

GR_GERICHTE S 2009 7 vom 5. Mai 2009

GR Gerichte, 2009-05-05, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2009_7

FR: GR_GERICHTE S 2009 7 du 5 mai 2009

IT: GR_GERICHTE S 2009 7 del 5 maggio 2009

Regeste

prestazioni assicurative LAINF | Unfallversicherung

Erwägungen

E. 1

Il 1. gennaio 2003 è entrata in vigore la legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA). Le nuove disposizioni materiali della LPGA qui applicabili, trattandosi di determinare il diritto ad una rendita a partire dal 2008, ed in particolare l'art. 16 LPGA, non hanno modificato la valutazione del grado d'invalidità previsto dai previgenti art. 28 cpv. 2 LAI e

18 cpv. 2 seconda frase LAINF; ne consegue che i principi giurisprudenziali sviluppati relativamente ai concetti d'inabilità lavorativa, inabilità al guadagno e invalidità continuano a mantenere la loro validità anche in seguito all'introduzione della LPGA (DTF 130 V 343 e sentenza del Tribunale federale del 28 giugno 2004, I 590/03). La controversia verte nell'evenienza sul grado d'invalidità (vedi cons. 2 e 3) e sull'ammontare dell'IMI (vedi cons. 4).

E. 2

a) A norma dell'art. 18 cpv. 1 LAINF, l'assicurato invalido almeno al 10 per cento a seguito d'infortunio ha diritto alla rendita d'invalidità. Le nozioni di invalidità e di incapacità al guadagno sono contenute nella LPGA. E' considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata (art. 8 cpv. 1 LPGA). E' considerata incapacità al guadagno la perdita, totale o parziale, provocata da un danno alla salute fisica o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure e alle misure d'integrazione esigibili, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione (art. 7 LPGA). Giusta quanto previsto all'art. 16 LPGA, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato invalido potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (cfr. anche DTF 128 V 30 cons. 1). L'invalidità è allora definita come la limitazione, addebitabile ad un danno alla salute assicurato, della capacità di guadagno media sul mercato equilibrato del lavoro (DTF 127 V 298 cons. 4c) entrante in linea di conto per l'assicurato. L'invalidità è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 110 V 275 cons. 4a, 109 V 32 cons. 2a, 105 V 207 e 102 V 166). Se l'attività precedentemente svolta dall'assicurato non è più da questi esigibile, il medico è tenuto a dire di quali disfunzioni ed impedimenti fisici o psichici soffre il paziente. È a questo punto compito dell'amministrazione stabilire e valutare quali

siano, alla luce dei dati medici raccolti, le reali possibilità di lavoro di cui l'assicurato dispone e poter così meglio quantificare il reddito percepibile da invalido.

b) Non è contestato che, conformemente all'art. 16 ultima frase LPG, il reddito ipotetico conseguibile dall'assicurato senza il danno alla salute sarebbe ammontato nel 2008 a fr. 64'592.00. Le parti non concordano invece sul grado d'abilità residuo in un'attività che si conformi alle conseguenze invalidanti di cui l'istante è portatore.

E. 3

a) L'istante presenta uno status dopo operazione della cuffia dei rotatori e rifrattura trattata mediante artrolisi alla spalla destra, mobilizzazione dei tendini, cucitura transossea del tendine supraspinatus, revisione del sulcus bicipitalis e ristabilizzazione, dolori persistenti al pollice destro dopo due interventi all'articolazione basale e una sindrome testa-spalla-braccio destri con sintomi fondamentali come mal di testa, vertigini, disturbi visivi, vuoti di memoria e malessere. Per quanto riguarda quest'ultima diagnosi, il medico di circondario ricordava come la responsabilità dell'istituto convenuto fosse già stata esclusa in precedenza. In effetti, (vedi MRI della colonna cervicale del 20 dicembre 2005 e le relazioni del 30 dicembre 2005 del dott. med. ... e 30 maggio 2006 del dott. med. ...) i disturbi alla colonna cervicale lamentati dal paziente per la prima volta a 15 mesi all'avvenimento assicurato permettevano di escludere con certezza un'origine traumatica della patologia (vedi sulla problematica la dettagliata relazione del 30 maggio 2006 del dott. med. ...). Non essendo stata comprovata con il necessario grado della probabilità preponderante (DTF 126 V 360 cons. 5b, 125 V 195, 121 V 6, 115 V 142 cons. 8b, 113 V 323 cons. 2a, 112 V 32 cons. 1c e 111 V 188 cons. 2b) una relazione causale tra i disturbi alla colonna cervicale e l'infortunio sul lavoro, non sussiste in principio un diritto a prestazioni per le limitazioni che derivano dalla sindrome cervicale e dalle conseguenti compressioni radicolari (DTF 129 V 181 cons. 3.1 e 406 cons. 4.3.1, 117 V 360 cons. 4a e riferimenti). Ne consegue che parte dei disturbi che si irradiano dalla zona cervicale a tutto il braccio e i tipici disagi che accompagnano la sindrome cervicale non possono essere ascritti all'infortunio assicurato. Nella valutazione medico legale del 25 settembre 2008, il dott. med. ..., senza tenere in alcuna considerazione l'insorgere dei disturbi 15 mesi dopo la caduta, poneva la diagnosi di "trauma cranico con secondaria sindrome soggettiva generale e trauma distorsivo al rachide cervicale in preesistente spondiloatrosi con

