

TI_GERICHTE 35.2015.121 vom 16. August 2016

TI Tribunale d'appello, 2016-08-16, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2015.121

FR: TI_GERICHTE 35.2015.121 du 16 août 2016

IT: TI_GERICHTE 35.2015.121 del 16 agosto 2016

Regeste

Negata esistenza di una lesione parificata ai postumi d'infortunio trattandosi di danno meniscale insorto all'atto di girarsi mentre si sta salendo una scala. Negata pure esistenza di nesso causale naturale con infortunio (caduta in uno scavo con contusione diretta del ginocchio)

Erwägungen

E. 9

cpv. 2 lett. c OAINF), il TCA ritiene che il semplice fatto di ruotare il corpo mentre si sta salendo una scala, non costituisce un fattore lesivo esterno ai sensi della giurisprudenza citata al considerando 2.2.3. (in questo senso, si veda la STF 8C_22/2010 del 28 settembre 2010, riguardante un'assicurata che aveva lamentato una lesione meniscale al ginocchio destro dopo essersi girata allo scopo di riempire una brocca d'acqua in cucina e la STCA 35.2006.71 del 15 gennaio 2007 consid. 2.10, cresciuta incontestata in giudicato, concernente un falegname che, trasportando un armadio a muro unitamente a un collega, in un tratto ad angolo retto della scala, nel momento di caricare verso l'esterno la gamba destra, aveva avvertito il ginocchio cedere con una fitta di dolore). È vero che, in una sentenza U 5/02 del 21 ottobre 2002, il TFA (dal 1° gennaio 2007: TF) ha ammesso l'intervento di un fattore esterno, nel caso di un'assicurata che, mentre stava cucinando, si era voltata bruscamente per prendere qualcosa dal frigorifero e aveva così riportato una lacerazione del menisco. È però altrettanto vero che, successivamente, l'Alta Corte ha precisato che, sebbene si fosse trattato di un gesto ordinario della vita, in quella fattispecie era intervenuto un elemento esterno sotto forma di "bruschezza" ("Brüskheit"), che aveva finalmente comportato l'incontrollabilità del gesto (cfr. STF 8C_705/2012 del 17 gennaio 2013 consid. 3.3). Ora, nel caso sub iudice, dalla descrizione dell'accaduto contenuta nel verbale d'audizione non risulta che il movimento di rotazione del corpo sarebbe stato compiuto in maniera particolarmente brusca. Un obbligo a prestazioni non può dunque essere imposto all'assicuratore LAINF resistente, nemmeno a titolo di lesione parificata ai postumi d'infortunio. Pertanto, qui di seguito, il TCA dovrà esaminare se l'CO 1 era legittimato a dichiarare estinto il proprio obbligo a prestazioni a far tempo dal 24 novembre 2014, a dipendenza del solo infortunio occorso nel mese di novembre 2013. 2.4. Infortunio del novembre 2013: causalità naturale estinta dal 24 novembre 2014? 2.4.1. 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 di 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). 2.4.2. 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).

