

## **TI\_GERICHTE 35.2003.12 vom 22. Oktober 2002**

TI Tribunale d'appello, 2002-10-22, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_35.2003.12](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2003.12)

FR: TI\_GERICHTE 35.2003.12 du 22 octobre 2002

IT: TI\_GERICHTE 35.2003.12 del 22 ottobre 2002

### **Regeste**

Sentenza o decisione senza scheda

### **Erwägungen**

#### **E. 22**

LAINF, se il grado d'invalidità del beneficiario muta notevolmente, la rendita sarà corrispondentemente aumentata, ridotta oppure soppressa. La revisione non potrà, però, più essere effettuata a decorrere dal mese in cui il beneficiario ha compiuto 65, rispettivamente 62, anni d'età (cfr., su questo aspetto, STFA del 31 dicembre 1991 nella causa C.V., non pubblicata). L'istituto della revisione ha per scopo l'adeguamento della rendita d'invalidità alle mutate circostanze e non la correzione di errori di commisurazione dell'invalidità di cui sia stata viziata la decisione iniziale o una revisione successiva (Ghélew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), Losanna 1992, p. 114). La revisione presuppone, dunque, che l'invalidità abbia subito sostanziali mutamenti dopo la costituzione della rendita o una sua successiva revisione. Conformemente alla sua costante giurisprudenza, il TFA considera che i principi dedotti dall'art. 41 LAI si applicano per analogia pure nell'ambito della revisione delle rendite d'invalidità assegnate dall'\_\_\_\_\_, indipendentemente dal fatto che essa sia disciplinata dall'art. 80 LAMI oppure dall'art. 22 LAINF (RAMI 1987 U 32 p. 446s.). 2.4.2. L'invalidità può modificarsi essenzialmente per due ordini di motivi: sia perché cambia lo stato di salute, sia perché il danno alla salute, pur rimanendo immutato, si ripercuote diversamente sulla capacità lucrativa dell'assicurato, ossia sulla sua capacità di procurarsi un guadagno col proprio lavoro (RCC 1989, p. 323, consid. 2a; DTF 113 V 275, consid. 1a; DTF 109 V 116, consid. 3b). L'assicurato può, infatti, migliorare, in prosieguo di tempo, le proprie attitudini professionali, acquisire conoscenze che gli consentano l'inserimento in attività meglio remunerate, reperire un posto confacente in modo ideale al suo stato di salute ed alle sue attitudini, ben pagato e sicuro, mettendo in atto una situazione non prevedibile al momento di stabilire il reddito ipotetico da invalido. Oppure le sue capacità di guadagno possono, per motivi diversi, peggiorare. 2.4.3. Il mutamento deve, inoltre, essere notevole. Secondo la giurisprudenza resa prima dell'entrata in vigore della LAINF, la modifica doveva essere apprezzata relativamente al grado di invalidità precedentemente accertato: così, un mutamento del 5% è stato considerato notevole per rapporto ad un'invalidità del 15% ma poco importante per rapporto ad un'invalidità iniziale del 75% (Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 115 e dottrina ivi citata). 2.4.4. Per rivedere una rendita d'invalidità non basta naturalmente un semplice cambiamento passeggero: le circostanze di base devono mutare presumibilmente a lungo termine. In particolare, non è motivo di revisione un temporaneo aumento di guadagno dell'assicurato (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 114). 2.4.5. Determinante per la revisione è il raffronto tra le condizioni attuali e quelle esistenti al

momento in cui la rendita fu costituita o successivamente riveduta. Tanto nel fissare inizialmente la rendita d'invalidità quanto nel rivederla successivamente si deve ipotizzare un mercato del lavoro in condizioni di normalità, cioè essenzialmente equilibrato. I mutamenti congiunturali, il passaggio, ad esempio, da una fase di recessione ad una di surriscaldamento economico, non sono motivo di revisione. Non si tiene parimenti conto, né prima né dopo, di fattori estranei al danno della salute. Ad esempio, le scarse conoscenze scolastiche, le difficoltà linguistiche, le insufficienti attitudini professionali, ecc., non sono rilevanti ai fini della commisurazione dell'invalidità. Ciò che importa è la diminuzione della capacità di guadagno, presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica conseguente ad infortunio (art. 4 cpv. 1 LAI, art. 18 cpv. 2 LAINF, art. 9 cpv. 1 OAINF). Sola conta, infatti, per la determinazione dell'invalidità, l'incapacità lucrativa in nesso causale con il danno alla salute (che, a sua volta, nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni, deve essere in relazione causale con l'infortunio).

2.4.6. A seguito dell'infortunio del 19 settembre 1990, l'assicurata è stata posta al beneficio di una rendita di invalidità del 40% a contare dal 1° aprile 1998 (cfr. doc. \_). La \_\_\_\_\_ è giunta a questa decisione riprendendo il tasso di invalidità ritenuto dall'assicurazione per l'invalidità, la quale, a sua volta, si era fondata sulle risultanze di una perizia allestita il 13 settembre 1996 dal dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in reumatologia, secondo il quale \_\_\_\_\_ era in grado di riprendere in misura del 60% la sua abituale attività di cucitrice, rispettivamente, di ausiliaria con mansioni anche in lavanderia (cfr. rapporto 13.6.1996 del dott. \_\_\_\_\_ presente in VI, p. 7s.: "Nella luce di quanto constatato clinicamente tenendo conto degli ultimi referti radiologici è credibile un limite della caricabilità della spalla rispettivamente del braccio destro (dominante), che determina un'incapacità lavorativa nella professione di cucitrice, rispettivamente di ausiliaria con mansioni anche in lavanderia che giudico del 40% con una rimanente capacità lavorativa del 60%. Il limite riguarda in particolare movimenti ripetitivi del braccio (in particolare stirare) rispettivamente posizioni monotone in parziale abduzione od elevazione del braccio. Considero le possibilità terapeutiche esaurite al punto che ritengo il limite proposto definitivo. In assenza di alterazioni strutturali secondarie maggiori (in particolare un'artrosi dell'articolazione gleno-omerale) questa valutazione non dovrebbe subire a medio termine dei cambiamenti sostanziali"). Dalle tavole processuali emerge che, nel frattempo, l'insorgente è rimasta vittima di due ulteriori infortuni, entrambi assunti da La \_\_\_\_\_.

