

TI_GERICHTE 35.2003.51 vom 28. April 2003

TI Tribunale d'appello, 2003-04-28, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2003.51

FR: TI_GERICHTE 35.2003.51 du 28 avril 2003

IT: TI_GERICHTE 35.2003.51 del 28 aprile 2003

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 19

cpv. 1 LAINF): nemmeno persistenti dolori bastano a conferire il diritto alla continuazione del trattamento se da questo non si può sperare un miglioramento sensibile dello stato di salute (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), Losanna 1992, p. 41ss.). In una sentenza dell'8 novembre 2001 nella causa F., U 134/99, il TFA ha precisato, riferendosi ad autorevole dottrina (A. Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Berna 1985, p. 274), che se è vero che un provvedimento medico è da ritenere adeguato soltanto qualora possa contribuire ad un miglioramento dei disturbi secondo un grado sufficiente di verosimiglianza, è altrettanto vero che la sufficiente verosimiglianza è data già quando sia lecito ammettere non sussistere solo una remota possibilità di realizzazione del miglioramento (consid. 1b). Se, al momento dell'estinzione del diritto alle cure mediche, sussiste un'incapacità lucrativa, viene corrisposta una rendita di invalidità o un'indennità unica in capitale: l'erogazione di indennità giornaliera cessa con il diritto alle prestazioni sanitarie. D'altro canto, nella misura in cui l'assicurato è portatore di una menomazione importante e durevole all'integrità fisica o mentale, egli ha diritto ad un'indennità per menomazione all'integrità giusta gli artt. 24s. LAINF. 2.4. Dalla documentazione agli atti emerge che la decisione di chiudere il caso dell'assicurata con effetto dal 30 settembre 2001 e, quindi, di porre termine alle prestazioni di corta durata a partire da tale data (cfr. doc. _), è stata presa dalla _____ fondandosi sulle risultanze della visita di controllo del 21 settembre 2001 del Dr. med. _____, specialista FMH in medicina interna. Queste le considerazioni espresse dal medico fiduciario a proposito dello stato del ginocchio destro dell'insorgente: " (...) La deambulazione viene effettuata fluidamente. Riesce a camminare sia sulla punta dei piedi, sia sui talloni. Raggiunge la posizione accovacciata massimamente. All'ispezione contura del ginocchio destro intatta, nessuna sfumatura. Nessun aumento del termotatto. Manovra della patella libera. Nessun segno per versamento intrarticolare. Zohlen negativo. Nessuna dolenzia alla palpazione dell'emirima mediale e laterale. Lieve diminuzione della funzionalità per quanto riguarda l'estensione. Buona la trofia muscolare a livello del polpaccio destro. Lieve instabilità alla prova del LCA (++). Nessun segno per un'instabilità laterale. Funzionalità ginocchio destro sinistro Estensione/flessione 0 / 5 / 138° 5 / 0 / 138° Circonferenze destro sinistro 10 cm sopra e.m. 52.0 cm 52.0 cm ginocchio 42.5 cm 41.5 cm polpaccio, massimo perimetro 39.0 cm 40.0 cm Nessun stato varicoso. (...) 3. PROBLEMI RESIDUALI Minima diminuzione della funzionalità in estensione del ginocchio destro con lieve instabilità anteriore 4. CAPACITÀ LAVORATIVA 100% in tutte le professioni 5. IMI L'attuale instabilità

