

TI_GERICHTE 35.2003.80 vom 27. August 2003

TI Tribunale d'appello, 2003-08-27, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2003.80

FR: TI_GERICHTE 35.2003.80 du 27 août 2003

IT: TI_GERICHTE 35.2003.80 del 27 agosto 2003

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 17

maggio 2002 del SAM di Bellinzona si evince che, in data 29 marzo 2002, l'assicurata è stata periziata dal dott. _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, il quale ha posto la diagnosi di sindrome somatoforme da dolore persistente, patologia responsabile di una incapacità lavorativa valutabile attorno al 15/20% (a causa di difficoltà di concentrazione e della persistente preoccupazione per l'aggravarsi dei suoi disturbi soggettivi, cfr. doc. __, p. 7). Non risulta invece che il succitato psichiatra si sia pronunciato in merito alla natura, morbosa oppure traumatica, della diagnosticata affezione psichica. Questa Corte può esimersi dall'approfondire la questione a sapere se i problemi che _____ presenta a livello psichico costituiscono o meno una naturale conseguenza dell'evento traumatico del 19 agosto 1997. Infatti, anche nell'affermativa, la responsabilità de _____ non potrebbe comunque essere impegnata, facendo difetto l'adeguatezza del nesso di causalità, aspetto che deve essere valutato alla luce dei criteri sviluppati nella DTF 115 V 133ss. (cfr. STFA del 9 aprile 2003 nella causa C., U 164/02, consid. 4.1 e giurisprudenza ivi citata). In questo ordine di idee - essendo l'esame della causalità adeguata una mera questione giuridica - é inutile che il TCA ordini una perizia psichiatrica. 2.5.2. Per accertare l'esistenza di un nesso di causalità adeguata tra disturbi psichici e infortunio, la giurisprudenza ha sviluppato dei criteri oggettivi (DTF 123 V 104 consid. 3e, 115 V 138ss. consid. 6-7, 405ss. consid. 4-6). Il TFA ha in particolare classificato gli infortuni, a seconda della dinamica, nella categoria degli eventi insignificanti o leggeri, in quella degli eventi gravi e in quella di grado medio. 2.5.3. Nei casi di infortunio insignificante (l'assicurato per esempio ha leggermente battuto la testa o si è slogato il piede) o leggero (egli ha fatto una caduta o scivolata banale) l'esistenza di un nesso di causalità adeguata può di regola essere negata a priori. Secondo l'esperienza della vita e ritenute le cognizioni acquisite in materia di medicina degli infortuni, può in effetti essere ammesso, senza dover procedere ad accertamenti psichici particolari, che un infortunio insignificante o leggero non sia di natura tale da provocare un'incapacità lavorativa e di guadagno di origine psichica. 2.5.4. Se l'assicurato è rimasto vittima di un infortunio grave, l'esistenza del nesso di causalità adeguata fra l'evento e successiva incapacità lavorativa dovuta a disturbi psichici deve di regola essere riconosciuta. Secondo il corso ordinario delle cose e l'esperienza della vita, gli infortuni gravi sono in effetti idonei a provocare danni invalidanti alla salute psichica. 2.5.5. Sono considerati infortuni di grado medio tutti gli eventi che non possono essere classificati nelle due predette categorie. La questione a sapere se tra simile infortunio e incapacità lavorativa e di guadagno di origine psichica esista un rapporto

di causalità adeguata non può essere risolta con solo riferimento all'evento stesso. Occorre piuttosto tener conto, da un profilo oggettivo, di tutte le circostanze che sono strettamente connesse con l'infortunio o che risultano essere un effetto diretto o indiretto dell'evento assicurato. Esse possono servire da criterio di apprezzamento nella misura in cui secondo il corso ordinario delle cose e l'esperienza della vita sono tali da provocare o aggravare, assieme all'infortunio, un'incapacità lavorativa e di guadagno di origine psichica. I criteri di maggior rilievo sono: - le circostanze concomitanti particolarmente drammatiche o la particolare spettacolarità dell'infortunio; - la gravità o particolare caratteristica delle lesioni lamentate, segnatamente la loro idoneità, secondo l'esperienza, a determinare disturbi psichici; - la durata eccezionalmente lunga della cura medica; - i disturbi somatici persistenti; - la cura medica errata che aggrava notevolmente gli esiti dell'infortunio; - il decorso sfavorevole della cura e le complicazioni rilevanti intervenute; - il grado e la durata dell'incapacità lavorativa dovuta alle lesioni fisiche.