Il primo, avvenuto in data 11 maggio 2000, ha nuovamente interessato la spalla destra, sede di un trauma indiretto (cfr. doc. \_). Nel corso del mese di novembre 2000, \_\_\_\_\_ è stata sottoposta ad un'artro-risonanza magnetica della spalla destra, accertamento che ha consentito di mettere in luce la presenza di un'ampia lesione transmurale del tendine del muscolo sovraspinato (doc. \_). In data 7 marzo 2001, la cuffia dei rotatori della spalla destra ha fatto oggetto di un intervento chirurgico di ricostruzione (apoil spalla destra), eseguito dal dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia ortopedica (cfr. doc. \_). L'assicurata ha ripreso ad esercitare la propria professione nella misura del 50% (2 ore e mezza al giorno) a far tempo dal 15 ottobre 2001 (cfr. doc. \_), tentativo che non è però stato coronato da successo, se è vero che essa è stata di nuovo dichiarata totalmente inabile dal 30 novembre 2001 (cfr. doc. \_). Il 21 gennaio 2002 ha avuto luogo una visita fiduciaria di controllo a cura del dott. \_\_\_\_\_, medico-chirurgo. Questo sanitario - giudicate ormai stabilizzate le condizioni di salute della ricorrente, nella misura in cui ulteriori misure terapeutiche non avrebbe consentito un loro sensibile miglioramento - ha così valutato l'esigibilità lavorativa di \_\_\_\_\_, tenuto conto dei soli postumi residui interessanti la spalla destra: " (...). Il

caso richiama l'applicazione dell'art. 28 al. 4 Oainf che prevede di eseguire la valutazione come se il paziente contasse un'età media di 40-42 anni, poiché l'interessato supera l'età di cinquant'anni e secondo il libero mercato del lavoro. Con questa premessa e sottolineando che la valutazione si esegue limitatamente allo stato della spalla destra (facendo astrazione quindi dalla stato della colonna cervicale e lombosacrale), si conclude che la paziente non è in grado di eseguire lavori che richiedono l'elevazione-abduzione del cingolo omero-scapolare sopra i 60/80° con pesi superiori al chilogrammo; risultano altresì limitate le funzioni di rotazione del cingolo omero-scapolare destro con pesi superiori al chilogrammo. Per contro non vi è alcuna limitazione funzionale alla flessione-estensione del gomito. Pro-supinazione del polso, alla prensione rozza e fine con la mano destra. Ritenuti questi elementi si ritengono possibili occupazioni da svolgere con il cingolo omero-scapolare destro in posizione declive o in elevazione-abduzione entro i 60° quali lavori di fabbrica in qualità di operaia di lavori manuali, di controllo, di precisione, cassiera in stazione di carburanti con vendita di articoli di frontiera o di sigarette, addetta alla vendita nel ramo tessile, biancheria intima, profumeria e simili. Occupazioni di questo genere, a fronte delle sole conseguenze infortunistiche interessanti al spalla destra, potrebbero essere svolte in misura medio-elevata " (doc. \_). Il secondo evento traumatico è sopravvenuto in data 17 marzo 2002, allorquando l'assicurata aveva da poco ripreso il proprio lavoro nella misura massima possibile (a partire dal 1° marzo 2002, cfr. doc. \_), ed ha interessato la spalla sinistra, il bacino nonché il coccige, sede di una piccola frattura composta (cfr. doc. \_). Il 5 giugno 2002 \_\_\_\_\_ è stata periziata, per conto dell'assicuratore LAINF convenuto, dal dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia, il quale - fatta astrazione dalla cervicobrachialgia recidivante cronica a destra, ritenuta essere di natura squisitamente morbosa - l'ha riconosciuta in grado di riprendere la propria professione entro i limiti della rendita di invalidità del 40%, a contare dal 1° agosto 2002: " (...). 6.1 Gli infortuni dell'11.5.00 e del 17.3.02 impediscono all'assicurata di riprendere un'attività professionale? - No. La paziente può senza dubbio riprendere l'attività lavorativa di stiratrice, cucitrice e ausiliaria di lavanderia in misura della rendita dal 1.8.02. 6.1.1 Per un periodo determinato o definitivo? - Sì, per quanto concerne gli infortuni del 19.9.90, dell'11.5.00 e del 17.3.02, l'assicurata può senza dubbio riprendere l'attività lavorativa nella misura della rendita LAINF dal 1.8.02. Per la sintomatologia infortunistica insieme alla sintomatologia non infortunistica (sindrome cervico-brachiale) risulta una invalidità medico-teorica del 60% fino al 66 2/3% che è però da stabilire da parte degli specialisti \_\_\_\_\_. 6.1.2 In che misura l'assicurata nella sua professione non è più in grado di eseguire i lavori legati alla sua attività? - La paziente può fare il suo lavoro di cucitrice, stiratrice e ausiliaria di lavanderia. Non può più fare lavori sopra l'orizzontale o portare continuamente pesi da 2 kg fino a 3 kg con il braccio destro. I pregiudizi alla capacità di guadagno sono dovuti in misura di 2/3 a fattori infortunistici e in misura di 1/3 a fattori estranei agli infortuni" (doc. \_, p. 8). Facendo proprio l'apprezzamento della residua capacità lavorativa enunciato dal dott. \_\_\_\_\_, La \_\_\_\_\_, con decisione formale del 25 settembre 2002 - poi confermata in sede di opposizione - si è rifiutata si aumentare il grado dell'invalidità presentata da \_\_\_\_\_ (cfr. doc. \_, p. 3: "Lei è pertanto capace al lavoro nella misura del 60% (= capacità residua dopo l'assegnazione della rendita LAINF), ciò significa che gli infortuni dell'11.05.2000 e del 17.03.2002 non hanno alterato la sua capacità di guadagno"). Da parte sua, l'\_\_\_\_\_, con decisione del 25 novembre 2002, ha assegnato all'assicurata una rendita di invalidità intera a decorrere dal 1° febbraio 2002, e ciò sulla base delle risultanze di una perizia allestita dal Servizio medico regionale di