2.4.3. Dalle carte processuali emerge che l'amministrazione ha fondato la decisione di negare, dal 24 novembre 2014, il proprio obbligo a prestazioni in relazione al danno al ginocchio destro, sulla base del parere espresso in proposito dal medico _____. La dott.ssa _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica, si è pronunciata una prima volta sull'eziologia del danno meniscale presentato dall'assicurato, in occasione della visita di controllo del 14 ottobre 2014. In quella sede, ella ha infatti sostenuto che "una contusione del ginocchio non causa la lesione riscontrata all'intervento chirurgico dell'11.03.2014 motivo per il quale da parte medica si può al massimo dire che la contusione abbia reso manifesta la lesione meniscale degenerativa. Valutazione dell'ulteriore causalità dopo la visualizzazione della risonanza magnetica." (doc. 36, p. 3). Nel mese di marzo 2015, l'insorgente ha consultato il dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia, il quale ha diagnosticato dei dolori cronici al ginocchio sinistro (recte: destro) su lesione post-traumatica del menisco mediale dopo due traumi distorsivi con contusione, nel luglio 2013 e il 24 novembre 2013. A titolo d'anamnesi, lo specialista ha indicato che l'assicurato avrebbe subito due traumi al ginocchio, la prima volta una contusione dopo caduta nel luglio 2013 e la seconda un trauma distorsivo dopo contusione del ginocchio destro il 24 novembre 2013. A partire da quest'ultima data, l'intensità dei dolori sarebbe aumentata. Il dott. _____ ha peraltro sostenuto che il danno riscontrato al ginocchio destro sarebbe stato causato dagli eventi infortunistici di luglio e novembre 2013 (cfr. doc. 48). La dott.ssa _____ è stata nuovamente interpellata dall'amministrazione, dopo aver acquisito il rapporto relativo all'intervento artroscopico eseguito il 22 aprile 2015 dal dott. _____ (cfr. doc. 56). Il medico _____ ha dichiarato che, in base alla documentazione medica iniziale e al rapporto del servizio esterno, "... si tratta di una contusione e non di una distorsione al primo infortunio e di un evento di torsione al secondo episodio, motivo per cui ribadisco che la lesione meniscale riscontrata al primo intervento dell'11.03.2014 non è stata causata dalla contusione e neppure la condropatia di III grado al condilo femorale mediale. Nella prima RM si evince un aumento del segnale del menisco mediale dalla zona rossa-rossa fino alla zona rossa-bianca sulla sua base distale, senza rottura radiale. Nessun edema sottocondrale a livello del condilo femorale mediale. La diagnosi clinica viene confermata nella seconda RM del 29.10.2014 che metteva in evidenza la nuova rottura del menisco mediale corno posteriore ed uno stato dopo microfratturazione cartilagine/spongiosa sottocondrale del condilo femorale mediale. Confermo, pertanto, che una contusione senza iperflessione e un evento di torsione non causano le lesioni descritte nel primo intervento, al massimo si potrebbe dire che tali meccanismi descritti da parte dell'assicurato abbiano reso manifeste le

lesioni riscontrate al primo intervento chirurgico.” (doc. 58). Con scritto del 17 giugno 2015 indirizzato all’CO 1, il dott. _____ ha segnatamente spiegato che i reperti intraoperatori parlano a favore di lesioni post-traumatiche, insorte nel giugno 2013, rispettivamente nel novembre 2013 oppure nel gennaio 2014, le quali si sono molto verosimilmente cumulate e hanno condotto a un primo intervento chirurgico nel marzo 2014 (doc. 63). Con apprezzamento del 5 ottobre 2015, il medico _____ dell’CO 1 ha in sostanza confermato le sue precedenti valutazioni, e ciò sulla base delle seguenti considerazioni: " (...). L’assicurato non ha mai parlato di una distorsione ad inizio luglio 2013, come risulta dallo scritto del dott. med. _____. Non si tratta neppure di un secondo trauma distorsivo nel mese di novembre 2013, ma di una chiara contusione del ginocchio destro. Unico trauma distorsivo a noi noto e pure riferito dall’assicurato al momento del colloquio con l’ispettore oltre un anno fa, è il trauma distorsivo del 09.01.2014 del ginocchio destro. Confermo quindi la mia valutazione sia alla visita medico-_____, sia nel mio apprezzamento che una contusione senza iper-flessione e un evento di torsione non causano le lesioni descritte nel primo intervento, al massimo si potrebbe dire che tali meccanismi descritti dall’assicurato abbiano reso manifeste le lesioni riscontrate al primo intervento chirurgico. Confermo quindi che la valutazione da parte del dott. med. _____ non mi porta ulteriori informazioni utili. Confermo che la descritta distorsione del 09.01.2014 ha solo rese manifeste le degenerazioni come lesioni meniscali mediali, condropatia del condilo femorale mediale di III grado in ginocchio in ipoalگو bilateralmente di II° e sclerosi del piatto tibiale mediale bilateralmente, quindi di un morfotipo varo. In seguito è stato effettuato l’intervento di meniscectomia mediale parziale associato a microfratture del condilo femorale mediale. A mio modo di vedere si può definire che al massimo questo intervento può essere di competenza CO 1, visto che l’assicurato ha ripreso la sua attività lavorativa al 50% il 27.03.2014 e al 70% il 14.04.2014. La ri-lesione, operata in seguito e descritta nel referto del dott. med. _____ del 10.02.2015, è basata sulla degenerazione del ginocchio e quindi tutte le ulteriori terapie ed interventi fino alla protesi, che sarà da aspettarsi, sono di competenza Cassa Malati.” (doc. 69, p. 2) In corso di causa, questo Tribunale ha interpellato il dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica, Presidente della Società europea di traumatologia sportiva, chirurgia del ginocchio e artroscopia, autore dei primi due interventi artroscopici, per avere informazioni attinenti al danno alla salute presentato dall’assicurato (cfr. doc. VII). Per quanto qui d’interesse, con rapporto del 15 gennaio 2016, lo specialista appena citato ha riferito di aver visitato RI 1 il 19 febbraio 2014 a causa di una gonalgia a destra presente da circa un anno, acutizzatasi nei due mesi precedenti. All’esame clinico, l’assicurato presentava un ipotono muscolare da minor uso e un dolore a livello dell’emirima mediale da sospetta lesione del menisco mediale in un ginocchio varo, diagnosi peraltro confermata dalla RMN del 28 gennaio 2014. Intraoperatorivamente, è stata riscontrata pure una lesione cartilaginea di 3° grado al condilo femorale mediale. Nel decorso post-operatorio, l’insorgente ha lamentato un dolore posteriore alla gamba “... da imputare ad una condotta non proprio “tranquilla” da parte del paziente che ha voluto accudire precocemente in maniera attiva i suoi cavalli, essendo questo il suo hobby, subito dopo l’intervento.”. In ragione del danno cartilagineo, gli era stato consigliato di scendere drasticamente di peso e di aumentare la massa muscolare al fine di evitare un trattamento chirurgico più invasivo. In occasione dell’artroscopia del 10.02.2015, è stata refertata una ri-lesione posteriore alla precedente del menisco mediale, trattata restando il più conservativo possibile al fine di proteggere la cartilagine, e un lieve peggioramento del problema cartilagineo. A margine

