINF, l'indennità è calcolata in base alle direttive contenute nell'Allegato 3 dell'OAINF. Una tabella elenca una serie di lesioni indicando per ciascuna il tasso normale di indennizzo, corrispondente ad una percentuale dell'ammontare massimo del guadagno assicurato. Questa tabella - riconosciuta conforme alla legge - non costituisce un elenco esaustivo (cfr. RAMI 2000 U 362, p. 43; DTF 124 V 32; DTF 113 V 219 consid. 2a; RAMI 1988 U 48 p. 235 consid. 2a e sentenze ivi citate). Deve essere intesa come una norma valida "nel caso normale" (cifra 1 cpv. 1 dell'allegato). Le menomazioni extra-tabellari sono indennizzate secondo i tassi previsti tabellarmente per menomazioni di analoga gravità (cifra 1 cpv. 2 dell'allegato). La perdita totale dell'uso di un organo è equiparata alla perdita dell'organo stesso. In caso di perdita parziale l'indennità sarà corrispondentemente ridotta; tuttavia nessuna indennità verrà versata se la menomazione dell'integrità risulta inferiore al 5% (cifra 2 dell'allegato). Se più menomazioni all'integrità fisica o mentale, causate da uno o più infortuni sono concomitanti, l'indennità va calcolata in base al pregiudizio complessivo (art. 36 cpv. 3 1a frase OAINF). Si prende in considerazione in modo adeguato un peggioramento prevedibile della menomazione dell'integrità. E' possibile effettuare revisioni solo in casi eccezionali, ovvero se il peggioramento è importante e non era prevedibile (art. 36 cpv. 4 OAINF). Peggioramenti non prevedibili non possono, naturalmente, essere anticipatamente considerati. Nel caso in cui un pregiudizio alla salute si sviluppi nel quadro della prognosi

originaria, la revisione dell'indennità per menomazione è, di principio, esclusa. Per contro, l'indennità dev'essere di nuovo valutata, quando il danno è peggiorato in una misura maggiore rispetto a quanto pronosticato (cfr. RAMI 1991 U 132, p. 308ss. consid. 4b e dottrina ivi menzionata).

2.6.4. L'INSAI ha allestito una serie di tabelle, dalla griglia molto più serrata, che integrano quella dell'ordinanza. Semplici direttive di natura amministrativa, esse non hanno valore di legge e non vincolano il giudice (cfr. STFA I 102/00 del 22 agosto 2000; DTF 125 V 377 consid. 1c; STFA del 7 dicembre 1988 nella causa P.; RAMI 1989 U 71, p. 221ss.). Tuttavia, nella misura in cui esprimono unicamente valori indicativi, miranti a garantire la parità di trattamento di tutti gli assicurati, esse sono compatibili con l'annesso 3 all'OAINF (RAMI 1987 U 21, p. 329; DTF 113 V 219, consid. 2b; DTF 116 V 157, consid. 3a).