\_\_\_\_\_ il 17 ottobre 2002. Il dott. \_\_\_\_\_, considerando la globalità dei disturbi accusati dall'interessata, l'ha giudicata non più in grado di svolgere la sua abituale professione di cucitrice - parere pure condiviso dal dott. \_\_\_\_\_, reumatologo privatamente consultato da \_\_\_\_\_ il 28 agosto 2002 (cfr. VI) - e, d'altra parte, definito come "difficilmente immaginabile" l'esercizio di un'attività alternativa, attività che comunque "... sarebbe proponibile in misura di 6 ore al giorno a causa dell'affaticamento aumentato causato dalla sintomatologia dolorosa presente, ...": " 7. Diagnosi con influsso sulla CL Sindrome panvertebrale cronica su - Evidenti turbe statiche - Alterazioni degenerative multisegmentarie (compresa conosciuta ernia discale C4-C5) - Tendenza alla cronicizzazione e alla generalizzazione del dolore nel senso di una sindrome fibromialgica. Periartropatia omeroscapolare cronica destra - Stato dopo trauma contusivo nel 1990 con conseguente lesione della cuffia dei rotatori. - Stato dopo duplice intervento di ricostruzione della cuffia del gennaio 1992 e nel luglio 1994 - Stato dopo nuova rottura della cuffia stessa nel maggio 2000 e conseguente reintervento nel marzo 2001 Fascite plantare a sinistra (tallonite) Metatarsalgia piede destro 8. Diagnosi senza influsso sulla CL Adiposità Lieve coccigodynia in stato dopo contusione dell'osso sacro il 17.3.2002 Stato dopo appendicectomia Ipertensione arteriosa trattata 9. Discussione L'assicurata, a beneficio di rendita \_\_\_\_\_ del 40%, presenta un peggioramento dello stato di salute in seguito alla riacutizzazione dei problemi alla spalla destra con seguente inabilità lavorativa del 100% a partire dal 11.5.2000. Da allora lo stato di salute è degradato con presenza di disturbi a livello della spalla destra, della colonna dorsale e a livello dei piedi con tendenza alla generalizzazione dei dolori nel senso d'una fibromialgia come costatato dal Dr. \_\_\_\_\_, reumatologo, in agosto 2002. L'intervento alla spalla destra del 7.3.2001 non ha portato ad miglioramento di rilievo, mentre la caduta del 17.3.2002 ha nuovamente accentuato la sintomatologia dolorosa presente. La patologia presenta a livello della colonna dorsale ed in particolare a livello della colonna cervicale rendono l'assicurata non più idonea a svolgere lavori in posizione forzata, in particolare con il tronco piegato in avanti o indietro, o per lavori che richiedono una rotazione del tronco o del collo ripetuta, o che richiedono una posizione forzata della testa prolungata. L'affezione presenta a livello della spalla destra con funzionalità molto ridotta ed inoltre dolente rendono l'assicurata non più idonea a svolgere lavori con le braccia elevate o sopra il piano orizzontale. Sono pure non più proponibili lavori richiedenti il sollevare o trasportare pesi superiori ai 10 kg con il braccio destro, se discosto dal tronco al massimo 5 kg. Risultano inoltre controindicati lavori ripetitivi da svolgere con il braccio destro. La patologia presenta ai piedi limitano l'assicurata nelle attività da svolgere in posizione eretta o che richiedono spostamenti prolungati. Risultano non più proponibili attività richiedenti spostamenti su terreno sconnesso o che richiedono di salire o scendere le scale ripetutamente. 10. Conclusioni Le patologie presenti rendono l'assicurata inabile nella misura completa a svolgere il lavoro di cucitrice a partire dal 11.5.2000 in modo definitivo, constatazione condivisa dal reumatologo consultato Dr. \_\_\_\_\_. Le patologie presenti rendono l'assicurata inabile nella misura completa a svolgere il lavoro di cucitrice a partire dal 11.5.2000 in modo definitivo, constatazione condivisa dal reumatologo consultato Dr. \_\_\_\_\_. La molteplicità delle limitazione funzionali rendono difficilmente immaginabile un'attività confacente proponibile, attività che sarebbe proponibile in misura di 6 ore al giorno a causa dell'affaticamento aumentato causato dalla sintomatologia dolorosa presente, sempre a partire dal 11.5.2000" (rapporto 17.10.2002 del dott. \_\_\_\_\_, presente in VI). 2.4.7. La \_\_\_\_\_ ha dichiarato \_\_\_\_\_ in grado di riprendere la sua abituale attività

