

TI_GERICHTE 35.2006.1 vom 21. März 2006

TI Tribunale d'appello, 2006-03-21, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2006.1

FR: TI_GERICHTE 35.2006.1 du 21 mars 2006

IT: TI_GERICHTE 35.2006.1 del 21 marzo 2006

Regeste

Vittima di 2 infortuni con interessamento ginocchio destro e spalla sinistra. Ammessa estinzione nesso causale naturale per disturbi alla spalla sinistra. Negato diritto rendita d'invalidità e IMI, tenuto conto dei soli disturbi oggettivabili al ginocchio destro.

Erwägungen

E. 5

b/bb, 118 V 286 e 117 V 365 in fine; cfr., pure, U. Meyer-Blaser, Kausalitätsfragen aus dem Gebiet des Sozialversicherungsrechts, in SZS 2/1994, p. 104s. e M. Frésard, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], n. 39). 2.2.3. Per quanto riguarda i disturbi alla colonna lombo-sacrale, direttamente interessata dall'evento infortunistico del 13 febbraio 2003 (cfr. doc. 10 - inc. CO 1 2), in data 5 luglio 2004, l'insorgente è stata sottoposta a un esame di RMN che ha mostrato, a livello di L5/S1, una, citiamo: "marcata osteocondrosi con alterazioni Modic tipo II, bulging diffuso, conflitto foraminale/extraforaminale con L5 dx. Non restringimento del canale lombare. Per il resto dischi intervertebrali nei limiti della norma senza ernie o bulging significativi." (doc. 47 - inc. CO 1 2). Interpellato dall'CO 1 a proposito dell'eziologia dei reperti posti in evidenza dal citato esame strumentale per immagini, il dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica, autore dell'intervento chirurgico dell'11 giugno 2004 al ginocchio destro, ha negato l'esistenza di una relazione di causalità naturale con il sinistro del febbraio 2003: "Non vi sono ernie e giudico la presenza della marcata osteocondrosi non di origine traumatica. Il contatto radicolare L5 a destra può spiegare bene gli episodi sciatalgici a destra, non vi è però relazione causale tra questi sintomi e l'avvenimento infortunistico del 16.02.2003." (doc. 83 - inc. CO 1 2) Questo Tribunale, vista l'assenza di pareri medici contrari, non ha valide ragioni per scostarsi dalla valutazione espressa dal dott. _____, medico-specialista curante della ricorrente, motivo per cui è a ragione che l'Istituto assicuratore convenuto ha negato la propria responsabilità relativamente alla problematica lombo-sacrale. 2.2.4. La spalla sinistra è rimasta coinvolta nell'evento infortunistico del 29 ottobre 2004, quando l'assicurata ha riportato un trauma distorsivo (doc. 7 - inc. CO 1 1). In data 30 novembre 2004, è stata eseguita un'artro-RMN della spalla sinistra che ha posto in luce, citiamo: "irregolarità compatibile con piccole lesioni al bordo superiore del subscapolare nella zona dell'intervallo verso il sopraspinato. Non vi sono indizi per rotture trasmurali della cuffia dei rotatori." (doc. 6 - inc. CO 1 1). In occasione della visita fiduciaria di controllo del 20 gennaio 2005, il dott. _____, spec. FMH in ortopedia e chirurgia ortopedica, ha segnatamente rilevato che tra le immagini dell'artro-RMN effettuata posteriormente al sinistro del mese di ottobre 1997 (il 14 settembre 1999) e quelle dell'artro-RMN del 30 novembre 2004, non compaiono differenze di rilievo, ciò che gli ha consentito di escludere