2.5.6. Non in ogni caso è necessario che tutti i criteri appena menzionati siano presenti. La presenza di un unico criterio può bastare per ammettere l'adeguatezza del nesso di causalità quando l'infortunio va classificato fra quelli al limite della categoria degli eventi gravi. Inoltre un solo criterio può, in tutta la categoria degli infortuni di grado medio, essere sufficiente se riveste un'importanza particolare o decisiva. Nel caso in cui nessuno dei criteri di rilievo riveste un'importanza particolare o decisiva, occorrerà invece riferirsi a più criteri. Ciò vale tanto più quanto meno grave sia l'infortunio in questione (cfr. DTF 115 V 140s., consid. 6c/aa e bb e 409s., consid. 5c/aa e bb, DTF 117 V 384, consid. 4c; RAMI 2002 U 449, p. 53ss. consid. 4a).

2.5.7. Come indicato al considerando 2.5.3., comuni cadute e scivolate vanno considerate come infortuni leggeri (cfr. DTF 115 V 139 consid. 6a; cfr., pure, RAMI 1992 U 154, p. 246, riguardante una caduta durante una partita di calcio e STFA del 9 gennaio 2003 nella causa C., U 347/01, concernente un'assicurata vittima di due scivolate, la prima su fondo ghiacciato, la seconda durante la pulizia di una doccia). Eccezionalmente, la questione della causalità adeguata va esaminata anche in quest'ambito secondo i criteri applicabili agli infortuni di media gravità (al limite degli infortuni leggeri), qualora le circostanze da considerare si cumulino e rivestano un'importanza particolare (cfr. RAMI 1998 U 297, p. 243ss.; STFA dell'8 aprile 2002 nella causa S., U 357/01, consid. 3b/bb).

2.5.8. Nel caso concreto, in ossequio alla suevocata giurisprudenza federale, l'evento occorso alla ricorrente - la quale è semplicemente scivolata sulle scale che stava pulendo, riportando un trauma distorsivo alla caviglia destra - deve essere classificato fra gli infortuni leggeri e, pertanto, il nesso di causalità adeguata va negato a priori. Gli atti di causa non evidenziano inoltre circostanze concomitanti tali da permettere di qualificare l'infortunio assicurato di una gravità che va oltre quella indicata. Comunque, i presupposti per riconoscere il nesso di causalità adeguata non sarebbero realizzati neppure se si volesse ammettere l'esistenza di un infortunio di grado medio al limite della categoria degli infortuni leggeri. Infatti, nell'apprezzamento dell'adeguatezza in materia di turbe psichiche, si devono considerare esclusivamente i disturbi di natura organica che si trovano in una relazione di causalità naturale (ed adeguata) con l'infortunio assicurato (cfr. RAMI 1999 U 341 p. 409 e 1993 U 166 p. 94 consid. 2c e riferimenti). Ora, nella presente fattispecie, oltre a non esservi circostanze concomitanti drammatiche, il danno riportato, una lesione legamentare parziale, non è grave né idoneo, secondo l'esperienza, a determinare disturbi psichici. Inoltre, i disturbi che l'assicurata risente alla caviglia destra correlano soltanto parzialmente con lo status oggettivabile a tale livello, come lo attestano le univoche certificazioni dei dottori _____ (cfr. doc. _: "Nel mio studio deambulava con una