professionale entro i limiti della rendita di invalidità del 40%, tenuto esclusivamente conto dei disturbi localizzati a livello della spalla destra (facendo quindi completa astrazione dalla sindrome cervico-brachiale). Ciò emerge in modo chiaro dalla perizia allestita il 5 giugno 2002 dal dott. \_\_\_\_\_, medico fiduciario de La \_\_\_\_\_ (cfr. doc. \_\_, risposta ai quesiti n. 6.1.1.: "Sì, per quanto concerne gli infortuni del 19.9.90, del 11.5.00 e del 17.3.02, l'assicurata può senza dubbio riprendere l'attività lavorativa nella misura della rendita LAINF dal 1.8.02. Per la sintomatologia infortunistica insieme alla sintomatologia non infortunistica (sindrome cervico-brachiale) risulta una invalidità medico-teorica del 60% fino al 66 2/3% (...)" e 6.1.2.: "(...). I pregiudizi alla capacità di guadagno sono dovuti in misura di 2/3 a fattori infortunistici e in misura di 1/3 a fattori estranei agli infortuni"), nonché dall'impugnata decisione su opposizione del 21 ottobre 2002 (cfr. doc. \_\_, p. 5: "Sulla base di queste conclusioni risulta che l'invalidità a seguito dell'infortunio corrisponde dunque ai 2/3 dell'invalidità riconosciuta dall'esperto (2/3 del 60%), ovvero al 40% riconosciuto all'assicurata già a partire dal 01.04.1998"). Il modo di procedere dell'assicuratore LAINF convenuto non può essere condiviso dal TCA. Secondo l'art. 36 cpv. 2 LAINF, le rendite di invalidità, le indennità per menomazione all'integrità e le rendite per superstiti sono adeguatamente ridotte se il danno alla salute o la morte è solo in parte imputabile all'infortunio (prima frase). Per la riduzione delle rendite non si terrà tuttavia conto delle affezioni anteriori non pregiudizievoli alla capacità di guadagno (seconda frase). L'applicazione di questa disposizione presuppone che l'infortunio ed un evento non assicurato abbiano causato assieme il danno alla salute. Per contro, l'art. 36 cpv. 2 LAINF, non è applicabile quando l'infortunio e l'evento non assicurato abbiano provocato dei danni senza correlazione reciproca, che necessitano di terapie differenti, ad esempio, perché interessano parti diverse del corpo. In questo caso, le conseguenze dell'infortunio assicurato vanno valutate separatamente (cfr. DTF 126 V 117 consid. 3a, 121 V 333 consid. 3c, 113 V 58 consid. 2 ed i riferimenti ivi menzionati). La riduzione di una rendita di invalidità secondo l'art. 36 cpv. 2 seconda frase LAINF è legittima soltanto se il preesistente stato patologico, che ha causato il danno alla salute unitamente all'infortunio, già prima di quest'ultimo evento era all'origine di una riduzione della capacità di guadagno. Al proposito, occorre rilevare che, secondo il tenore letterale e lo scopo di questa disposizione, non è sufficiente una riduzione della capacità lavorativa. Affinché si possa procedere ad una riduzione della rendita, è necessario che lo stato patologico preesistente abbia carattere invalidante e che l'incapacità lucrativa insorta già prima dell'infortunio, abbia raggiunto un grado importante (cfr. DTF 121 V 331s. consid. 3b; RAMI 1996 U 244 p. 148ss. consid. 6b). In considerazione del fatto che il dott. \_\_\_\_\_, nel suo referto del 5 giugno 2002, aveva evidenziato una sovrapposizione della sintomatologia legata alla sindrome cervico-brachiale a quella invece derivante dal danno alla spalla destra, il TCA gli ha chiesto di indicare se, a suo avviso, vi fosse la possibilità di distinguere nettamente i due tipi di disturbi. In data 12 maggio 2003, lo scrivente Tribunale ha invitato il dott. \_\_\_\_\_ a rispondere, segnatamente, al seguente quesito: "(...). È o meno possibile distinguere nettamente i disturbi ancora provocati dal danno alla salute in relazione di causalità naturale con gli infortuni assicurati (rispettivamente, con le sequele delle misure terapeutiche resesi necessarie nel prosieguo) da quelli invece da ricondurre a fattori extra-infortunistici, considerato come lei stesso abbia affermato che la sintomatologia legata alla sindrome cervicobrachiale a destra si sovrappone a quella invece derivante dalla spalla destra (cfr. perizia 5.6.2002, p. 7)? Voglia puntualmente motivare la sua risposta. (...)" (XII). Questa la risposta fornita dal chirurgo il 25 maggio 2003: "(...). La paziente soffre di una

periartrite omero-scapolare post traumatica cronica destra (valore di infortunio) e di una sindrome cervico-brachiale cronica recidivante destra, sulla base di un'ernia discale C4-C5 e C5-C6 diagnosticata nel 1993 (valore di malattia). Per questa malattia la paziente percepisce una rendita \_\_\_\_\_ pari al 40% dal 1.04.92. Per gli esiti dell'infortunio del 19.09.90 la paziente percepisce una rendita LAINF pari al 40% dal 1.04.98. Nel frattempo la paziente è andata in pensione. Per quanto concerne la cervico-brachialgia (malattia) la paziente ha problemi al collo e talvolta anche al braccio destro. Per quanto riguarda la spalla destra (infortunio) la paziente ha disturbi alla spalla e al braccio destri. Per i problemi al braccio destro vale la nostra osservazione della perizia del 5.06.02, dove vediamo un'invalidità medico teorica del 60% suddivisa per 2/3 a fattori infortunistici e per 1/3 a fattori di malattia, dal 1.08.02. In occasione della nostra visita del 5.06.02 abbiamo trovato una spalla destra ancora abbastanza mobile anche sopra la orizzontale. La misura delle circonferenze ha evidenziato una predominanza del braccio destro in una paziente destrimane. La conoscenza in merito derivante dalla letteratura e la nostra esperienza quotidiana, ci insegnano che un braccio che viene usato di meno perde la muscolatura e l'altro braccio viene usato maggiormente. Per quanto riguarda la Signora \_\_\_\_\_ abbiamo potuto constatare che lei, in quanto destrimane, non ha perso la muscolatura e che il braccio destro ha le circonferenze più alte rispetto a quello sinistro. Questo fatto ci indica che la paziente ancora oggi usa di più il braccio destro che quello sinistro. Vista la relativamente buona mobilità del braccio destro e la predominanza di questo braccio nella vita quotidiana, malgrado l'affezione alla spalla e alla colonna cervicale, abbiamo giudicato che l'invalidità medico teorica ammonta al massimo al 60% rispettivamente 66 2/3%. Di questa invalidità medico teorica 2/3 vanno a carico della problematica alla spalla (infortunio) e 1/3 carico dell'affezione alla colonna cervicale, con cervico-brachialgia destra (malattia). Il nostro giudizio è stato fatto in base all'anamnesi posta nel corso dell'esame avvenuto presso il nostro studio in data 5.06.02, in base all'esame clinico effettuato lo stesso giorno e in base al colloquio telefonico di accertamento con il medico curante della paziente, Dr. med. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, prima della stesura della perizia ". (XIII) Da notare che anche l'altro medico di fiducia de La \_\_\_\_\_, il dott. \_\_\_\_\_, in occasione della visita di controllo del mese di gennaio 2001, aveva rilevato che la sintomatologia provocata dall'ernia discale cervicale si sovrapponeva alla sintomatologia fissa della spalla destra (cfr. doc. \_\_, p. 4). Questa Corte constata che non è oggetto di contestazione la natura morbosa delle alterazioni localizzate a livello del rachide cervicale (cfr. I, p. 3: "Pur ammettendo che la signora soffre di una sindrome cervico-brachiale di origine non-infortunistica ..." - la sottolineatura è del redattore). Tuttavia, essa ritiene che il quadro dei disturbi sia a tal punto complesso che una chiara differenziazione fra disturbi di natura traumatica e disturbi derivanti invece da fattori extra-infortunistici, si avvera assai difficoltosa. In realtà, così come hanno sottolineato gli stessi medici fiduciari dell'assicuratore LAINF, le due problematiche, sebbene trovino il loro fulcro, l'una a livello della spalla destra, l'altra a livello del rachide cervicale, si accavallano, nel senso che entrambe contribuiscono a pregiudicare la funzionalità della medesima parte del corpo, ovvero dell'arto superiore destro. Perciò, contrariamente a quanto fatto dall'assicuratore LAINF, le conseguenze dell'infortunio assicurato non possono essere valutate separatamente. Con le considerazioni espresse il 25 maggio 2003 (XIII), il dott. \_\_\_\_\_, in realtà, non ha risposto al pur chiaro quesito postogli dal TCA in data 12 maggio 2003. In effetti, il medico si è limitato a ribadire quanto già aveva sostenuto in occasione della visita peritale del giugno 2002, ossia che le due patologie causano, assieme,