discopatia C4-C5-C6", senza però giustificare in nessun modo i motivi per cui ammetteva l'esistenza di una relazione causale tra questi disturbi e il trauma subito, malgrado la comprova di un tempo di latenza tale da permettere agli altri specialisti in ortopedia di escludere tale possibilità (vedi poi sulla questione la relazione del dott. med. ... del 1. dicembre 2008). b) In sede di opposizione e poi di ricorso, l'assicurato allegava altre certificazioni mediche, nell'intento di comprovare una maggiore compromissione alla spalla destra di quanto considerato in precedenza e in generale venivano richiesti nuovi accertamenti. Nella relazione del 27 marzo 2009, il prof. ..., specialista in neurochirurgia, riteneva verosimile lo stiramento traumatico del plesso brachiale. Come esposto dallo specialista in ortopedia dott. med. ... (vedi relazioni del 1. dicembre 2008 e del 17 aprile 2009), il reperto oggettivo permetteva di escludere categoricamente lo stiramento del plesso brachiale in assenza di qualsiasi forma di paralisi all'articolazione della spalla nell'anamnesi del paziente, paralisi che avrebbe dovuto essere di gravità tale da non poter passare inosservata. A mente dell'ortopedico, il dott. med. ... non avrebbe mai potuto porre una tale diagnosi se avesse conosciuto la cartella clinica del paziente. Nelle due dettagliate

esposizioni della situazione oggettiva e dei sintomi soggettivi risentiti dal paziente, lo specialista in ortopedia poteva escludere sistematicamente e in modo del tutto convincente la richiesta di nuove indagini cliniche, poiché non ritenute adatte a comprovare quanto preteso. Sulla base della documentazione prodotta in sede di opposizione e ricorso non solo non era possibile ritenere una maggiore compromissione della spalla di quanto considerato in precedenza, ma era addirittura possibile concludere ad un miglioramento della funzionalità dell'articolazione in oggetto. In sede di ricorso, nessuno dei medici consultati privatamente dal paziente prendeva poi concretamente posizione sulle oggettive constatazioni dell'ortopedico e neppure venivano addotte valide motivazioni mediche a sostegno di quanto preteso. Ne consegue che neppure dalla documentazione medica introdotta in seguito è possibile concludere ad un'insufficiente indagine clinica della situazione dell'istante. Per il resto, delle semplici supposizioni a livello diagnostico, espresse senza la previa

conoscenza dell'anamnesi clinica del paziente, non permettono di concludere alla necessità di ulteriori accertamenti. c) Anche il fatto che da parte degli organi AI sia stata ordinata una perizia pluridisciplinare non permette di trarre alcuna conclusione a favore della necessità di ulteriori valutazioni mediche. L'assicurato presenta un quadro clinico complesso e parte dei disturbi accusati non possono essere ricondotti all'infortunio assicurato in assenza del necessario nesso causale. Per questo è del tutto normale che da parte dell'AI sia stata ordinata una perizia atta a chiarire quali siano complessivamente i postumi invalidanti che l'istante presenta e quali le loro ripercussioni sulla residua abilità lavorativa. Nell'ottica dell'assicuratore infortuni questo Giudice ha invece raggiunto il convincimento, sulla base della documentazione agli atti, che l'assunzione di nuove prove non potrebbe comunque influenzare l'esito della vertenza (DTF 124 I 211 cons. 4a e 115 Ia 101 cons. 5b).