anteriore del ginocchio destro è lieve. Per una instabilità molto evidente che necessita di un apparecchio di stabilizzazione o senza è del 20% secondo tabella 2 SUVA del 1990 pagina 22. Valutando il caso fa 5% ." (Doc. _) Nel corso del mese di giugno 2002 all'assicurata è stata effettuata una risonanza magnetica presso la Clinica _____, dalla quale sono emerse "alterazioni cicatriziali a livello del corpo di Hoffa in pregressa rottura del legamento crociato anteriore, plastica, re-rottura ed allontanamento del neo legamento. Alterazioni degenerative a livello del compartimento anteriore con danno cartilagineo focale lungo la faccia mediale della rotula. Non vi è evidenza per re-rottura meniscale dopo resezione parziale del menisco mediale" (cfr. doc. _). Il 27 agosto 2002 la ricorrente è stata visitata dal Dr. med. _____, Primario del reparto di ortopedia degli arti inferiori della _____ Klinik di _____, il quale ha constatato che il ginocchio destro presentava una lieve instabilità e un'incipiente artrosi. I dolori risentiti dall'assicurata a livello della regione dorsale del ginocchio destro, a mente del medico, erano probabilmente collegati con la diminuzione di estensione di 10°. Circa il procedere terapeutico egli si è così espresso: " (...) Zur Zeit glaube ich nicht, dass eine Indikation besteht zur Kreuzbandrekonstruktion, wenn auch ein Pivot shift nachweisbar ist. Kurz-oder mittelfristig kann sich das ändern, wenn vermehrt eine Giving way-Symptomatik austritt. Ich glaube, man sollte noch eine konservative Haltung einnehmen aber unbedingt versuchen aktiv, passiv un assistiv den restlichen Streckausfall zu beseitigen und nach Möglichkeit auch die Flexion noch etwas zu verbessern." (Doc. _) L'istituto assicuratore convenuto ha sottoposto la nuova documentazione medica al Dr. med. _____, chiedendogli di rispondere ad alcuni quesiti. Il medico fiduciario dell'_____ il 2 ottobre 2002 ha comunicato: " In base alla nuova documentazione medica il caso può ancora ritenersi chiuso? Con un deficit d'estensione pari a 10° può presentare una tendinopatia al ginocchio irradiante fino al tratto lombo-sacrale. Ritengo indicato un ciclo o due l'anno di fisioterapia ambulatoriamente, sotto forma di stretching, ginnastica e rinforzo della muscolatura. L'assicurata è giovane e può eseguire anche degli esercizi al proprio domicilio. Se no al punto uno, quali altri provvedimenti terapeutici sono ancora a nostro carico? E fino a quando? Nessun altro provvedimento terapeutico sennonché quello menzionato sotto la prima domanda. Dal punto di vista medico, il 5% è ancora corretto? Dal punto di vista medico, la richiesta di una IMI pari al 25% è corretta? Sì, poiché si tratta di un'incipiente artrosi con una lieve instabilità e non dà diritto ad una IMI maggiore. Un'IMI del 25% non è corretta, tale IMI si dà solo in caso di una grave gonartrosi o per un'instabilità completa e complessa." (Doc. _) Il 23 gennaio 2003 il Dr. med. _____ ha nuovamente esaminato l'assicurata. Nel suo referto del 28 gennaio 2003 egli ha rilevato: " (...) Stato locale del ginocchio destro La deambulazione è effettuata abbastanza fluidamente senza vistosa zoppia. Riesce a camminare sulla punta dei piedi e sui talloni. Raggiunge la posizione accovacciata quasi massimamente, quando si rialza si odono alcuni scroscii retropatellari udibili da 2 m di distanza, senza asserire dolori. All'ispezione alle 8 del mattino contura intatta, nessuna sfumatura, nessun aumento del termotatto, nessun segno di versamento intra-articolare. La manovra della patella è minimamente ridotta di un quarto Zohlen negativo. Lagmann leggermente positivo. Funzionalità ridotta di 10° sia in estensione come flessione. Dolente è data la palpazione a livello del corno posteriore, compartimenti mediali. Steimann e Aplay test negativi. Lieve cassetta anteriore. Nessun'instabilità collaterale dei legamenti mediali e laterali, paragonandoli con il ginocchio sinistro. Minima miatrofia di risparmio, specialmente a livello del quadricipite, non a livello del polpaccio destro. Dolente è data la palpazione a livello del gastrocnemio con alcuni punti di Trigger . Problemi residuali Dolori