zoppia importante, ma quando se ne è andata, l'ho seguita fino all'ascensore, ho potuto constatare un miglioramento progressivo fino alla sparizione quasi totale di questa zoppia. (...). D'accordo con te, dopo il colloquio avuto con la paziente, penso che ci sia una componente psichica importante"), _____ (cfr. doc. __, p. 8: "La valutazione di questo caso è difficile in ragione della discrepanza tra l'anamnesi, l'esame clinico ed i referti radiologici. A livello della cavaglia ds. l'esame clinico odierno, malgrado le difficoltà riscontrate, non mostra segni di lassità legamentare, la mobilità è discretamente diminuita. L'origine dei dolori lamentati dalla paziente non è chiara, l'unico elemento che si trova è un segno di Tinnel a livello della cicatrice laterale che può lasciar sospettare un neuroma, (...)"), _____ (doc. __, p. 8: "L'esame clinico permette di escludere una problematica di sinovite a livello della cavaglia ds., nonché di instabilità. Vi è un disturbo della sensibilità a livello del calcagno non di chiara origine e una diminuzione della forza nell'estensione dorsale ed alla flessione plantare del piede, determinati, secondo me, da una mancanza di innervazione per paura del dolore. L'origine ben determinata di questi disturbi non é quindi eruibile dal punto di vista clinico. Neanche gli esami radiologici eseguiti e soprattutto la MRI della cavaglia ds. del 23.07.1999, non hanno mostrato patologie rilevanti" e VI: "L'esame clinico di allora era comunque piuttosto blando, non evidenziando io alla visita né sinoviti né gonfiori articolari né limitazioni particolari della mobilità a livello dell'articolazione tibiotarsica. Vi era unicamente una dolenzia alla palpazione del malleolo laterale nonché lungo il dorso del piede fino ai metatarsi da I fino a V, nonché al calcagno di destra. Dolente anche la palpazione del tendine di achille e del polpaccio di destra. Gli esami radiologici eseguiti, in particolar modo le radiografie dell'articolazione tibiotarsica eseguita presso l'Ospedale _____ del 20.03.2002 non dava reperti sostanzialmente patologici") e _____ (doc. __, p. 5s.: "Oggettivamente, esistono disturbi funzionali alla cavaglia destra, senza evidente instabilità della cavaglia stessa con unicamente una minima diminuzione della mobilità. Non segni significativi di risparmio della gamba destra. Piedi piatti. Importante sovraccarico psichico. Come già constatato dai medici ortopedici, dal dr. _____ in occasione della visita del 21.09.99 e dal dr. _____ in occasione dell'esame del 7.05.02, il reperto locale del piede destro è molto scarso. Non vi è instabilità legamentare e quando si osserva la paziente in diversi momenti non c'è evidente diminuzione della mobilità tibio-tarsica. Non possiamo confermare la diagnosi di CRPS (Complex Regional Pain Syndrome), rispettivamente, di algodistrofia di riflesso che ha espresso il dr. med. _____, ortopedico, come diagnosi differenziale possibile. Le radiografie dell'articolazione tibio-tarsica AP e laterale del 20.03.02, rispettivamente del 14.04.03, non evidenziano fratture, artrosi o demineralizzazione"). Non vi è stata una cura medica errata che ha aggravato gli esiti dell'infortunio, né sono insorte delle complicazioni rilevanti. La durata della cura medica e dell'incapacità lavorativa non possono essere infine giustificate attraverso le sole conseguenze organiche dell'infortunio. 2.6. Rendita di invalidità 2.6.1. Giusta l'art.

E. 18

cpv. 1 LAINF, l'assicurato invalido almeno al 10 per cento a seguito d'infortunio ha diritto alla rendita di invalidità. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGA, è considerata invalidità l'incapacità la guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. Da parte sua, l'art. 16 LPGA prevede, che 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. Due sono, dunque, di norma gli elementi costitutivi dell'invalidità: 1. il danno alla salute fisica o psichica (fattore medico); 2. la diminuzione della capacità di guadagno (fattore economico). Tra il danno alla salute e l'incapacità di guadagno deve inoltre intercorrere un nesso causale (fattore causale).

Nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni deve esserci per giunta un nesso causale, naturale ed adeguato, tra il danno alla salute e l'infortunio. L'invalidità, concetto essenzialmente economico, si misura in base alla riduzione della capacità di guadagno e non secondo il grado di menomazione dello stato di salute. D'altro canto, poiché l'incapacità di guadagno importa unicamente nella misura in cui dipende da un danno alla salute, la determinazione dell'invalidità presuppone preliminarmente adeguati accertamenti medici che rilevino il danno in questione. Spetta al medico fornire una precisa descrizione dello stato di salute dell'assicurato e di tracciare un esatto quadro degli impedimenti ch'egli incontra nell'esplicare determinate funzioni. Il medico indicherà per prima cosa se l'assicurato può ancora svolgere la sua professione, precisando quali sono le controindicazioni in quell'attività e in altre analoghe. Egli valuterà finalmente il grado dell'incapacità lavorativa che gli impedimenti provocano sia nella professione attuale sia nelle altre relativamente confacenti (cfr., su questi aspetti, la STFA del 18 marzo 2002 nella causa M., I 162/01). L'invalidità, proprio perché concetto essenzialmente economico, si misura raffrontando il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello ch'egli può tuttora o potrebbe realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili, in un mercato del lavoro equilibrato, dopo l'adozione di eventuali provvedimenti integrativi (cfr. art. 16 LPGA). Il grado d'invalidità corrisponde alla differenza, espressa in percentuale, tra il reddito ipotetico conseguibile senza invalidità e quello, non meno ipotetico, conseguibile da invalido. La giurisprudenza federale ha, più volte, confermato il principio che, nella determinazione dell'invalidità, non c'è la possibilità di fondarsi su una valutazione medico-teorica del danno alla salute dovuto all'infortunio e che occorre, sempre, basarsi sulle conseguenze economiche di tale danno. Ciò nondimeno, se il danno alla salute non è tale da imporre un cambiamento di professione, di regola, il giudizio sull'incapacità lavorativa non esprimerà valori superiori all'incapacità lavorativa indicata dal medico. Questo perché si suppone che esplicando tutto l'impegno professionale che la restante capacità lavorativa medico-teorica ancora permette di sviluppare, l'assicurato esprima una capacità di guadagno della medesima proporzione (cfr. RAMI 1993 U 168, p. 100; DTF 114 V 313, consid. 3b; STCA del 21 marzo 1995 nella causa S. F., 31 maggio 1995 nella causa E. D., 7 giugno 1995 nella causa M. Z., 26 febbraio 1996 nella causa G. P.).

2.6.2. A far tempo dal 1° marzo 2002, l'assicurata è stata posta al beneficio di $\frac{1}{4}$ di rendita AI, determinata da un grado di invalidità del 40%. La relativa decisione del 14 agosto 2003 è cresciuta in giudicato, così come il TCA ha accertato direttamente presso il competente Ufficio (cfr. nota manoscritta agli atti del vicecancelliere _____). La questione che si pone è quindi quella a sapere se, in ossequio alla giurisprudenza relativa al coordinamento fra l'assicurazione per l'invalidità e l'assicurazione contro gli infortuni, l'assicuratore LAINF convenuto è o meno vincolato alla valutazione dell'invalidità effettuata dall'UAI. È vero che la nozione di invalidità utilizzata nell'AI corrisponde, di principio, a quella considerata nell'assicurazione contro gli infortuni (e nell'assicurazione militare), per cui la valutazione dell'invalidità deve normalmente condurre allo stesso risultato, quando il danno alla salute è il medesimo (DTF 126 V 291 consid. 2a = Pratique VSI 2001, p. 79ss.; DTF 119 V 470 consid. 2b e riferimenti ivi menzionati; cfr., pure, DTF 123 V 271 consid. 2a). Nondimeno,