l'insorgenza di lesioni strutturali imputabili all'evento del 29 ottobre 2004. Quindi, secondo il medico _____, il sinistro in discussione ha provocato un aggravamento soltanto passeggero dello stato preesistente della spalla sinistra, con lo status quo ante/sine ritrovato a far tempo dal 6 maggio 2005, al termine dell'ultimo ciclo di fisioterapia assunto dall'CO 1 (cfr. doc. 65). Va ancora sottolineato che - a prescindere dall'eziologia dei disturbi alla spalla sinistra - lo stesso dott. _____, in occasione della visita medica del 4 novembre 2004, aveva dichiarato RI 1 abile al lavoro al 50% dall'8 novembre 2004 e in misura completa dal 22 novembre 2004 (doc. 55, p. 2), valutazione che egli ha peraltro ribadito il 20 gennaio 2005 (doc. 65, p. 2: "La paziente rimane abile al 100% come già stabilito in occasione della visita del 4.11.2004."). Chiamato a pronunciarsi, il TCA ritiene che l'apprezzamento espresso dal dott. _____, specialista nella materia che qui interessa, secondo cui il nesso di causalità naturale tra la problematica alla spalla sinistra e l'evento del 29 ottobre 2004 è venuto meno a decorrere dal mese di maggio 2005, con un'abilità lavorativa totale comunque già ritrovata a far tempo dal 22 novembre 2004, possa validamente costituire da supporto probatorio al presente giudizio, senza che si riveli necessario procedere a degli ulteriori atti istruttori (perizia medica giudiziaria). Questa Corte attribuisce un significato particolare al fatto che il confronto delle immagini delle artro-RMN, disposte prima e dopo il sinistro in questione, ha consentito di escludere la presenza di lesioni traumatiche, ciò che conferma la tesi del peggioramento transitorio, difesa dal medico fiduciario dell'assicuratore LAINF. Il fatto che l'assicurata continui ad accusare dolori a livello della spalla sinistra non è determinante (doc. 9 – inc. CO 1 I e I, p. 3; cfr., tuttavia, il certificato 14.9.2005 del dott. _____ [doc. B]), in cui si fa stato unicamente di disturbi localizzati al ginocchio destro). Al riguardo, va osservato che 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). In effetti, nei casi in cui i dolori avvertiti da un assicurato non possono trovare una sufficiente correlazione sul piano oggettivo, la decisione non può che essere sfavorevole all'interessato (cfr., in questo senso, la STCA del 22 settembre 2003 nella causa B., inc. 35.2002.4; del 28 luglio 2003 nella causa T.-K., inc. n. 35.2003.26, del 13 settembre 2001 nella causa C., inc. n. 35.1999.90, confermata dal TFA con sentenza del 9 gennaio 2003, U 347/01, del 21 settembre 2000 nella causa P., inc. n. 35.1998.57, confermata dal TFA con giudizio del 13 marzo 2001, U 429/00, del 22 febbraio 1999 nella causa D., inc. n. 35.1998.61 e del 19 febbraio 1999 nella causa A., inc. n. 35.1998.10; cfr. inoltre, U. Meyer-Blaser, art. cit., p. 105s.: "Lässt sich der medizinisch-wissenschaftliche Beweis für das Vorliegen organischer Befunde, ihrer Verantwortlichkeit für die vorhandenen Beschwerden und die Ursächlichkeit der unfallmässigen Einwirkung zum Eintritt des organischen Befundes, nach derzeitigem Wissensstand, in einem konkreten Fall, trotz sorgfältigen Abklärungen, nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit beweisen, entfällt insofern die Leistungspflicht der Unfallversicherer ohne weiteres." - la sottolineatura è del redattore). Nella concreta evenienza, in occasione della visita di chiusura dei progressi infortuni alla (medesima) spalla sinistra (visita dell'11 marzo 2002), il dott. _____, all'epoca medico _____ dell'CO 1, aveva già allora evidenziato la presenza di una " netta discrepanza " tra i disturbi soggettivamente risentiti dall'assicurata e il referto oggettivato grazie a un intervento artroscopico (cfr. STCA del 6.2.2003, consid. 2.4., p. 7). Fondandosi proprio sullo stato oggettivabile, RI 1 era stata dichiarata in grado di riprendere, a tempo pieno e

con un rendimento completo, l'esercizio della sua originaria professione di cassiera presso un grande magazzino. Ora, considerato che la situazione oggettivabile a livello della spalla sinistra non ha subito cambiamenti di rilievo dopo il sinistro del 29 ottobre 2004, non vi è motivo di dubitare che, a partire dal 22 novembre 2004, esauritasi la fase acuta provocata dalla distorsione, l'insorgente abbia ritrovato una piena capacità lavorativa nell'attività di cassiera, così come questo Tribunale aveva avuto modo di accertare con la menzionata sentenza del 6 febbraio 2003.