a carico e qualche volta anche a riposo a livello del compartimento mediale parte posteriore e della fossa poplitea irradiante ai muscoli gastrocnemi. Lieve diminuzione della funzionalità sia in estensione come flessione. 3. CAPACITÀ LAVORATIVA Del 100% come impiegata d'ufficio. 4. VALUTAZIONE E DEFINIZIONE DEL GRADO DELL'INDENNITÀ PER LA MENOMAZIONE DELL'INTEGRITÀ FISICA Presenta ancora una lieve instabilità anteriore con una diminuzione della funzionalità in estensione. Iniziale artrosi al condilo laterale e in sede retropatellare distalmente valutato dal Dr. med. _____ come iniziale gonartrosi post-traumatica (vedi anche referto TAC). Secondo la tabella 6.2 della SUVA (edizione 1990) per instabilità di 1 o 2 legamenti crociati da medio fino a grave entità da 0 fino a 5%, sempre secondo la tabella 5.2 della Suva (edizione 1990) per un'artrosi di media gravità femoro-patellare da 5 fino a 10%. Sommando queste due alterazioni post-infortunistiche si arriva appena al 5%. Siccome per il futuro bisogna aspettarsi un peggioramento, propongo un'IMI del 10%, questo valutando una futura artrosi femoro-patellare accelerata. 5. ULTERIORI PROVVEDIMENTI TERAPEUTICI L'assicurata ammette che con la fisioterapia effettuata negli ultimi 6 mesi non ha riscontrato alcun miglioramento, anzi un peggioramento. Dubito molto che una terapia stazionaria possa portare un miglioramento specialmente per il problema della diminuzione d'estensione." (Doc. _) A seguito del complemento istruttorio esperito dal TCA il 30 gennaio 2004 (cfr. consid. 1.8., doc. _), il Dr. med. _____, il 12 febbraio 2004, relativamente al suo rapporto del 27 agosto 2002, ha precisato: " 1. Wir haben damals eine Physiotherapie mit Aufbau der knienahen Muskulatur, Kräftigung, koordinative Übungen empfohlen im Sinne von 2 bis 3 X 9 Behandlungen. 2. Durch diese Behandlung kann mit hoher Wahrscheinlichkeit die Situation momentan für die Kniefunktion verbessert werden sowie das Extensionsdefizit zu reduzieren in Bereich von 5 bis 10°. Zudem gilt es als Prophylaxe gegen weitere Verschlechterung in naher Zukunft. Wir haben auch empfohlen, nach der Physiotherapie ein weiteres Training im Bereiche Fitness durchzuführen, eventuell als Medizinische Trainingstherapie. 3. Wie schon oben erwähnt ist auch längere zeit nach dem Unfall eine Physiotherapie in der Lage, die Funktionsfähigkeit des Kniegelenkes dauerhaft zu verbessern, insbesondere wenn diese später übergeführt wird in eine Trainingstherapie beziehungsweise in ein Fitnessstraining als Dauerbehandlung. Es ging damals auch insbesondere darum, das Extensionsdefizit von 20° noch zu reduzieren." (Doc. _) (Le sottolineature sono del redattore) 2.5. Alla luce dei referti medici appena riprodotti, il TCA ritiene di poter fondare il proprio giudizio sul parere espresso dal Dr. med. _____, medico fiduciario dell'assicuratore LAINF. Egli ha indicato, nel mese settembre 2001, che nessun ulteriore provvedimento terapeutico poteva migliorare in modo sensibile le condizioni di salute dell'assicurata. Ciò è poi stato confermato da tale medico nel mese di ottobre 2002 e nel mese di gennaio 2003 in occasione di un'ultima visita (cfr. doc. _). Non è pertanto necessario dare seguito al provvedimento probatorio preteso dall'insorgente (perizia medica giudiziaria; cfr. consid. 1.5.). Al riguardo va ricordato che, per costante giurisprudenza, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato (valutazione anticipata delle prove), si rinuncerà ad assumere altre prove (cfr. STFA del 31 gennaio 2003 nella causa V., H 5/02; STFA del 5 marzo 2003 nella causa G., H 411/01; SVR 2003 IV Nr. 1 pag. 1; STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., H 102/01; STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., H 103/01; STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa D.SA, H 299/99; STFA