del consulto del 18 febbraio 2015, all'insorgente era stato spiegato che la soluzione ai suoi problemi sarebbe stata un intervento di osteotomia valgizzante di 6° al fine di scaricare il comparto del condilo femorale lesionato, diminuire il dolore e procrastinare l'avanzare del quadro artrosico aggravatosi soprattutto a causa dell'importante carico ponderale (cfr. allegato al doc. VIII). 2.4.4. Per costante giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale mentre invece nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (cfr. RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STFA U 259/02 dell'8 luglio 2003 consid. 2.1.1; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in BJM 1989, p. 30ss.). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10, p. 33ss. e RAMI 1999 U 356, p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito 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. 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 alcun dubbio, 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. Per quel che concerne il valore probante di un rapporto medico, determinante è che esso 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. SVR 2002 IV Nr. 21 p. 63; 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). E' infine utile osservare che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va, tuttavia, precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (cfr. STFA I 811/03 del 31 gennaio 2005, consid. 5 in fine; STFA I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV n. 10 pag. 35 consid. 4b). 2.4.5. Chiamata ora a pronunciarsi, questa Corte ritiene che gli apprezzamenti agli atti del medico _____ dell'CO 1, le consentano di concludere che il danno al ginocchio destro refertato in occasione dell'intervento artroscopico dell'11 marzo 2014 – quindi, lesione del menisco mediale e condropatia femorale di III° - non è