una incapacità lavorativa tra il 60 ed il 66 2/3%, di cui i 2/3 vanno a carico della problematica (di natura infortunistica) interessante la spalla destra. Così come ha pertinentemente sottolineato il patrocinatore di \_\_\_\_\_, il medico di fiducia ha pure omesso di indicare secondo quali criteri ha ritenuto di ricondurre ai disturbi di natura traumatica i 2/3 dell'inabilità lavorativa presentata dall'insorgente (cfr. XVI: "I complementi d'informazione forniti dal Dr. med. \_\_\_\_\_ appaiono quindi ristretti a considerazioni d'ordine più empirico che scientifico caratterizzati dall'affermazione di una ripartizione proporzionale tra cause traumatiche e patologiche, della quale però non sono dati a vedere i criteri"). Al proposito, va segnalato che in una sentenza del 7 agosto 2001 nella causa K., U 240/99, consid. 3a - parzialmente pubblicata in RAMI 2001 U 439, p. 347ss. - il TFA ha deciso in questo stesso modo, trattandosi di un assicurato che aveva riportato una contusione del nervo ulnare, lamentando finalmente una paresi ulnare prossimale con punto di partenza a livello del gomito destro. Successivamente, egli aveva pure presentato degli impedimenti nella mobilità della spalla destra. Orbene, in questa fattispecie, la Corte federale ha applicato l'art. 36 cpv. 2 seconda frase LAINF, sottolineando l'impossibilità di chiaramente separare, l'uno dagli altri, il danno alla salute di origine infortunistica ed i disturbi alla spalla destra, e ciò già da un punto di vista anatomico, considerato il percorso del nervo ulnare nella regione dell'avambraccio e della spalla. Il danno infortunistico al gomito destro è quindi stato giudicato suscettibile di influenzare la funzionalità della spalla destra: " (...). Aufgrund dieser auf einer umfassenden Berücksichtigung der Vorakten, der geklagten Beschwerden sowie der objektiven Untersuchungsbefunde beruhenden Aussagen, welche auch von den Ärzten der SUVA nicht in Zweifel gezogen werden, lassen sich der unfallbedingte Gesundheitsschaden und die Beeinträchtigung der Schulterbeweglichkeit nicht klar voneinander trennen, und zwar schon rein anatomisch aufgrund des Verlaufes des Nervus ulnaris im Oberarm- und Schulterbereich nicht. Der unfallbedingte Gesundheitsschaden im Bereich des Ellenbogens erscheint somit durchaus geeignet, die Funktionen des Schultergelenkes zu beeinflussen. Davon geht auch Prof. Dr. med. S. \_\_\_\_\_ aus, wenn er sagt, die Folgen der Kontusion des Nervus ulnaris beschränkten sich nicht auf die sensible Ulnarisparesie, sondern es sei insgesamt eine erhebliche Funktionsbehinderung des ganzen rechten Armes entstanden. Dass die Ellenbogen-Verletzung in keinem Zusammenhang mit der resp. einer allfälligen (vorbestandenen) Periarthropathie an der Schulter steht, wie Dr. med. P. \_\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 26. November 1996 schreibt, leuchtet ohne weiteres ein. Dies hindert indessen nicht die Feststellung, dass im Sinne eines neurologischen Zusammenhangs in Bezug auf die Beeinträchtigung im Bereich von Ellenbogen und Hand rechts sowie der Schulter rechts zwei sich überschneidende Krankheitsbilder vorliegen. Dieser Konnex ergibt sich daraus, dass gemäss Bericht des Dr. med. R. \_\_\_\_\_ vom 15. November 1995 bei bestimmten Armbewegungen, insbesondere bei Armstreckung starke Schmerzen u.a. an der Beugeseite des ulnaren Vorderarmes auftreten, welche, wie dargelegt, zum Oberarm und zur Schulter ausstrahlen und zumindest auf diese Weise deren Beweglichkeit einschränken. Da Hinweise in den Akten fehlen, dass vor dem Unfall die Erwerbsfähigkeit wegen Affektionen im rechten Schulterbereich erheblich vermindert war, ist entgegen Vorinstanz und SUVA die Behinderung im Gebrauch dieses Körperteils bei der Invaliditätsbemessung selbst dann zu berücksichtigen, wenn sie auf einen unfallfremden (degenerativen) Vorzustand oder eine spätere Erkrankung zurückzuführen wäre (Art. 36 Abs. 2 zweiter Satz UVG)" (STFA succitata). Nella concreta evenienza, La \_\_\_\_\_ avrebbe dunque dovuto valutare l'esigibilità lavorativa dell'assicurata (e, di conseguenza,