Nell'evenienza infatti, i medici concordano sulla necessità di valutare il grado dell'impedimento medico teorico, non essendo possibile una collaborazione del paziente. Dal punto di vista oggettivo e per quanto riguarda la capacità lavorativa in un'attività adatta i pareri medici all'incirca, anche per quanto verrà esposto nei considerandi che seguono, permettono un giudizio conclusivo sulla questione. d) La valutazione della residua abilità lavorativa è stata nell'evenienza definita dopo ben tre soggiorni di almeno tre settimane ciascuno in cliniche specializzate nella riabilitazione. Per i medici di ..., non era possibile trovare neppure lontanamente una spiegazione clinica oggettiva ai disturbi lamentati dal paziente, in assenza di qualsivoglia correlato morfologico, e la valutazione appariva difficile a causa dell'autolimitazione che il peritando s'imponeva. Il paziente era comunque ritenuto completamente inabile al lavoro come lavoratore della pietra, a causa della necessità d'impiegare il braccio destro pienamente. Per contro un'attività leggera - che non richiedesse di portare ripetutamente pesi superiori ai 5-10 kg, senza vibrazioni o contraccolpi e che non esigesse di caricare il braccio destro ripetutamente e sopra l'orizzontale - era eseguibile sull'arco dell'intera giornata lavorativa, senza che venissero elencate limitazioni del rendimento (vedi rapporti medici relativi alla

permanenza a ... ed in particolare relazione di uscita del 10 giugno 2008 e parere del 4 giugno 2008). Alla stessa conclusione erano già giunti del resto i medici di ... il 22 agosto 2007, allorché alla dimissione il paziente era stato ritenuto abile completamente in tutte le attività che non richiedessero un impiego di grande forza dell'arto superiore destro. Anche qui veniva però ritenuta problematica l'autolimitazione di cui dava prova il paziente a seguito della sintomatologia dolorosa. La valutazione fatta a ... nel 2007 riconfermava

quanto già osservato nel 2006 (vedi rapporto del 9 marzo 2006). Vada al proposito ricordato che non costituiscono turbe a carico dell'assicuratore infortuni, le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà, atteso che la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile (DTF 102 V 165; VSI 2001 pag. 225 cons. 2b con riferimenti; cfr. pure DTF 127 V 294 cons. 4c in fine pag. 298). In occasione della visita di chiusura in agenzia, il dott. med. ... considerava il paziente abile sull'arco dell'intera giornata lavorativa in attività che richiedessero l'impiego della mano destra solo come arto d'appoggio. Il braccio destro non poteva venir caricato e i lavori sopra i 45° non erano più ritenuti esigibili. Sulla residua abilità lucrativa si esprimeva anche lo specialista in ortopedia dott. med. ... (valutazione del 1. dicembre 2008), il quale riteneva plausibile una certa limitazione funzionale dell'articolazione della spalla, a seguito della possibile formazione di aderenze, ma non reputava oggettivamente possibile concludere per questo alla possibilità d'impiegare il braccio solo come arto di appoggio. Il fatto che durante gli ultimi due anni l'atrofia muscolare a livello del sopraspinato non sarebbe sensibilmente progredita attesterebbe che l'intervento subito il 24 novembre 2006 non avrebbe oggettivamente peggiorato la situazione, per questo motivo il giudizio sull'abilità residua espresso dai medici incaricati della riabilitazione sarebbe del tutto corretto. Malgrado il diverso parere del ricorrente, queste valutazioni in merito alla residua abilità lucrativa sono essenzialmente unanimi. Oggettivamente persiste una limitazione funzionale della spalla ed una difficoltà al carico, non è comunque clinicamente spiegabile l'assoluto rifiuto dell'istante di impiegare l'arto superiore destro e di fare a meno del tutore ortopedico (vedi relazione del 10 giugno 2008).