secondo la giurisprudenza del TFA, delle divergenze non possono essere escluse a priori (cfr. DTF 119 V 471 consid. 2b). In effetti, la valutazione dell'invalidità operata da un assicuratore sociale non deve essere ritenuta determinante, se basata su un errore di diritto oppure sull'esercizio insostenibile di un potere d'apprezzamento (cfr. DTF 126 V 292, consid. 2b). Nella suevocata DTF 126 V 288, il TFA ha inoltre precisato quanto segue: " Die Einräumung solcher Prioritäten birgt die Gefahr in sich, dem Verwaltungshandeln eines Versicherers weit über dessen Interessenbereich hinaus reichende Auswirkungen zu verleihen, was zu einem Missverhältnis zwischen der diesem zustehenden Entscheidungsbefugnis und den von ihm ausgelösten Konsequenzen führen könnte. Dennoch ist danach zu trachten, unterschiedliche Invaliditätsannahmen verschiedener mit demselben Fall befasster Versicherer zu vermeiden. Die Einheitlichkeit des Invaliditätsbegriffes entbindet die verschiedenen Sozialversicherungsträger zwar nicht davon, die Invaliditätsbemessung in jedem einzelnen Fall selbstständig durchzuführen. Keinesfalls dürfen sie sich ohne weitere eigene Prüfung mit der blossen Übernahme des von einem andern Versicherer festgelegten Invaliditätsgrades begnügen. Eine derart weitgehende Bindungswirkung wäre nicht zu rechtfertigen. Es geht indessen auch nicht an, dass die Invalidität in den einzelnen Sozialversicherungszweigen völlig unabhängig von allenfalls schon getroffenen Entscheiden anderer Versicherer festgelegt wird. Zumindest rechtskräftig abgeschlossene Invaliditätsschätzungen dürfen nicht einfach unbeachtet bleiben. Vielmehr müssen sie als Indiz für eine zuverlässige Beurteilung gewertet und als solches in den Entscheidungsprozess erst später verfügender Versicherungsträger miteinbezogen werden. Dies verlangt auch nach gewissen Mitwirkungsrechten des durch eine Verfügungsmässige Festlegung der Invalidität in einem Sozialversicherungsbereich tangierten andern Versicherers. Im Unfallversicherungsrecht wird diesem Schutzbedürfnis ausdrücklich entsprochen, indem Art. 129 Abs. 1 UVV vorsieht, dass die Verfügung eines Versicherers oder einer andern Sozialversicherung, welche die Leistungspflicht des andern Versicherers berührt, auch diesem andern Versicherer zu eröffnen ist (Satz 1), und dieser die gleichen Rechtsmittel ergreifen kann wie die versicherte Person (Satz 2). Macht er von der Möglichkeit, den Entscheid der andern Versicherung anzufechten, obschon ihm dieser ordnungsgemäss eröffnet worden ist, nicht Gebrauch, hat er diesen grundsätzlich gegen sich gelten zu lassen (RKUV 1998 Nr. U 305 S. 432). Zumindest wird er sich die Vermutung der Richtigkeit der bereits vorhandenen Invaliditätsbemessung entgegenhalten lassen müssen. Eine abweichende Festlegung der Invalidität kann in solchen Fällen nur noch ganz ausnahmsweise in Frage kommen, wobei gegebenenfalls an deren Begründung strenge Anforderungen zu stellen sind. Nicht zulässig ist es, eine an sich vertretbare Ermessensausübung durch den zuerst verfügenden Versicherer ohne Vorliegen triftiger Argumente durch einen andern - unter Umständen ebenfalls vertretbar erscheinenden - Ermessensentscheid zu ersetzen. Anlass für ein Abweichen von einer bereits rechtskräftigen Invaliditätsschätzung eines andern Versicherers könnten hingegen, nebst den bereits in Erw. 2b aufgeführten, von der bisherigen Rechtsprechung anerkannten Gründen, äusserst knappe und ungenaue Abklärungen sowie kaum überzeugende oder nicht sachgerechte Schlussfolgerungen bieten." (DTF succitata - la sottolineatura è del redattore). In una sentenza pubblicata in DTF 119 V 468, il TFA ha considerato insostenibile la valutazione degli organi dell'assicurazione per invalidità, siccome essa si scostava da quella ritenuta dall'assicuratore contro gli infortuni, fondata quest'ultima su delle conclusioni mediche convincenti riguardanti la capacità lavorativa e l'attività esigibile, nonché su un raffronto dei redditi correttamente eseguito. Nel caso di specie, il tasso di invalidità stabilito dall'AI non