come tale stato causato dall'infortunio d'inizio novembre 2013, il quale potrebbe aver tutt'al più scatenato la sintomatologia algica. La tesi difesa dalla dott.ssa _____, secondo la quale la contusione del ginocchio destro riportata il 9 gennaio 2014 (dalla descrizione dell'evento contenuta nel verbale d'audizione del 21 maggio 2014, risulta in effetti che l'assicurato ha battuto il ginocchio direttamente sul fondo dello scavo – cfr. doc. 19, p. 1) non era atta a causare le lesioni appena citate, trova una sostanziale conferma nella letteratura specialistica. Per quanto concerne in particolare le lesioni meniscali, esse sono solitamente causate da traumi indiretti. Il più delle volte si tratta di movimenti di torsione con il ginocchio piegato. Quale esempio classico viene menzionata la rottura meniscale insorta al momento di rialzarsi repentinamente dalla posizione accovacciata (cfr. E. Baur/H. Nigst (ed.), *Versicherungsmedizin*, 2a ed., p. 207 ss., J. Jerosch/J. Heisel/A.B. Imhoff (ed.), *Fortbildung Orthopädie – Traumatologie*, Band 12: Knie, 2007, p. 40, www.chirurgie-toulouse.fr: “ Dans les lésions isolées du ménisque, on distingue le mécanisme de flexion forcée associée ou non à une certaine rotation externe forcée. La position en flexion forcée prolongée du genou diminue temporairement les qualités mécaniques du ménisque (diminution de sa lubrification). Lorsque le sujet se relève brutalement, la corne postérieure du ménisque médial est alors comprimée entre fémur et tibia et en même temps les insertions capsulaires le tirent vers l'avant: le ménisque se déchire (mécanisme de relèvement après une position accroupie prolongée). L'autre mécanisme de survenue d'une lésion méniscale est un mouvement de rotation externe du tibia sur un genou légèrement fléchi, pied fixé en appui au sol. Cela favorise un conflit entre le condyle médial et la corne postérieure du ménisque médial, responsable d'une déchirure de celui-ci. (...) Lors de lésions du ligament croisé antérieur, une translation antérieure violente et soudaine du tibia peut entraîner une lésion de la corne postérieure du ménisque médial (qui normalement contribue à limiter la translation antérieure du tibia). D'autre part, la répétition de mouvements anormaux de translation antérieure excessive, sans forcément de nouveaux accidents d'entorse, entraîne progressivement une rupture du ménisque médial. Il s'agit souvent de lésions très périphériques réalisant une désinsertion capsulo-méniscale. “ e www.clinique-arthrose.fr, in cui si legge tra l'altro che la rottura meniscale traumatica è sovente una rottura verticale e mobile nel ginocchio, per contro la lacerazione meniscale degenerativa è orizzontale oppure detta talvolta complessa con plurime mini lacerazioni ed è talora accompagnata da un inizio di artrosi; nel caso concreto, la RMN del 28 gennaio 2014 ha evidenziato, secondo il medico _____ [cfr. doc. 36, p. 3], una lesione del menisco mediale proprio di forma orizzontale). In questo contesto, va pure giudicata rilevante la circostanza che, in base alle indicazioni fornite dal primo medico curante specialista e riferite a quanto da lui refertato a margine della prima consultazione (febbraio 2014), RI 1 soffriva di gonalgie a destra già da circa un anno (cfr. allegato al doc. VIII). Alla luce di quanto precede, l'insorgente non può dunque essere seguito allorquando fa valere che la nota lesione meniscale sarebbe stata causata dalla caduta occorsagli nel novembre 2013 (cfr. doc. V). Questo Tribunale non ignora che il chirurgo ortopedico dott. _____ sostiene invece che il danno meniscale (a suo avviso, la patologia interessante il condilo femorale mediale, vista la localizzazione, costituiva un reperto accessorio, tant'è che egli si è limitato a lisciare la minima lesione, rinunciando a praticare una condroplastica – cfr. doc. 56) sarebbe molto verosimilmente imputabile agli infortuni del luglio 2013, rispettivamente del novembre 2013 e del gennaio 2014 (cfr. doc. 63, p. 2: “Deshalb ist der Unfall sehr wahrscheinlich vom Juli 2013 bzw. vom November 2013 und vom Januar 2014, schlussendlich Schuld für diese Pathologie und Schuld für die Beschwerden des

Patienten.”), tuttavia il suo parere non appare atto a sminuire il valore probatorio attribuito ai rapporti della dott.ssa _____, in quanto fondato su dati anamnestici non corretti. In primo luogo, dalle carte processuali non emerge che il ricorrente sarebbe rimasto vittima di un (ulteriore) infortunio nel mese di luglio 2013. D'altra parte, non risulta comprovato che, in occasione della caduta del novembre 2013, RI 1 avrebbe lamentato un trauma distorsivo (oltre che contusivo) al ginocchio destro (cfr. doc. 19, p. 1). Infine, è irrilevante sapere se la torsione del ginocchio destro subita il 9 gennaio 2014 possa aver causato il danno in questione, visto che questo sinistro non può essere posto a carico dell'amministrazione, né a titolo d'infortunio né a titolo di lesione parificata (cfr. i consid. 2.2.4. e 2.2.5.). In esito alle considerazioni che precedono, valutate le prove secondo il criterio della verosimiglianza preponderante, caratteristico del settore della sicurezza sociale (cfr. DTF 125 V 195 consid. 2 e riferimenti; cfr., pure, Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 320 e A. Rumo-Jungo, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung*, Zurigo 2003, p. 343), TCA ritiene dimostrato che, al più tardi dal 24 novembre 2014, trascorsi oltre otto mesi dall'intervento artroscopico mediante il quale era stata sanata la lesione meniscale (resa tutt'al più manifesta dal sinistro), i disturbi lamentati dall'insorgente al ginocchio destro non costituivano più una conseguenza naturale dell'infortunio del mese di novembre 2013. Di conseguenza, l'CO 1 era legittimato a porre fine alle proprie prestazioni a partire da quella data.

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