anche il suo eventuale diritto ad un aumento del grado d'invalidità), prendendo pure in considerazione la sintomatologia cervico-brachiale. Posto come dagli atti all'inserto non emerga affatto che, anteriormente agli infortuni del maggio 2000 e del marzo 2002, \_\_\_\_\_ abbia presentato un'incapacità lucrativa a causa dei disturbi derivanti dalle alterazioni degenerative plurisegmentali esistenti a livello cervicale (il grado di invalidità del 40% ritenuto dall'Ufficio \_\_\_\_\_ e ripreso, in seguito, anche dallo stesso assicuratore infortuni, è stato stabilito in considerazione degli impedimenti risultanti dal solo danno alla spalla destra, cfr. perizia 13.6.1996 del dott. \_\_\_\_\_ presente in VI), non vi è spazio per una riduzione della rendita di invalidità ai sensi dell'art. 36 cpv. 2 seconda frase LAINF. Gli elementi che possono essere estrapolati dalla documentazione presente agli atti, non consentono però a questa Corte di procedere direttamente alla definizione del grado dell'invalidità presentata dalla ricorrente. Da un canto, l'Ufficio \_\_\_\_\_, nel ritenere \_\_\_\_\_ totalmente invalida, ha considerato anche quegli impedimenti risultanti da affezioni estranee agli infortuni assicurati. A questo proposito, dalla perizia 29 agosto 2002 del dott. \_\_\_\_\_ (cfr. VI), reumatologo privatamente consultato dall'assicurata, emerge che essa è portatrice, a livello della colonna vertebrale, di importanti turbe statiche (rotoscoliosi destroconvessa e abbassamento del bacino a destra) e di alterazioni degenerative plurisegmentali (spondilartrosi tra L4 e S1, osteocondrosi e osteofitosi laterale sinistra, soprattutto tra L3 ed L4), reperti preesistenti agli infortuni del maggio 2000 e del marzo 2002. Quest'ultimo evento, che ha comportato - oltre ad una contusione della spalla sinistra, guarita senza reliquiati, e ad una piccola frattura composta a livello dell'osso sacro, i cui disturbi residui non hanno alcuna incidenza sulla capacità lavorativa dell'assicurata (cfr. perizia 17.10.2002 del dott. \_\_\_\_\_, p. 5, presente in VI) - una contusione della regione del bacino (cfr. doc. \_), può avere provocato, tutt'al più, un temporaneo aggravamento dei disturbi in sede lombare, conformemente a quanto stabilito dalla dottrina medica dominante, ripresa dalla giurisprudenza federale, secondo cui, dopo traumi quali contusioni o distorsioni al dorso, lo stato anteriore del rachide può generalmente considerarsi ristabilito al più tardi 6 mesi a contare dall'evento traumatico, come se l'infortunio non fosse mai sopraggiunto ( status quo sine ; cfr. STFA dell'8 luglio 2003 nella causa B., U 259/02, consid. 2.2., e riferimenti ivi citati). Va ricordato che l'assicuratore LAINF convenuto, in relazione all'infortunio del 17 marzo 2002, ha corrisposto le proprie prestazioni sino alla fine del mese di luglio 2002, quindi per circa 5 mesi. D'altro canto, la valutazione del dott. \_\_\_\_\_ non è sufficientemente precisa, nella misura in cui fa accenno ad una invalidità medico-teorica "del 60% fino al 66 2/3%" (cfr. doc. \_, p. 8, risposta al quesito 6.1.1.), ricordato che, in ambito LAINF, il grado di invalidità va determinato in maniera esatta (cfr. DTF 127 V 129ss.: "In der Unfallversicherung hingegen, in welcher ein Invaliditätsgrad von selbst ganz wenigen Prozenten die schlussendlich ausgerichtete Rente beeinflusst, hat eine exakte Berechnung des Invaliditätsgrades zu erfolgen, an die sich ein konsequentes Rundungsverbot anschliesst"). Va inoltre sottolineato che la giurisprudenza federale ha, più volte, confermato il principio che, nella determinazione dell'invalidità, non vi è la possibilità di fondarsi su una valutazione medico-teorica del danno alla salute dovuto all'infortunio e che occorre basarsi sulle conseguenze economiche di tale danno (cfr. DTF 116 V 249 consid. 1b, 110 V 275 consid. 4a; RAMI 1991 U 130, p. 272 consid. 3b). In esito a quanto precede, la decisione su opposizione impugnata va annullata e la causa retrocessa a La \_\_\_\_\_ per un complemento d'istruttoria. Successivamente, l'assicuratore LAINF convenuto dovrà procedere, in via di revisione, a fissare nuovamente il grado dell'invalidità presentata da

\_\_\_\_\_. 2.5. Indennità per menomazione all'integrità 2.5.1. Secondo l'art.

#### **E. 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 (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).

2.5.3. 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 indennizzazione, corrispondente ad una percentuale dell'ammontare massimo del guadagno assicurato. Questa tabella - riconosciuta conforme alla legge - non costituisce un elenco esaustivo (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 terrà adeguatamente conto di un aggravamento prevedibile della menomazione dell'integrità. È esclusa la revisione.

2.5.4. L'\_\_\_\_\_ 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. 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).

2.5.5. In concreto, l'assicuratore LAINF convenuto, con decisione formale del 25 marzo 1998, ha assegnato all'assicurata un'indennità per menomazione all'integrità del 20%, facendo riferimento all'apprezzamento enunciato dal proprio medico di fiducia, il dottor \_\_\_\_\_, in occasione della visita di controllo del 3 marzo 1998, nella quale il citato sanitario si è così espresso: " (...). VALUTAZIONE DELLA MENOMAZIONE ALLA INTEGRITÀ FISICA: base legale articoli 24 e 25 LAINF; articolo 36 all. 3 OAINF. Valutazione: 20% Secondo pubblicazione medica \_\_\_\_\_, tabella 1.2 causa periartropatia omero scapolare di grado medio-grave. (...) " (doc. \_). Dopo essere rimasta vittima dell'infortunio dell'11 maggio 2000, che ha anch'esso interessato la spalla destra, \_\_\_\_\_ a, nel corso del mese di gennaio 2002, è stata nuovamente visitata dal dott. \_\_\_\_\_, il quale si è così pronunciato a proposito dell'entità della menomazione all'integrità presentata dall'assicurata: " (...). VALUTAZIONE DELLA MENOMAZIONE ALLA INTEGRITÀ FISICA: base legale articoli 24 e 25 LAINF; articolo 36 all. 3 OAINF. si ricorda che per i postumi dell'infortunio del 1990 sempre interessanti la spalla destra, la