può determinare l'invalidità nell'ambito dell'assicurazione contro gli infortuni, nella misura in cui, oltre alla problematica interessante l'estremità inferiore destra, l'insorgente presenta pure dei disturbi psichici ed alla regione lombare, giudicati invalidanti (cfr. doc. __, p. 10: "I limiti lavorativi sono dati dallo stato dopo distorsione della caviglia ds., dalle lombalgie e dalla patologia psichiatrica, peraltro assai modesta") ma comunque estranei all'infortunio del 19 agosto 1997 (cfr. consid. 2.4.4. e 2.5.8.). 2.6.3. Nella concreta evenienza, la _____ ha deciso di assegnare a _____ una rendita di invalidità del 10%, fondandosi sulla valutazione espressa dal dott. _____ in occasione della visita medica di controllo del 14 aprile 2003. Il citato specialista ha infatti indicato che l'assicurata, nonostante i postumi infortunistici residuali, è in grado di riprendere l'attività di ausiliaria di pulizie nella stessa misura in cui essa veniva svolta prima dell'infortunio occorso il 19 agosto 1997 (30 ore alla settimana), con uno scapito di rendimento di circa il 10% da imputare ad un certo rallentamento nell'esecuzione delle mansioni: " Nell'attività di donna di pulizia (impiego che la paziente aveva presso l'_____ quando è successo l'infortunio il 19.8.97) la paziente, per gli unici esiti dell'infortunio del 19.8.97, potrebbe continuare a lavorare con una frequenza di 30 ore alla settimana. Per gli unici esiti dell'infortunio del 19.8.97, vediamo un abbassamento del rendimento come inserviente di pulizia intorno al 10%, dovuto ad un certo rallentamento nell'esecuzione dei lavori di pulizia. Per quanto concerne la nuova attività di ausiliaria di cura presso la _____ dove deve occuparsi della pulizia degli anziani, di accompagnare gli anziani e dargli da mangiare, svolgere il lavoro sul malato con un'altra ausiliaria, vediamo come unici esiti dell'infortunio del 19.8.97 un abbassamento di rendimento attorno al 10-15%. " (doc. __, p. 7, risposta al quesito n. H 7) Il dott. _____ ha peraltro ancora precisato che della percentuale di incapacità lavorativa (e lucrativa) ritenuta dall'Ufficio AI (40%), il 50% è determinato dal sovraccarico psichico, ¼ va a carico della lombalgia cronica e, infine, ¼ a carico dell'infortunio al piede destro (cfr. doc. __, p. 7, risposta al quesito n. H 10). In corso di causa, questo Tribunale ha interpellato il dott. _____, spec. FMH in fisiatria e riabilitazione, il quale, nel mese di aprile 2002, aveva periziato _____ per conto dell'UAI. Questo specialista - secondo il quale l'assicurata, tenuto conto sia dei disturbi alla caviglia destra sia di quelli in sede lombare, va giudicata inabile al lavoro in misura massima del 25/30% nella sua abituale professione (cfr. doc. __, p. 8: "Tenendo in considerazione quindi questi aspetti dal punto di vista sia radiologico, sia clinico, ritengo che la paziente debba essere ritenuta al massimo inabile al lavoro nella forma del 25-30% in attività lavorative svolte attualmente. Se quest'attività lavorativa è per la paziente troppo pesante, penso che vi siano senz'altro altre professioni che potrebbero essere svolte in forma completa. (...)" - è stato invitato a precisare il grado dell'incapacità lavorativa presentata dalla ricorrente prendendo in considerazione esclusivamente i disturbi interessanti l'estremità inferiore destra e per rapporto all'attività di ausiliaria di pulizie (cfr. V). Con referto del 23 gennaio 2004, il dott. _____ ha affermato che, prendendo in considerazione unicamente la problematica alla caviglia destra, la limitazione della capacità lavorativa nell'attività svolta di donna di pulizie raggiunge al massimo il 15%: " (...). Ho visto come sa per una valutazione peritale nell'ambito di una valutazione presso il Servizio dell'Accertamento Medico dell'assicurazione Invalidità, la sopramenzionata assicurata in data 21.03.2002. Al momento della mia visita, dal punto di vista soggettivo erano prioritari i disturbi a livello della caviglia destra e nella zona pre-tibiale nonché al polpaccio destro. In particolar modo, dopo l'attività svolta di donna delle pulizie, la paziente risentiva di un importante esacerbazione dolorosa a livello del polpaccio e della caviglia di destra, con