del 26 novembre 2001 nella causa R., U 257/01; STFA del 15 novembre 2001 nella causa P., U 82/01; STFA del 28 giugno 2001 nella causa G., I 11/01; RCC 1986 p. 202 consid. 2d; STFA del 27 ottobre 1992 nella causa B.P.; STFA del 13 febbraio 1992 in re O.; STFA del 13 maggio 1991 nella causa A.; STCA del 25 novembre 1991 nella causa M.; F. Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; U. Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, Zurigo 1999, p. 212; Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2a ed., p. 39 e p. 117), senza che ciò costituisca una lesione del diritto di essere sentito sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata). Il TCA, chiamato a pronunciarsi su una questione sostanzialmente di carattere medico, non ha in concreto motivo di scostarsi dalle conclusioni del medico consultato dall'Istituto assicuratore convenuto, se si considera che, 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. STFA dell'8 luglio 2003 nella causa B., U 259/02; RAMI 1997 U281, p. 282; DTF 104 V 209; sentenze inedite 5 gennaio 1993 in re S., 5 aprile 1984 in re M. e 2 novembre 1983 in re M.; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 30 seg.). Il TFA, nella DTF 122 V 157ss., ha ancora precisato che, nell'ambito del libero apprezzamento delle prove, è, in linea di principio, consentito che l'amministrazione ed il giudice delle assicurazioni sociali fondino la loro decisione esclusivamente su basi di giudizio interne dell'istituto assicuratore: in questo caso, devono, però, essere poste esigenze severe per quanto riguarda l'imparzialità e l'attendibilità di simili prove. Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV10, p. 33ss. e RAMI 1999 U356, 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. Infine, la somma Istanza - in una sentenza dell'8 settembre 2000 nella causa C., U 291/99, inedita - ha puntualizzato che la circostanza che il medico di fiducia si sia pronunciato dopo che l'affare è divenuto contenzioso, non è, di per sé, sufficiente per suscitare dei dubbi circa la sua imparzialità. Per quel che riguarda le perizie allestite da specialisti esterni all'amministrazione, il TFA ha pure loro riconosciuto pieno valore probante, fintantoché non vi sono degli indizi concreti che facciano dubitare della loro attendibilità (cfr. STFA del 10 luglio 2003 nella causa C., U 168/02; DTF 125 V 353, consid. 3b/bb). In una recente sentenza dell'8 luglio 2003 nella causa B., U 259/02, l'Alta Corte ha infine precisato che il fatto che un medico venga interpellato con regolarità da un istituto assicuratore per esprimere valutazioni specialistiche non è di per sé sufficiente per dubitare della sua obiettività e imparzialità. Trattandosi del 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 dell'assicurato, che sia stato redatto in piena conoscenza della pregressa vicenda valetudinaria (anamnesi), che sia chiaro nella presentazione del contesto medico e che le conclusioni siano chiare, motivate e condivisibili (cfr. STFA del 18 aprile 2002 nella causa P., I 550/00; RAMI 1991 pag. 311 consid. 1; RAMI 1996 pag. 191ss.; DTF 122 V 160ss.

consid. 1c e riferimenti; STFA 29.9.1998 in re UAI c. F. non pubbl.). Determinante dal profilo probatorio non è, dunque, di principio, l'origine del mezzo di prova o la sua designazione quale rapporto o perizia, bensì il suo contenuto (cfr. STFA del 10 luglio 2003 nella causa C., U 168/02; STFA dell'8 ottobre 2002 nella causa C., I 673/00; DTF 125 V 352; DTF 122 V 160 in fine). I rapporti del Dr. med. _____ del 21 settembre 2001, del 2 ottobre 2002 e del 23 gennaio 2003 non contengono contraddizioni. Inoltre essi presentano tutti i requisiti posti dalla giurisprudenza affinché possa essere riconosciuta, ad una valutazione medica, piena forza probante (cfr. RAMI 1991 U 133, pag. 311 segg. consid. 1b): in particolare, il medico fiduciario della _____ ha espresso il suo apprezzamento generale e le ragioni che lo hanno portato a negare che eventuali ulteriori cure possano migliorare notevolmente i disturbi di cui è affetta l'assicurata a livello del ginocchio destro in modo chiaro, motivato e convincente, dopo aver proceduto ad un esame approfondito del caso. Il Dr. med. _____, nella sua valutazione, ha del resto tenuto conto pure del parere espresso dagli altri medici interpellati, segnatamente dal Dr. med. _____ della _____ Klinik di _____. A quest'ultimo proposito va osservato che, a differenza di quanto sostiene l'insorgente, la quale per asserire che il caso non è chiuso e che essa ha ancora diritto a prestazioni di corta durata si è fondata sul rapporto del primario di ortopedia degli arti inferiori della _____ Klinik (cfr. consid. 1.5.), la tesi difesa dal Dr. med. _____ risulta in sintonia anche con la valutazione del 27 agosto 2002 del Dr. med. _____. Infatti tale specialista ha consigliato di procedere con un trattamento soprattutto conservativo, corrispondente a delle sedute di fisioterapia. Il Dr. med. _____ ha in proposito precisato che il miglioramento delle funzioni del ginocchio sarebbe stato momentaneo e che inoltre la fisioterapia era stata prescritta pure quale profilassi contro un peggioramento futuro. Unicamente relativamente alla riduzione del deficit di estensione del ginocchio il medico ha indicato che la fisioterapia avrebbe permesso, secondo il grado della verosimiglianza preponderante, un miglioramento da 5° fino a 10° (cfr. consid. 2.4.; doc. _). Al riguardo giova segnalare che in una sentenza del 23 marzo 2000 nella causa W. (U 378/99), il TFA ha deciso che l'assicuratore LAINF non era tenuto a sopportare i costi di ulteriori cure, visto che l'assicurata non aveva voluto sottoporsi a un intervento di impianto di protesi al ginocchio destro, unico trattamento che avrebbe potuto migliorare la situazione del ginocchio. Una terapia conservativa, nel caso di specie sotto forma di sedute di fisioterapia, secondo i medici interpellati, infatti non era per sua natura atta a migliorare lo stato di salute dell'assicurata. L'Alta Corte, in particolare, ha rilevato: " (...) b) De l'avis unanime des médecins consultés, un traitement conservateur (en particulier sous la forme de séances de physiothérapie) n'est pas de nature à améliorer l'état de santé de la recourante. Un tel objectif ne peut en effet être atteint que par l'implantation d'une prothèse totale du genou droit (cf. les rapports des docteurs S. _____, R. _____, C. _____ et Y. _____ cités sous les lettres A et B de l'état de fait). Contrairement à ce que soutient la recourante, il n'y a donc pas lieu d'attendre du traitement physiothérapique dont elle sollicite la prise en charge une quelconque amélioration de son état de santé. Tout au plus celui-ci peut-il soulager temporairement ses douleurs, ce qui ne lui confère toutefois pas le droit à la poursuite d'un traitement médical à charge de son assureur-accidents (cf. Ghélew/Ramelet/Ritter op. cité p. 72). Par conséquent, l'intimée pouvait, comme elle l'a fait, limiter son intervention à trois ou quatre séries de six séances de physiothérapie par année, en cas de périodes douloureuses." (STFA del 23 marzo 2000 nella causa W., U 378/99, consid. 3b) In una sentenza del 2 agosto 2002 nella causa C. (inc. 35.2001.65) il TCA ha ritenuto estremamente generosa la decisione di un Istituto assicuratore LAINF di