paziente percepì un indennizzo. Attualmente, valutando globalmente la menomazione alla integrità fisica della spalla destra, si stima la percentuale massima prevista dalla Legge ossia il 25% secondo la tabella 1.2 delle pubblicazioni mediche \_\_\_\_\_ (massimo previsto per una grave periartropatia omero-scapolare) e sia in base alla tabella 5.3 che prevede la medesima percentuale a seguito di grave omartrosi. Essendo questa stima complessiva, dovrà essere computata naturalmente con quanto riconosciuto già precedentemente in punti percentuali ". (doc. \_) Circa due mesi dopo, per la precisione il 17 marzo 2002, a \_\_\_\_\_ è occorso un terzo infortunio che ha riguardato il bacino, l'osso sacro e la spalla sinistra. In data 5 giugno 2002, essa è stata sottoposta ad una visita medica di chiusura a cura del dott. \_\_\_\_\_. Queste le sue considerazioni a proposito della menomazione all'integrità: " L'indennità per menomazione all'integrità fisica del 20% che è stata versata conformemente all'articolo 36, annesso 3 dell'ordinanza dell'assicurazione contro gli infortunio (OAINF) in seguito all'infortunio del 19.9.90 corrisponde ancora oggi agli esiti post-infortunistici alla spalla destra. L'attuale situazione non si è aggravata in modo direzionale dopo gli infortuni del 11.5.00, rispettivamente, del 17.3.02. La attuale situazione della spalla destra, dove la paziente riesce a fare l'abduzione e l'elevazione fino a 130° con una rotazione esterna e interna diminuita del 50% e una perturbazione anche della postergazione, è uno stato sicuramente migliore rispetto a uno stato dove esiste una grave artrosi. La tabella 1 per la menomazione d'integrità (revisione 2000) dell'INSAI, prevede che la spalla può essere alzata fino a 30° sopra l'orizzontale (la paziente fa l'elevazione e l'abduzione fino a 130°) prevede una menomazione d'integrità del 10%. La stessa tabella per una periartrosi omero-scapolare da media fino a grave entità, che è il caso di questa paziente, prevede una menomazione d'integrità da 15% fino a 20%. Il caso può anche essere paragonato con una spalla dove esiste un'artrosi da media fino a grave entità. Per un tale caso, la tabella 5.2 (revisione 2000) prevede una menomazione all'integrità da 10 fino a 20%. Questo caso è però molto meno grave che un'artrosi che prevede una menomazione d'integrità del 25%. Con l'attribuzione di una menomazione d'integrità del 20% la paziente è ben remunerata. Il caso del 11.5.00 non ha aggravato la situazione della spalla destra in modo direzionale. La paziente è stata ben operata, dal miglior chirurgo per la spalla presente attualmente in Ticino, e con un buon risultato se si pensa che si tratta del terzo intervento in questa parte del corpo. L'infortunio del 17.3.02 non ha cambiato la situazione della spalla destra " (doc. \_). Con il ricorso, \_\_\_\_\_ ha postulato che l'IMI venga adeguata conseguentemente alla concessione di una rendita di invalidità più elevata, senza tuttavia motivare oltre tale sua pretesa (cfr. I, p. 6). Il TCA ritiene invece di poter fondare il proprio giudizio sul parere espresso dal dottor \_\_\_\_\_ - specialista nella materia che qui interessa - a mente del quale la ricorrente non ha diritto ad un'indennità per menomazione all'integrità aggiuntiva. La tesi difesa dall'assicurata - che pretende un'IMI superiore, in ogni caso, al 20% - si appalesa, già a prima vista, come infondata, ritenuto che un'indennità del 25% viene accordata, ad esempio, in presenza di un'articolazione gleno-omeroale in cui è stata impiantata una protesi con un pessimo risultato funzionale (tabella n. 5.2 edita dalla Divisione medica dell'INSAI). D'altro canto, la pretesa di \_\_\_\_\_ appare parimenti insostenibile alla luce del fatto che la medesima tabella n. 5.2 prevede, per un'articolazione gleno-omeroale completamente bloccata (artrosi), la corresponsione di un'IMI del 25%. A mente del TCA, le due menomazioni all'integrità citate sono più gravi rispetto a quella di cui è portatrice l'assicurata. Del resto, la valutazione del medico di fiducia de La \_\_\_\_\_ é persino largheggiante rispetto a quanto deciso da questa Corte in una sentenza del 26 febbraio 2002 nella causa R., inc. n. 35.2001.29, consid.

2.3.5., riguardante un assicurato, anch'egli rimasto vittima di una rottura traumatica della cuffia dei rotatori, posto al beneficio di un'IMI del 12.5% in presenza di una spalla destra la cui mobilità era fortemente limitata (100° in elevazione e 90° in abduzione). Queste, in particolare, le considerazioni allora espresse dal TCA: " (...). Il TCA ritiene che la valutazione dell'IMI effettuata dal medico di circondario, paragonando il quadro clinico dell'assicurato a una periartropatia della spalla destra di media entità (cfr. doc. \_), meriti d'essere parzialmente seguita, nella misura in cui l'assicurato - benché non possa più ingaggiare l'arto superiore destro in lavori da compiere sopra l'altezza delle spalle - è comunque in grado di alzarlo al di là dell'orizzontale. Al ricorrente, che pretende avere diritto a un'indennità del 15% dato che l'uso del braccio destro è limitato sopra l'orizzontale, il TCA segnala - con riferimento a quanto deciso nella suevocata procedura ricorsuale - che la tabella 1.2. edita dalla Divisione medica dell'INSAI prevede la corresponsione di un'IMI del 15% in presenza di un impedimento totale, blocco meccanico, del movimento della spalla sopra i 90°. Ciò che non è tuttavia il caso del ricorrente, il quale presenta una limitazione funzionale dell'arto superiore al di sopra dell'orizzontale. D'altro canto, però, non può essere ignorato che, per rapporto all'assicurato V., le limitazioni - in elevazione e in abduzione - di cui è portatore R., sono sostanzialmente più gravi: se la spalla destra di V. raggiungeva in elevazione i 170° e in abduzione i 160° - quindi un'ampiezza di movimenti solo leggermente inferiore a quella di sinistra (cfr. XIX) - la spalla destra di R. raggiunge 100° in elevazione e 90° in abduzione (cfr. doc. \_, p. 2). La differente gravità delle menomazioni è stata espressamente riconosciuta anche dal medico di circondario dell'\_\_\_\_\_ (cfr. XXV: "Condivido pienamente il tenore della vostra osservazione e posso pure confermare il fatto che i due casi da lei citati si trovano effettivamente verso gli estremi contrapposti di una periartrite della spalla di media entità" - la sottolineatura è del redattore). Il dottor C. ha nondimeno precisato che, per prassi, egli si astiene "... dall'effettuare una suddivisione supplementare del tasso della IMI, rispetto alle tabelle da noi adottate", e ciò per, citiamo: "... evitare di cadere in speculazioni nel voler adattare una tabella numerale rigida a maglie strette a dei reperti caricati di un certo margine d'apprezzamento. Personalmente ho interpretato in questo senso lo spirito del legislatore nel porre dei limiti della rilevanza di un certo postumo, per esempio nell'amputazione completa di due falangi di un dito senza considerare i diversi stadi intermedi" (cfr. XXV). Questa Corte constatata, da parte sua, come la dottrina riconosca la possibilità di graduare più "finemente", a seconda delle particolarità del caso di specie, il grado della menomazione all'integrità: "