2.6.5. Nel caso di specie l'assicuratore LAINF resistente - tenuto conto del parere del dr. _____ (cfr. doc. 126 e doc. 135 fasc. 2) - ha rifiutato di riconoscere all'assicurato il diritto ad un'IMI aggiuntiva (rispetto a quella del 10% della quale già beneficia, cfr. consid. 1.1.) a seguito degli infortuni del 26 ottobre 2009 e del 26 settembre 2011. Il patrocinatore del ricorrente ha contestato il rifiuto dell'assicuratore di accordare un'IMI a seguito degli infortuni del 26 ottobre 2009 e del 26 settembre 2011, ritenendo, sulla base di quanto esposto dal dr. _____, che l'CO 1 non ha tenuto conto delle patologie presentate dall'interessato alla mano destra, alle due caviglie, a livello lombare e cervicale, così come pure al gomito destro e sinistro (doc. I). Chiamato a pronunciarsi, questo Tribunale non vede motivi che gli impongano di scostarsi dall'apprezzamento fornito al momento della visita medica di chiusura del 6 marzo 2014 dal dr. _____, il quale ha rilevato che: "(...) Per quanto riguarda la valutazione globale della situazione sulla base degli esami fatti da me eseguire alle due caviglie che sono risultati perfettamente normali e visto lo stato funzionale, l'assicurato non ha diritto ad una IMI per le articolazioni delle due caviglie. Lo stesso dicasi in particolare per il gomito destro, lo stato da modica epicondilopatia al gomito sinistro non era di competenza CO 1. Con la motivazione espressa nei miei precedenti apprezzamenti medici, la problematica della colonna vertebrale cervicale non è in relazione in particolare con l'infortunio del 26.10.2009, lo stesso dicasi per la patologia della colonna vertebrale lombare, mai citate nei precedenti rapporti incluse le due visite specialistiche ortopediche da parte del dott. _____ del 5.1.2010 e del 25.08.2010. L'assicurato rimane abile al lavoro in misura completa nell'ambito della rendita in vigore." (Doc. 126 fasc. 2) A seguito delle contestazioni presentate dal dr. _____ nello scritto del 4 aprile 2014 (cfr. doc. 130/1 fasc. 2), il dr. _____, nell'apprezzamento medico del 21 maggio 2014, ha nuovamente valutato l'eventuale diritto dell'interessato ad un'IMI, confermandone il rifiuto. Il dr. _____ si è così espresso: "(...) 3. Apprezzamento Rimando ai miei precedenti apprezzamenti medici del 5.3.2012 e del 4.12.2013, in particolare per la situazione al gomito sinistro che non veniva ritenuta a carico della CO 1 e per la problematica della colonna vertebrale cervicale che era stata rifiutata anche in base all'esame RM della colonna vertebrale cervicale che aveva dimostrato lesioni degenerative. Anche la patologia lombare con rottura dell'anello fibroso e protrusione centrale del disco fra L4 e L5 con possibile irritazione radicolare L5 non è in relazione con gli infortuni sopraccitati, sia per quanto riguarda la rottura dell'anello fibroso che si riscontra presso fenomeni degenerativi che vengono appunto descritti. In base alla rivalutazione completa della situazione si torna a ripetere che gli esami clinici e radiologici delle due caviglie erano risultati perfettamente normali; anche in considerazione dello stato funzionale, questo dicasi in particolare anche per il gomito destro che era stabile e con ottima funzione. Lo stesso

dicasi per lo stato del trauma da schiacciamento del dito V della mano destra dominante che non aveva rilevato fratture a questo livello ma problematiche delle parti molli corrette, i deficit funzionali di questo dito con iperestensione compensatoria di 20° all'articolazione MF e un deficit d'estensione attiva di 20° alla AIFD e falange distale flessa di 45°, articolazioni interfalangee stabili, non danno diritto ad una IMI. Vengono ribadite dunque le considerazioni espresse dopo la mia visita medica di chiusura del caso del 6.3.2014, senza diritto ad IMI per le due caviglie, per il gomito destro e per il dito V della mano destra dominante." (Doc. 135 fasc. 2) Il TCA concorda con questa esposizione dettagliata e convincente, con la quale il dr. _____, specialista nella materia che qui interessa e che vanta una notevole esperienza nella medicina infortunistica e assicurativa, ha motivatamente spiegato le ragioni per le quali, nel caso concreto, non è possibile attribuire all'assicurato un'IMI a seguito degli infortuni del 26 ottobre 2009 e del 26 settembre 2011. Lo specialista ha dettagliatamente spiegato le ragioni per le quali, sulla base degli esami clinici e strumentali svolti, non può essere seguito il parere del dr. _____, a mente del quale l'interessato avrebbe diritto ad un'IMI per i disturbi alle due caviglie, alla mano destra, ai due gomiti e a livello cervicale e lombare. Secondo questo Tribunale a ragione, dunque, l'CO 1 con la decisione su opposizione impugnata ha negato all'assicurato il diritto di beneficiare di un'IMI aggiuntiva rispetto a quella del 10% già accordatagli in precedenza (cfr. RAMI 2004 U 514 pag. 415 segg.; STFA U 14/02 del 28 giugno 2002).

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