anche dei gonfiori. L'esame clinico di allora era comunque piuttosto blando, non evidenziando io alla visita né sinoviti né gonfiori articolari né limitazioni particolari della mobilità a livello dell'articolazione tibiotarsica. Vi era unicamente una dolenzia alla palpazione del malleolo laterale nonché lungo il dorso del piede fino ai metatarsi dal I fino a V, nonché al calcagno di destra. Dolente anche la palpazione del tendine d'achille e del polpaccio di destra. Gli esami radiologici eseguiti, in particolar modo le radiografie dell'articolazione tibiotarsica eseguita presso l'ospedale _____ del 20.03.2002, non dava reperti sostanzialmente patologici. La paziente presentava inoltre una sindrome lombovertebrale su delle alterazioni statiche, nonché uno stato dopo Morbo di Scheuermann e delle alterazioni degenerative plurisegmentali, in particolar modo a livello L3/L4, L4/L5 e L5/S1. Dalla mia valutazione di allora si deduce che dal punto di vista soggettivo i reperti principali siano localizzati a livello della caviglia destra e del polpaccio con una certa discrepanza rispetto ai reperti oggettivabili dal punto di vista clinico e radiologico. Per quanto riguarda la colonna vertebrale i disturbi erano meno accentuati, mentre i reperti radiologici in particolar modo quelli evidenziati dalla RM, lasciavano già evidenziare patologie di un certo rilievo, in particolar modo uno stato dopo morbo di Scheuermann e delle discopatie pluri-segmentali. Tenendo quindi in considerazione questi aspetti, ritengo che per quanto riguarda unicamente la caviglia destra, la limitazione della capacità lavorativa nell'attività svolta di donna di pulizie, raggiunga al massimo il 15%." (VI - la sottolineatura è del redattore) La valutazione della residua capacità lavorativa espressa dal fiduciario de _____ è quindi stata sostanzialmente condivisa dal dott. _____, motivo per cui questa Corte ritiene di poterla fare propria. È vero che per quest'ultimo l'invalidità lavorativa di _____ è di circa il 15%, contro il 10% indicato dal dott. _____. Nondimeno, in tal modo egli ha voluto prendere in considerazione la peggiore delle ipotesi, come lo testimonia l'espressione " al massimo il 15%" (cfr. VI, p. 2). Del resto, nel quantificare il grado dell'incapacità lavorativa di origine infortunistica, bisogna tenere in debito conto il fatto che i disturbi accusati alla ricorrente all'estremità inferiore destra sono solo scarsamente oggettivabili (cfr. consid. 2.5.8.). Ora, in materia di assicurazione contro gli infortuni, i disturbi risentiti dall'assicurato vengono di principio presi in considerazione soltanto nella misura in cui procedono da un danno alla salute oggettivamente dimostrabile (un'eccezione a questa regola è prevista in materia di traumi d'accelerazione alla colonna cervicale ed in materia di traumi cranio-cerebrali). Quanto sostenuto dall'assicurata con le proprie osservazioni del 3 febbraio 2004 (cfr. IX) non può essere condiviso, poiché tanto la problematica psichica quanto quella che riguarda la colonna lombare sono estranee all'evento dell'agosto 1997 e, pertanto, non se ne può neppure tenere conto nell'apprezzamento dell'incapacità lavorativa e lucrativa (cfr. consid. 2.4.4. e 2.5.8.). Tutto ben considerato, nella misura in cui all'insorgente è stata riconosciuta una rendita di invalidità del 10%, la decisione impugnata de _____ non presta il fianco a critiche.

2.7. Indennità per menomazione all'integrità 2.7.1. 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. 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). 2.7.2. L'art. 36 cpv. 1 OAINF definisce i presupposti per la concessione dell'indennità giusta l'art. 24 LAINF:

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

2.7.3. 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 (cfr. RAMI 2000 U 362, p. 43; DTF 124 V 32; DTF 113 V 219 consid. 2a; RAMI 1988 U 48 p. 235 consid. 2a e sentenze ivi citate). Deve essere intesa come una norma valida "nel caso normale" (cifra 1 cpv. 1 dell'allegato). Le menomazioni extra-tabellari sono indennizzate secondo i tassi previsti tabellarmente per menomazioni di analoga gravità (cifra 1 cpv. 2 dell'allegato). La perdita totale dell'uso di un organo è equiparata alla perdita dell'organo stesso. In caso di perdita parziale l'indennità sarà corrispondentemente ridotta; tuttavia nessuna indennità verrà versata se la menomazione dell'integrità risulta inferiore al 5% (cifra 2 dell'allegato). Se più menomazioni all'integrità fisica o mentale, causate da uno o più infortuni sono concomitanti, l'indennità va calcolata in base al pregiudizio complessivo (art. 36 cpv. 3 1a frase OAINF). Si prende in considerazione in modo adeguato un peggioramento prevedibile della menomazione dell'integrità. E' possibile effettuare revisioni solo in casi eccezionali, ovvero se il peggioramento è importante e non era prevedibile (art. 36 cpv. 4 OAINF). Peggioramenti non prevedibili non possono, naturalmente, essere anticipatamente considerati. Nel caso in cui un pregiudizio alla salute si sviluppi nel quadro della prognosi originaria, la revisione dell'indennità per menomazione è, di principio, esclusa. Per contro, l'indennità dev'essere di nuovo valutata, quando il danno è peggiorato in una misura maggiore rispetto a quanto pronosticato (cfr. RAMI 1991 U 132, p. 308ss. consid. 4b e dottrina ivi menzionata).