assumere i costi di 48 sedute di fisiochinesiterapia per anno per i successivi due anni, di 36 sedute per anno per altri quattro anni, nonché di 24 sedute per anno per ulteriori 4 anni, alla luce di quanto dichiarato dal medico fiduciario dell'assicuratore che ha prescritto i provvedimenti terapeutici citati, e meglio che questi avevano lo scopo di mantenere lo stato di salute dell'assicurato che comunque sarebbe mutato per le conseguenze derivanti dalle alterazioni degenerative, a prescindere dalle conseguenze infortunistiche. Il primario della _____ Klinik ha, da un lato, escluso che al momento della visita del 27 agosto 2002 fosse da prendere in considerazione un intervento di ricostruzione del ginocchio destro e, dall'altro, a corto-medio termine ha indicato tale operazione come solo possibile. Inoltre il Dr. med. _____ ha consigliato un trattamento conservativo, precisando che era assolutamente auspicabile tentare di eliminare la residua limitazione di estensione di 10° e per quanto possibile migliorare la flessione (cfr. consid. 2.4.; doc. _). Come esposto sopra (cfr. consid. 2.3.), un provvedimento medico è da ritenere adeguato soltanto qualora possa contribuire ad un miglioramento dei disturbi secondo un grado sufficiente di verosimiglianza. A tale proposito va ricordato che secondo una costante giurisprudenza federale, il giudice delle assicurazioni sociali applica il criterio della verosimiglianza preponderante (cfr. R DAT II-2001 N. 91 pag. 378; SVR 2001 KV N. 50 pag. 145; STFA del 4 luglio 2003 nella causa M., U 133/02; STFA 29 gennaio 2003 nella causa P., U 162/02; STFA del 18 settembre 2001 nella causa W., C 264/99; 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, pag., 6; DTF 125 V 195; STFA 6 aprile 1994 in re E.P.; SZS 1993 pag. 106 consid. 3a; RCC 1986 pag. 202 consid. 2c, RCC 1984 pag. 468 consid. 3b, RCC 1983 pag. 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 pag. 31-32). Conformemente al summenzionato criterio, il giudice, dopo un'analisi ed una valutazione oggettiva delle prove, deve seguire quella rappresentazione fattuale che ritiene essere la più verosimile tra i vari scenari possibili (cfr. R DAT II-2001 N. 91 pag. 378). Non è sufficiente che un fatto possa essere considerato quale ipotesi possibile o probabile (cfr. DTF 126 V 319 segg.). Nel caso di specie il Dr. med. _____ ha ritenuto come soltanto possibile l'intervento di ricostruzione (cfr. consid. 2.4.; doc. _). Pertanto questo provvedimento non è adeguato in quanto non contribuiscono secondo un grado sufficiente di verosimiglianza a migliorare i disturbi dell'assicurata. Il primario di ortopedia della _____ Klinik, rispondendo a uno dei quesiti postigli dal TCA, e meglio se riteneva o meno che al momento della sua visita del 27 agosto 2002 la fisioterapia, o un'altra cura, fosse atta, perlomeno secondo il grado della verosimiglianza preponderante, a permettere un sensibile miglioramento delle condizioni di salute di _____ (cfr. consid. 1.8., doc. _), ha solo indicato che la fisioterapia permetteva, secondo il grado della verosimiglianza preponderante, di ridurre il deficit di estensione da 5° fino a 10°. Egli non ha accennato alcunché a proposito della flessione del ginocchio (cfr. consid. 2.4.; doc. _). Quanto affermato dal Dr. med. _____ a proposito della riduzione della limitazione di estensione del ginocchio destro non è ancora sufficiente per concludere che lo stato di salute dell'assicurata sarebbe migliorato sensibilmente. E' vero che questo specialista ha pure specificato che era altamente probabile che la fisioterapia migliorasse in generale le funzioni del ginocchio, tuttavia egli ha precisato che si sarebbe trattato di un miglioramento momentaneo. Inoltre il medico ha aggiunto che tale trattamento era stato prescritto anche quale profilassi contro un peggioramento futuro e che un miglioramento