2.3. Appurato che i disturbi al rachide lombo-sacrale e quelli alla spalla sinistra non rappresentano (più) una conseguenza naturale degli infortuni assicurati, al TCA non rimane che da valutare se l'assicuratore infortuni convenuto ha correttamente negato a RI 1 il diritto alle prestazioni di lunga durata (rendita di invalidità e IMI) tenuto conto dei soli postumi residuali al ginocchio destro, interessato dall'infortunio del 13 febbraio 2003.

2.3.1. Diritto alla rendita di invalidità

2.3.1.1. Giusta l'art. 18 cpv. 1 LAINF, l'assicurato invalido (art. 8 LPGA) 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 al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. Il TFA, in una sentenza del 22 giugno 2004 nella causa G., U 192/03, pubblicata in RAMI 2004 U 529, p. 572ss., ha rilevato che l'art. 18 LAINF rinvia direttamente all'art. 8 LPGA; l'art. 8 cpv. 1 LPGA, a sua volta, corrisponde al previgente art. 18 cpv. 2 prima frase LAINF, motivo per il quale occorre concludere che non vi sono stati cambiamenti di rilievo in seguito all'introduzione della LPGA. 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. L'Alta Corte, nella sentenza del 22 giugno 2004 nella causa G., citata in precedenza, ha rilevato che anche l'art. 16 LPGA non ha modificato le modalità per la fissazione del grado di invalidità dell'assicurato previsto dai previgenti art. 28 cpv. 2 LAI e art. 18 cpv. 2 seconda frase LAINF. Nella stessa pronunzia la nostra Corte federale ha quindi concluso che anche in ambito LAINF la giurisprudenza relativa ai concetti di incapacità lavorativa, incapacità al guadagno e invalidità continua a mantenere la sua validità anche in seguito all'introduzione della LPGA. 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 che 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 20 aprile 2004 nella

causa K., I 871/02 e 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 di 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.). 2.3.1.2. Con la decisione formale del 12 agosto 2005, l'assicuratore LAINF convenuto ha negato il diritto a una rendita di invalidità, escludendo che, tenuto conto delle sole sequele oggettivamente del sinistro assicurato, la ricorrente, a contare dal 22 novembre 2004, abbia ancora presentato una qualsiasi incapacità lavorativa (e quindi lucrativa) nella sua abituale professione di cassiera (cfr. doc. 84 - inc. CO 1 2). La decisione dell'CO 1 di ritenere l'assicurata totalmente abile al lavoro si fonda sulla certificazione 11 ottobre 2004 del chirurgo ortopedico dott. _____ (doc. 52 - inc. CO 1 2: "La capacità lavorativa medico-teorica per il ginocchio come cassiera è di 100%."), rispettivamente, sul rapporto afferente alla visita fiduciaria di controllo effettuata il 4 novembre 2004 dal dott. _____ (doc. 55 - inc. CO 1 2: "Per quanto riguarda il ginocchio destro, la paziente può essere giudicata sicuramente abile nella misura del 100%, in qualità di cassiera."). Questa tesi è contestata dalla ricorrente, la quale, riferendosi a un certificato allestito dal suo medico curante, dott. _____, fa valere di essere totalmente inabile al lavoro a causa dei forti dolori che interessano ancora attualmente, in particolare, il ginocchio destro (cfr. I). Fra gli atti di causa figura effettivamente un rapporto, datato 14 settembre 2005, del dott. _____, spec. FMH in medicina generale, il cui tenore è il seguente: " Confermo di avere in cura la sopraccitata paziente già da molti anni, per vari tipi di disturbi, compresi gli infortuni del 13.2.2003 (infortunio ginocchio destro) e del 29.4.2005 (infortunio spalla sinistra). Essa si lamenta di dolori cronici del ginocchio destro con soprattutto una sensazione d'instabilità accompagnata a volte da cedimenti con conseguenti cadute. L'ultimo cedimento con caduta è avvenuto il 26.8.2005. Oggettivamente trovo un ginocchio stabile, comunque con tensione muscolare che impedisce una corretta valutazione della stabilità. Inoltre dolori diffusi, non caratteristici, forse piuttosto collegati ad una tendinopatia o borsite. E' possibile che questi disturbi siano collegati al modo inusuale di marciare della paziente, che cammina piuttosto sulla punta del piede, questo a causa dei dolori del ginocchio. Segnalo che anche a conferma di quanto asserisce la paziente. Ritengo quindi la signora RI 1 inabile al lavoro in misura da valutare, questo per dolori del ginocchio destro, stato dopo rottura del ligamento crociato, sensazione d'instabilità e - come anche asserito dal PD Dr. med. _____ nella perizia del 9.3.2005