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

2.7.5. Nel caso di specie, l'assicuratore LAINF convenuto ha assegnato all'assicurata un'indennità per menomazione all'integrità del 5%, facendo riferimento all'apprezzamento enunciato dal dott. _____ in occasione della visita fiduciaria di controllo del 14 aprile 2003, nella quale il citato sanitario si è così espresso: " Secondo l'articolo 36 annesso 3 OAINF il reperto oggettivabile è funzionalmente da paragonare ad uno stato dove esiste una modica artrosi dell'articolazione tibio-tarsica. Secondo la tabella 5.2 per un'informazione medica sulla menomazione d'integrità della SUVA, un tale danno comporta una menomazione d'integrità

del 5% " (doc. __, p. 7, risposta al quesito n. H 11). Il TCA ritiene corretta la valutazione del medico fiduciario de _____. Infatti, gli atti di causa dimostrano che, da un punto di vista oggettivo, l'assicurata presenta, tutt'al più, una moderata diminuzione della mobilità dell'articolazione tibio-tarsica. Al riguardo, è utile segnalare che la stessa tabella 5.2 prevede, per un'articolazione tibio-tarsica completamente bloccata (artrodesi), quindi per una menomazione decisamente più grave rispetto a quella presentata dalla ricorrente, la corresponsione di un'IMI del 15%. Con il proprio ricorso, _____ pretende invece un'IMI di almeno il 10% (cfr. I, p. 6). Da un lato, l'assicurata asserisce di non poter condividere la valutazione espressa dal dott. _____, in particolare "... in considerazione delle conclusioni degli altri specialisti ...". Dall'altro, essa sostiene che, citiamo: "oltre alla tipologia della menomazione fisica vanno prese in considerazione tutte le circostanze oggettive riguardanti l'evento infortunistico e le relative conseguenze, oltre all'aspetto soggettivo, considerato che tale indennità è paragonabile a un'indennità per torto morale". In primo luogo, occorre ricordare che l'indennità per menomazione dell'integrità si valuta sulla base di constatazioni mediche. Ciò significa che per tutti quegli assicurati che presentano uno stesso status medico, la menomazione all'integrità sarà la medesima; essa è, in effetti, stabilita in maniera astratta, uguale per tutti. In altri termini, l'ammontare dell'IMI non dipende dalle circostanze particolari del caso concreto, ma bensì da un apprezzamento medico-teorico della menomazione fisica o psichica, a prescindere da fattori soggettivi (DTF 115 V 147 consid. 1, 113 V 121 consid. 4b e riferimenti ivi menzionati; RAMI 2000 U 362, p. 43; cfr., pure, STCA del 12 dicembre 2001 nella causa C., inc. n. 35.2001.71, confermata dal TFA con pronuncia del 28 giugno 2002, U 14/02; cfr., altresì, Th. Frei, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, Tesi Friburgo 1998, p. 40s.). In questo senso, fattori quali l'età, la professione e le sofferenze soggettive patite dall'assicurata (cfr. I, p. 6), non possono essere presi in considerazione nella valutazione dell'indennità per menomazione all'integrità. In secondo luogo, il TCA osserva che l'insorgente ha sì affermato di non potere condividere la tesi del medico fiduciario de _____, tuttavia essa non ha avanzato il benché minimo argomento suscettibile di far dubitare della fondatezza dell'apprezzamento enunciato dal dott. _____. Anche il riferimento fatto alle "conclusioni degli altri specialisti" appare fuori luogo, nella misura in cui il dott. _____ è stato l'unico ad essersi pronunciato in merito all'entità della menomazione all'integrità di cui è portatrice _____. Rimane il fatto che, nel caso di specie, riveste una particolare importanza la circostanza che i disturbi soggettivamente risentiti dall'assicurata al piede destro, non hanno trovato una sufficiente correlazione sul piano oggettivo. Ora, se si tenesse conto di disturbi (soltanto) soggettivamente risentiti da un assicurato, non si giungerebbe più ad una valutazione astratta e egualitaria di una menomazione all'integrità. La decisione su opposizione impugnata deve dunque essere confermata anche su questo punto.

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