durevole delle capacità funzionali del ginocchio era attuabile mediante la fisioterapia, in particolare, se in seguito l'assicurata avesse continuato in modo duraturo il trattamento in un centro fitness (cfr. consid. 2.4.; doc. _). Pertanto il miglioramento prospettato dal Dr. med. _____ secondo il grado della probabilità preponderante, ossia la riduzione della residua limitazione dell'estensione della gamba, valutato in relazione all'insieme delle affezioni accusate dall'assicurata al ginocchio destro - instabilità e artrosi - non è in effetti notevole. D'altra parte, al momento della chiusura del caso erano già trascorsi 16 mesi dal secondo intervento. Nell'atto ricorsuale, per confutare quanto riportato dal Dr. med. _____, ossia che secondo l'assicurata la fisioterapia non avrebbe provocato miglioramenti, è stata menzionata la dichiarazione del fisioterapista dell'insorgente del 4 febbraio 2003 riguardante il fatto che le relative sedute hanno diminuito la limitazione dell'estensione del ginocchio destro da 10° a 5° e l'intensità dei dolori, che da continui sono diventati intermittenti (cfr. consid. 1.5., doc. _). In proposito va rilevato che, come appena esposto, tale unico progresso, alla luce della situazione complessiva dell'assicurata, non può in ogni caso essere considerato un miglioramento notevole giusta l'art. 19 cpv. 1 LAINF. Visto che non è stato dimostrato con grado di verosimiglianza preponderante che da ulteriori provvedimenti medici vi è ancora da attendersi un sensibile miglioramento dello stato di salute complessivo della ricorrente, l'obbligo contributivo dell'istituto assicuratore convenuto si è esaurito in forza dell'art. 19 cpv. 1 LAINF (cfr. consid. 2.3.). A ragione, dunque, l'_____ ha negato all'assicurata il diritto a prestazioni di corta durata a far tempo dal 30 settembre 2001.

2.6. Come visto sopra, se al momento dell'estinzione del diritto alle cure mediche l'assicurato è ai sensi dell'art. 24 LAINF portatore di una menomazione importante e durevole all'integrità fisica o mentale, egli ha diritto a un'indennità per menomazione all'integrità (cfr. consid. 2.3.; STFA del 28 giugno 2002 nella causa C., U 14/02). Tale indennità è assegnata in forma di prestazione in capitale. Essa non deve superare l'ammontare massimo del guadagno annuo assicurato all'epoca dell'infortunio ed è scalata secondo la gravità delle menomazioni. Il Consiglio federale emana disposizioni particolareggiate sul calcolo dell'indennità (art. 25 cpv. 1 e 2 LAINF).