- cattivo stato muscolare. Ricordo che la paziente prende giornalmente delle pastiglie contro i dolori a base di morfina (MST 30, 2 pastiglie al giorno). Con queste pastiglie la paziente riesce a sopportare i dolori, non può però evitare l'instabilità ed i cedimenti del ginocchio. Credo quindi che sulla base di quanto sopra bisogna riaprire il caso sia per quanto concerne la capacità lavorativa che per il trattamento. Sottolineo che si dovrà rivalutare il caso non solo sulle affermazioni della paziente (dolori e instabilità) ma soprattutto sulla base di fatti oggettivi quali lo stato dopo trauma distorsivo del ginocchio con rottura del crociato e il cattivo stato muscolare fatto osservare dallo specialista Dr. _____. Questi fatti sono inconfutabili e rendono le lamentele della paziente alquanto probabili." (doc. B) Tutto ben considerato, il TCA ritiene plausibile che RI 1 abbia ritrovato una piena capacità lavorativa nell'attività di cassiera a decorrere dal 22 novembre 2004. In primo luogo, la completa capacità lavorativa della ricorrente è stata riconosciuta, non soltanto dal medico fiduciario dell'CO 1, ma anche dal dott. _____, ossia da colui che operò il suo ginocchio destro (cfr. doc. 45 – inc. CO 1 2) e (soprattutto) che seguì da vicino il suo decorso post-operatorio. In secondo luogo, è vero che il 1° marzo 2005 RI 1 è stata visitata, su incarico dell'CO 1, dal PD dott. _____. Tuttavia, è altrettanto vero che questo specialista si è limitato a pronunciarsi riguardo all'ulteriore procedere terapeutico, senza prendere posizione in merito alla capacità lavorativa dell'assicurata (cfr. doc. 71 – inc. CO 1 2). In terzo luogo, occorre tenere in debito conto la natura delle mansioni che una cassiera è chiamata a eseguire. Si tratta di mansioni da svolgere in posizione prevalentemente seduta e che quindi permettono di risparmiare gli arti inferiori. Infine, alla certificazione del dott. _____ non può essere riconosciuto quel valore probante che l'assicurata pretende gli venga attribuito. In effetti, il curante - specialista in medicina generale e quindi non particolarmente qualificato a pronunciarsi nella materia che qui interessa - ha dichiarato la ricorrente "inabile al lavoro in misura da valutare" in modo del tutto astratto, senza alcun riferimento alla specifica attività di cassiera. D'altro canto, egli ha motivato la pretesa incapacità lavorativa della sua paziente facendo riferimento ai dolori e alla sensazione d'instabilità che essa afferma ancora risentire a livello del ginocchio destro, nonché a un cattivo stato muscolare. La sua valutazione si fonda quindi su dei disturbi a carattere prevalentemente soggettivo, rispettivamente, per quanto riguarda lo stato muscolare, su un reperto che non ha probabilmente alcuna incidenza sulla capacità lavorativa di una cassiera. Alla luce di quanto precede, nella misura in cui l'Istituto assicuratore ha negato alla ricorrente il diritto a ulteriori indennità giornaliere (rifiutando di fatto l'assegnazione di una rendita di invalidità), la decisione su opposizione impugnata merita di essere confermata.

2.3.2. Diritto all'indennità per menomazione all'integrità 2.3.2.1. Secondo l'art. 24 cpv. 1 LAINF, l'assicurato ha diritto ad un'equa indennità se, in seguito all'infortunio, accusa una menomazione importante e durevole all'integrità fisica o mentale. Tale indennità è assegnata in forma di prestazione in capitale. Essa non deve superare l'ammontare massimo del guadagno annuo assicurato all'epoca dell'infortunio ed è scalata secondo la gravità delle menomazioni. Il Consiglio federale emana disposizioni particolareggiate sul calcolo dell'indennità (art. 25 cpv. 1 e 2 LAINF).