e) L'istante mette in discussione le conclusioni dell'assicuratore infortuni sulla scorta delle valutazioni mediche del 26 marzo e 25 settembre 2008 nonché del 7 aprile 2009. Per quanto riguarda l'attestazione del dott. med. ... del 26 marzo 2008 e del dott. med. ... del 7 aprile 2009, queste non arrecano alcuna valutazione dell'abilità lucrativa. Come giustamente ricordato poi dallo specialista in ortopedia dott. med. ... il 1. dicembre 2008 e il 17 aprile 2009, questi reperti medici, ed in particolare l'ultimo, certificano in sostanza un miglioramento della funzionalità della spalla destra. Oggettivamente, non sfugge che i dati relativi alle limitazioni alla spalla destra siano estremamente diversi tra di loro e confermino indirettamente le discrepanze da sempre riferite dai medici tra lo stato oggettivo dell'articolazione della spalla e le limitazioni sofferte soggettivamente dal paziente. Nella relazione del 24 luglio 2007 dei medici di ..., veniva indicata un'abduzione di 70° in attivo e libera passivamente, mentre l'elevazione era di 70°. Nel marzo del 2008, il dott. med. ... riferiva di un'abduzione di 80° e un'elevazione di 110°. A ... il 10 giugno 2008, veniva misurata un'abduzione attiva di 20° e una passiva di 30°, mentre l'anteversione era attivamente di 30, rispettivamente di 40° passivamente. Il medico di circondario, il 14 febbraio 2008, indicava invece un'abduzione di 45° e un'elevazione di 60°. Mentre il 25 settembre 2008, il dott. med. ... riscontrava "la completa perdita delle elevazioni anteriori e laterali", il 7 aprile 2009 il dott. med. ... riferiva di un'abduzione di 80° e di una flessione anteriore di 150°. Indubbiamente pertanto (come confermato nella relazione del 17 aprile 2009 del dott. med. ...) quanto attestato dal dott. med. ... non contraddice i reperti agli atti, ma semmai conferma una funzionalità della spalla migliore di quanto ritenuto in precedenza e pressoché identica a quella della spalla sinistra. Per quanto riguarda invece la valutazione fatta dal dott. med. ..., questa - come si è già detto in precedenza - considera elementi invalidanti non riconducibili all'infortunio e indica un grado d'impedimento del 50% per la perdita di 2/3 della funzionalità dell'arto. In termini di esigibilità, non è contestata la

riduzione della possibilità d'impiego dell'arto superiore destro. Occorre però ricordare che permane la possibilità di svolgere lavori leggeri che non richiedono un sovraccarico o il pieno impiego della forza del braccio destro e che in tali attività non sussistono impedimenti rilevanti. Come è poi

stato giustamente esposto in sede di opposizione simili impedimenti non possono essere necessariamente reputati invalidanti nell'esercizio di un'attività leggera di cernita, controllo, sorveglianza o consulenza (sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni del 7 agosto 2001, U 240/99). Per questo Giudice, le conclusioni alle quali è giunto l'istituto convenuto in termini di esigibilità meritano pertanto piena conferma. f) Per la determinazione del reddito conseguibile attualmente, poiché l'assicurato non ha ancora trovato un lavoro, vanno prese a confronto le tabelle ISS (DTF 126 V 76 cons. 3b e riferimenti, 124 V 323 cons. 3b bb; DAS AI 1999 ni. 6 e 11 e 1998 ni. 8 e 15 nonché per i Grigioni sentenze non pubblicate del Tribunale federale del 21 febbraio 2003, I 750/02, 13 marzo 2003, I 103/02 e del 30 gennaio 2004, I 325/02). Il reddito ipotetico da invalido va stabilito in base alla T1 dell'ISS concernente i salari medi nazionali conseguibili nel settore privato, essendo per il TF solo in questo modo possibile garantire un uguale trattamento di tutti gli interessati. Concretamente, secondo la tabella T1 dell'ISS riferita al 2006 lo stipendio lordo mensile (40 ore settimanali) di un uomo per attività semplici e ripetitive (livello di qualifica 4) nel settore privato era di fr. 4'732.00. Poiché i dati si riferiscono ad un tempo di lavoro di 40 ore settimanali, mentre il tempo di lavoro medio è di 41.7 ore settimanali, ne risulta un reddito annuo di fr. 59'197.30 (fr. 4'732.00 x 41.7 / 40 x 12). Tenendo conto dell'evoluzione salariale per il 2007 dell'1.6% e del 2% per il 2008 (http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/it/index/themen/03/04/blank/key/lohnentw_icklun/nominal_und_real.html) ne risulta un reddito ipotetico da invalido di fr. 61'347.40. Nell'evenienza è poi stata applicata una riduzione del 20%, che alla luce delle concrete circostanze appare inoppugnabile. Infatti la riduzione massima è del 25% ed è possibile solo laddove sussistano un insieme di circostanze personali e professionali che si ripercuotono negativamente sulla possibilità d'impiego (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado d'occupazione). In casu, fermo restando che il Giudice, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, non può senza valido motivo sostituire il proprio

apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 cons. 5b/cc e 6) e tenendo in considerazione la relativa giurisprudenza (DAS AI 1998 no. 15 riduzione del 13%, 1999 no. 11 riduzione del 15% e sentenza non pubblicata del 19 marzo 1999 in re M.B. c. S. riduzione del 10%) la riduzione non dà adito ad alcuna critica. Favorevolmente, in vista di un reinserimento professionale, depone il fatto che dall'istante resta esigibile l'esplicazione di un'attività confacente in misura completa. Il reddito da invalido di fr. 49'077.90 va pertanto in questa sede confermato. g) Procedendo al paragone tra il reddito che l'istante avrebbe potuto realizzare senza l'infortunio nel 2008 e pari a fr. 64'592.00 con il reddito ancora conseguibile in un'attività leggera ancora esigibile pari a fr. 49'077.90 ne risulta un grado d'invalidità del 24.1%, come giustamente stabilito dall'assicuratore infortuni.