Die Liste kennt nur Prozentsätze, die durch 5 teilbar sind. Es fragt sich, ob auch feiner abgestuft werden kann. Die Frage darf grundsätzlich bejaht werden. Die Liste erfasst nur die Regelfälle (Ziff. 1 Abs. 1 der Richtlinien). Wenn ein zu beurteilender Schaden kleiner oder grösser ist als der klassische Fall, so rechtfertigt es sich ausnahmsweise, eine Feinabstufung vorzunehmen und Zwischenwerte wie 331/3% oder 662/3% oder 121/2% usw. zu wählen." (W. Gilg/H. Zollinger, Die Integritätsentschädigung, Berna 1984, p. 54; cfr., nello stesso senso, Th. Frei, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, Tesi Friburgo 1998, p. 41, nonché p. 44, a proposito della possibilità di scostarsi dai valori indicativi contenuti nelle tabelle editate dalla Divisione medica dell'INSAI: "Die Richtwerte der SUVA-Tabellen gelten also auch nur für den "Regelfall", weshalb bei medizinischen Sonderfällen Abweichungen zulässig sind"). D'altro canto, anche la giurisprudenza federale ha già avuto modo di pronunciarsi in questo senso, avallando - nella DTF 113 V 218ss. concernente un assicurato portatore di un'amputazione transmetacarpale

del dito indice destro - la valutazione enunciata dai medici fiduciari dell'INSAI: " (...). ... Dr. med. B. bemess in seinem Bericht vom 24. Juni 1985 den Integritätsschaden auf 7.5%. Er ging davon aus, dass nach Figur 17 der Tabelle 3 betreffend Integritätsschaden bei einfachen oder kombinierten Finger-, Hand- und Armverlusten (Mitteilungen der Medizinischen Abteilung der SUVA, Nr. 57 S. 22 ff.) für eine transmetakarpale Amputation des Kleinfingerstrahls der Integritätsschaden mit 5% gleich hoch wie für den Verlust des Kleinfingers im Grundgelenk. Der Zeigefinger sei aber für die Gebrauchsfähigkeit der Hand bedeutsamer als der Kleinfinger, weshalb der Schaden für einen Zustand nach transmetakarpaler Zeigefingeramputation höher als 5% zu bemessen sei. Er liege indessen nicht so hoch, als wenn Zeigefinger und Kleinfinger beide im Grundgelenk amputiert wären, was nach Figur 29 der Tabelle 3 einen Integritätsschaden von 10% ergibt. Die Einschätzung wurde durch Dr. med. R., Spezialarzt FMH für Chirurgie und Chef der Gruppe Unfallmedizin der SUVA, bestätigt: Namentlich im Vergleich zur vorliegenden Schädigung zeigte die Totalamputation des Zeigefingers und des Kleinfingers einen Zustand, der funktionell und vor allem kosmetisch wesentlich gravierender sei. Im übrigen lasse sich für die Vierfingerhand hinsichtlich der Integritätsschädigung eine Unterscheidung zwischen dominanter und nicht dominanter Hand nicht begründen (Bericht vom 9. Juli 1986). (...). ... Es bestand nach dem Gesagten kein Grund, von der Einschätzung des Integritätsschadens durch die SUVA, welche sich im Rahmen der Tabelle 3 ihrer Medizinischen Abteilung hält, abzuweichen. (...). Der vorinstanzliche Entscheid ist deshalb insoweit aufzuheben, als die SUVA verpflichtet wurde, eine über 7.5% liegende Integritätsentschädigung auszurichten " (DTF succitata, consid. 3a e 5). Nel caso di specie, è stato accertato che la menomazione di cui è portatore il ricorrente è più importante rispetto a quella dell'assicurato V., indennizzata con un'indennità del 10%. Per contro, il caso di R. è meno grave rispetto a quello di colui che presenta una "spalla mobile fino all'orizzontale", il quale ha diritto ad un'IMI del 15% (cfr. tabella INSAI 1.2). Tutto ben considerato, in ossequio a quanto stabilito dalla dottrina e dalla giurisprudenza, nonché allo scopo di garantire l'uguaglianza di trattamento fra gli assicurati, questa Corte ritiene corretto assegnare all'insorgente un'indennità per menomazione dell'integrità del 12.5% . Come è possibile arguire dallo scritto 7 gennaio 2002 del dottor C. (cfr. XXV), un'ulteriore, più "sottile", graduazione non può entrare in linea di conto, siccome racchiude in sé il rischio di cadere nell'arbitrio " (STCA succitata) Al patrocinatore dell'insorgente, che chiede un adeguamento dell'IMI in funzione del preteso aumento del grado dell'invalidità, si fa ancora presente che la finalità dell'indennità per menomazione é quella d'indennizzare una diminuzione durevole dell'integrità fisica o mentale, a prescindere totalmente dagli effetti di quest'ultima sulla capacità di guadagno dell'assicurato (cfr. art. 36 cpv. 1 2a frase OAINF). La decisione impugnata deve dunque essere confermata su questo punto.

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