2.3.2.2. 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).

2.3.2.3. 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 indennizzo, 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).

2.3.2.4. L'CO 1 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).

2.3.2.5. Nella concreta evenienza, l'assicuratore convenuto ha negato all'assicurata il diritto all'indennità per menomazione all'integrità, facendo riferimento all'apprezzamento del proprio medico di fiducia, dott. _____.

Infatti, il citato sanitario, nel suo rapporto del 30 marzo 2005, si è così espresso a proposito della menomazione all'integrità di cui è portatrice l'assicurata: " Si tratta di una paziente che ha subito un trauma distorsivo del ginocchio destro con rottura del legamento crociato anteriore non operato. Paziente obesa. All'esame medico-_____ del 4.11.2004, alla prova del Lachmann, peraltro abbastanza difficile da provare, mi sembrava che questo fosse completamente negativo. Anche il pivot-shift era valutato (+). Mi sembrava anche di apprezzare un arresto rigido sufficiente. In complesso la stabilità del ginocchio non mi sembrava così cattiva. La funzione raggiungeva i 120° di flessione con un deficit d'estensione di 5° riducibili a 0° passivamente. Secondo la tabella 6.2 dell'OAINF, l'instabilità medio-grave del ginocchio per rottura di uno o di entrambi i crociati è di 0-5%.

Personalmente penso che questa instabilità sia leggermente inferiore al medio-grave, ritengo quindi che la paziente non abbia diritto a un indennizzo per la menomazione all'integrità fisica riguardante il ginocchio destro." (doc. 73 – inc. CO 1 2) Questo Tribunale osserva innanzitutto che lo stato del ginocchio destro descritto dal medico fiduciario dell'CO 1 combacia con gli esiti della visita peritale eseguita dal Prof. dott. _____ il 1° marzo 2005 (doc. 71). In particolare, quest'ultimo specialista ha indicato che i test di valutazione della stabilità del ginocchio non hanno consentito di oggettivare una chiara insufficienza del legamento crociato anteriore (doc. 71 – inc. CO 1 2, p. 2: "Obschon die Patientin über rezidivierende Einknickepisoden berichtet, findet sich bei der klinischen Untersuchung kein eindeutig VKB-insuffizientes Kniegelenk rechts ." – il corsivo é del redattore). D'altra parte, anche il dott. _____ ha notato l'esistenza di un certo deficit di estensione della gamba destra. Tuttavia, egli ha pure sottolineato che RI 1 , al termine degli "esercizi ginnici" che le sono stati proposti, aveva esteso completamente l'arto, per poi ritornare, entro breve tempo, a un deficit d'estensione attivo di circa 15° (doc. 71 – inc. CO 1 2, p. 2). In secondo luogo, è utile ricordare che l'indennità per menomazione all'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, bensì da un apprezzamento medico-teorico della menomazione fisica o psichica, fatta astrazione dei fattori soggettivi (cfr. DTF 115 V 147 consid. 1, 113 V 121 consid. 4b e riferimenti ivi menzionati; RAMI 2000 U 362, p. 43; cfr., pure, Th. Frei, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, Tesi Friburgo 1998, p. 40s.). Ai fini della determinazione dell'IMI, occorre perciò fare astrazione dai disturbi soggettivamente accusati dall'assicurato che non trovano correlazione sul piano oggettivo. In effetti, se si tenesse conto di disturbi (soltanto) soggettivamente risentiti, non si giungerebbe più ad una valutazione astratta e egualitaria di una menomazione all'integrità. Di fronte alla pochezza del reperto post-traumatico oggettivato, questa Corte non ha alcun motivo di ritenere infondato l'apprezzamento espresso dal dott. _____. Del resto, la ricorrente ha sì preteso di avere diritto ad un'IMI - peraltro di un'entità manifestamente esagerata (un'IMI del 100% viene corrisposto, secondo l'Allegato 3 all'OAINF, in caso di tetraplegia!) - tuttavia essa non ha portato alcun argomento medico-scientifico pertinente a sostegno di questa sua richiesta. In conclusione, non raggiungendo la menomazione all'integrità la soglia del 5% (cfr. cifra 1 dell'Allegato 3 all'OAINF), l'assicuratore infortuni convenuto ne ha correttamente negato il relativo diritto.

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