2.7. L'art. 36 cpv. 1 OAINF definisce i presupposti per la concessione dell'indennità giusta l'art. 24 LAINF: una menomazione dell'integrità è considerata durevole se verosimilmente sussisterà tutta la vita almeno con identica gravità ed importante se l'integrità fisica o mentale è alterata in modo evidente o grave. In questa valutazione dovrà essere fatta astrazione dalla capacità di guadagno ed anche dalle circostanze personali dell'assicurato: secondo la giurisprudenza, infatti, la gravità della menomazione si stima soltanto in funzione di accertamenti medici senza ritenere, all'opposto delle indennità per torto morale secondo il diritto privato, le eventuali particolarità dell'assicurato (cfr. RAMI 2000 pag. 42-43; DTF 113 V 218 consid. 4; RAMI 1987 pag. 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., pag. 121).

2.8. 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 (cfr. RAMI 2000 pag. 43; DTF 124 V 32; DTF 113 V 219 consid. 2a; RAMI 1988 U48 pag. 235 consid. 2a e sentenze ivi citate). Deve essere intesa come una norma valida "nel caso normale" (cifra 1 cpv. 1 dell'allegato). Le menomazioni extra-tabellari sono

indennizzate secondo i tassi previsti tabellarmente per menomazioni di analoga gravità (cifra 1 cpv. 2 dell'allegato). La perdita totale dell'uso di un organo è equiparata alla perdita dell'organo stesso. In caso di perdita parziale l'indennità sarà corrispondentemente ridotta; tuttavia nessuna indennità verrà versata se la menomazione dell'integrità risulta inferiore al 5% (cifra 2 dell'allegato). Se più menomazioni all'integrità fisica o mentale, causate da uno o più infortuni sono concomitanti, l'indennità va calcolata in base al pregiudizio complessivo (art. 36 cpv. 3 1a frase OAINF). Si prende in considerazione in modo adeguato un peggioramento prevedibile della menomazione dell'integrità. E' possibile effettuare revisioni solo in casi eccezionali, ovvero se il peggioramento è importante e non era prevedibile (art. 36 cpv. 4 OAINF). Peggioramenti non prevedibili non possono, naturalmente, essere anticipatamente considerati. Nel caso in cui un pregiudizio alla salute si sviluppi nel quadro della prognosi originaria, la revisione dell'indennità per menomazione è, di principio, esclusa. Per contro, l'indennità dev'essere di nuovo valutata, quando il danno è peggiorato in una misura maggiore rispetto a quanto pronosticato (RAMI 1991 no. U 132 pag. 308 segg. consid. 4b e dottrina ivi menzionata).

2.9. L'INSAI ha allestito una serie di tabelle, dalla griglia molto più serrata, che integrano quella dell'ordinanza. Semplici direttive di natura amministrativa, esse non hanno valore di legge e non vincolano il giudice (cfr. STFA del 22 agosto 2000 nella causa C., I 102/00; DTF 125 V 377 consid. 1c; STFA 7.12.1988 nella causa P.; RAMI 1989, no U 71, pag. 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, U21, pag. 329; DTF 113 V 219, consid. 2b; DTF 116 V 157, consid. 3a).