E. 4

a) 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). 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 (RAMI 2000 U 362, pag. 42 e 1987 U 31, pag. 438; DTF 113 V 218 cons. 4).

b) Giusta l'art. 36 cpv. 2 OAINF, l'indennità è calcolata in base alle direttive contenute nell'allegato 3 dell'OAINF. La relativa tabella elenca una serie di lesioni indicando per ciascuna di queste il tasso normale d'indennizzo, corrispondente ad una percentuale dell'ammontare massimo del guadagno assicurato. Questa tabella - riconosciuta conforme alla legge - non costituisce un elenco esaustivo (RAMI 2000 U 362, pag. 43; DTF 124 V 32 e riferimenti), ma deve essere intesa come una norma valida "nel caso normale" (cifra 1 cpv. 1 dell'allegato). La SUVA ha allestito una serie di tabelle, dalla griglia molto più dettagliata, che completano quella dell'ordinanza. In quanto semplici direttive di natura amministrativa, esse non hanno valore di legge e non vincolano il giudice (DTF 125 V 377 cons. 1c). Tuttavia, nella misura in cui esprimono unicamente valori indicativi, miranti a garantire la parità di trattamento tra tutti gli assicurati, esse sono compatibili con l'allegato 3 all'OAINF (DTF 124 V 32, 116 V 157, cons. 3a e 113 V 219, cons. 2b). c) Nell'evenienza concreta, a mente dell'istante nella valutazione operata sarebbe stata presa in considerazione solo la patologia a livello della spalla destra e non la limitazione riguardante tutto l'arto superiore destro. Tale pretesa è in manifesto disaccordo con la documentazione medica agli atti. Come conseguenza dell'infortunio alla spalla destra del 2004, all'assicurato è stata assegnata una IMI del 20% poiché permane una sensibile limitazione della funzionalità della spalla, la quale non può più essere sottoposta a sforzi, e una diminuzione della forza riguardante il braccio destro (vedi valutazione dell'IMI del 14 febbraio 2008). Giusta la tabella 1 dei danni all'integrità per disturbi della funzionalità degli arti superiori, una IMI del 15% è riconosciuta nei casi in cui la mobilità della spalla raggiunge l'orizzontale. Per contro, una IMI del 25% è accordata nei casi di grave periartrosi omero-scapolare. Per il medico di circondario, tenuto conto di tutti i disturbi, l'entità dell'IMI era nell'evenienza quantificabile al valore medio tra queste due grandezze. Per questo Giudice, la valutazione fatta sfugge a qualsiasi censura. A prescindere dall'effettivo grado di funzionalità della spalla, che in realtà non risulta limitata nella misura ritenuta dal medico di circondario, la valutazione operata ha necessariamente già considerata la situazione di tutto il braccio destro in relazione ai disturbi riconducibili all'infortunio assicurato (senza la sindrome

cervicale), giacché altrimenti non sarebbe spiegabile una IMI superiore al 15%. La proposta di una IMI del 35% non trova alcuna riscontro concreto nelle direttive e nei valori delle tabelle. Basti pensare che una completa compromissione della funzionalità della spalla con l'articolazione fissata in adduzione dà diritto ad una IMI del 30% e che non esistono valori

superiori per la ridotta funzionalità di tale articolazione. La valutazione operata, che alla luce di quanto emerso recentemente dà prova di una certa benevolenza nei confronti dell'assicurato, merita pertanto piena conferma.

E. 5

In conclusione il ricorso è respinto e viene in questa sede confermato un grado d'invalidità del 24% e una IMI del 20%. Giusta l'art. 61 cpv. 1 lett. a LPGA la procedura è gratuita. Al ricorrente non spettano ripetibili. Il Tribunale decide: 1. Il ricorso è respinto. 2. La procedura è gratuita. L'interposto ricorso al Tribunale federale è stato respinto, in quanto ricevibile, in data 11 marzo 2010 (8C_555/2009).

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