2.10. Nell'evenienza concreta la _____ ha dapprima riconosciuto a _____, con decisione formale dell'8 ottobre 2001, il diritto a un'indennità per menomazione dell'integrità del 5% (cfr. consid. 1.3.; doc. _). In seguito, l'Istituto assicuratore convenuto, facendo riferimento al nuovo apprezzamento enunciato dal Dr. med. _____ in occasione dell'ultima visita del 23 gennaio 2003, ha aumentato il grado della menomazione dell'integrità presentata dall'assicurata al 10% (cfr. consid. 1.4., doc. _). Dal relativo rapporto emerge che l'assicurata: " (...) presenta ancora una lieve instabilità anteriore con una diminuzione della funzionalità in estensione. Iniziale artrosi al condilo laterale e in sede retropatellare distalmente valutato dal Dr. med. _____ come iniziale gonartrosi post-traumatica (vedi anche referto TAC). Secondo la tabella 6.2 della SUVA (edizione 1990) per instabilità di 1 o 2 legamenti crociati da media fino a grave entità da 0 fino a 5%, sempre secondo la tabella 5.2 della Suva (edizione 1990) per un'artrosi di media gravità femoro-patellare da 5 fino a 10%. Sommando queste due alterazioni post-infortunistiche si arriva appena al 5%. Siccome per il futuro bisogna attendersi un peggioramento, propongo un'IMI del 10%, questo valutando una futura artrosi femoro-patellare accelerata." (Doc. _) L'insorgente ha contestato tale valutazione, puntualizzando che il grado della menomazione dell'integrità del 10% è inadeguato rispetto alle sue sofferenze passate e presumibilmente future e che il tasso dell'IMI dovrebbe essere del 25%. L'assicurata sostiene che le tribolazioni da essa patite sono state di un'intensità estremamente elevata, considerati i controlli, le numerosissime visite mediche, le analisi e i vari interventi operatori. Inoltre essa, al momento del ricorso avrebbe ancora accusato dolori muscolari al polpaccio destro in caso di sforzi e talune volte si sarebbero verificati dei cedimenti; l'attività fisica sarebbe stata limitata a quanto di più utile per il recupero della funzionalità del ginocchio e, a causa dei dolori e del rischio di cedimenti, le sarebbe rimasta la paura nell'affrontare situazioni che richiedono uno sforzo particolare per il ginocchio (cfr. consid. 1.5.; doc. _). Il TCA non ha

tuttavia valide ragioni per non fare proprio l'apprezzamento del Dr. med. _____.

Questa Corte ritiene infatti che la valutazione dell'IMI effettuata dal medico fiduciario dell'_____, la quale tiene conto, oltre che dell'instabilità del legamento crociato del ginocchio destro, anche dell'incipiente artrosi sviluppatasi a questo ginocchio - constatata dalla risonanza magnetica effettuata presso l'_____ il 12 giugno 2002 e confermata dal Dr. med. _____ il 27 agosto 2002 (cfr. consid. 2.4; doc. _) -, è corretta e adempie i presupposti stabiliti dalla giurisprudenza federale per riconoscere forza probante a un rapporto medico (cfr. consid. 2.5.). Gli argomenti sollevati dall'assicurata sono d'altronde irrilevanti, poiché l'aspetto dell'intensità con la quale essa ha risentito le sofferenze riguarda piuttosto il lato soggettivo del danno, che è escluso dalla valutazione della menomazione all'integrità (cfr. consid. 2.7.). Il TFA in una sentenza del 28 giugno 2002 nella causa C. (U14/02) ha confermato un giudizio del TCA del 12 dicembre 2001 (35.2001.71), con il quale questa Corte ha negato a un assicurato il riconoscimento del diritto a un'indennità di menomazione dell'integrità, in quanto i disturbi soggettivamente risentiti a una gamba non avevano trovato una sufficiente correlazione sul piano oggettivo. Tener conto dei disturbi soggettivamente risentiti non permetterebbe più una valutazione astratta e egualitaria di una menomazione all'integrità. Va poi osservato che la tabella 6.2., relativa alla menomazione dell'integrità in caso di instabilità delle articolazioni, stabilisce che se accanto all'instabilità è dimostrata la presenza di un'artrosi, per stabilire l'IMI è determinante il grado di menomazione più elevato. In linea di principio è invece escluso il cumulo. La tabella 5.2., concernente i tassi di menomazione dell'integrità dovuta ad artrosi, prevede il medesimo principio nel caso in cui, oltre all'artrosi, l'articolazione presenti un'instabilità. Di conseguenza, visto che secondo la tabella 6.2. a una discreta instabilità (non è prevista la lieve instabilità) di uno o due legamenti crociati corrisponde un'IMI fra lo 0 e il 5% e che la tabella 5.2. non prevede nessuna IMI per artrosi di lieve entità e un'IMI da 5% a 10% per artrosi femoro-patellare di media gravità, l'_____ nel presente caso, caratterizzato da una lieve instabilità del legamento crociato del ginocchio destro e da un'iniziale artrosi sviluppatasi al medesimo ginocchio (cfr. doc. _), ha correttamente valutato l'IMI al 10%, in prospettiva di un peggioramento. Alla luce di quanto sopra esposto, questo Tribunale deve confermare la decisione impugnata con la quale è stata assegnata a _____ un'IMI del 10%.

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