

## **TI\_GERICHTE 35.2008.85 vom 2. April 2009**

TI Tribunale d'appello, 2009-04-02, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_35.2008.85](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2008.85)

FR: TI\_GERICHTE 35.2008.85 du 2 avril 2009

IT: TI\_GERICHTE 35.2008.85 del 2 aprile 2009

### **Regeste**

8/03 tamponam.6/08 chiuso caso:rend.100%e IMI 12.5%.Contestata IMI.Non valide ragioni per scostarsi dalla valutaz.del medico fiduc.dell'assic.LAINF:IMI 50% per aspetto somatico.50% ridotto del 75% per stato degen.preesist.Non va erogata IMI x dist.psichici(escl.del carattere durevole dell'affezione)

### **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). 2.6. 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. 2.6.1. 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. 2.6.2. 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. 2.6.3. 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. In questo contesto è utile segnalare che, in una sentenza U 394/06 del 19 febbraio 2008, il Tribunale federale ha precisato la propria giurisprudenza in materia di traumi del tipo "colpo di frusta" al rachide cervicale e, in questo ambito, ha parzialmente modificato i criteri di rilievo che, a dipendenza della gravità dell'infortunio, devono eventualmente essere considerati nella valutazione dell'adeguatezza. L'Alta Corte non ha per contro modificato i principi applicabili in caso di sviluppo psichico anormale post-infortunistico (cfr. DTF 134 V 109, consid. 6.1 e STF 8C\_209/2007 del 7 marzo 2008, consid. 1.2).

2.6.4. 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, 117 V 384, consid. 4c; RAMI 2002 U 449, p. 53ss. consid. 4a).

2.7. 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, mentale o psichica. 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).

2.8. 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, mentale o psichica, indipendentemente dalla capacità di guadagno, 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). Questi concetti sono stati ribaditi in una sentenza U 349/06 dell'11 luglio 2007 nel quale il Tribunale federale ha rilevato: " Occorre poi ricordare al ricorrente, come già spiegato dal giudice cantonale, che secondo giurisprudenza la menomazione dell'integrità è valutata in modo astratto, uguale per tutti. Da questo profilo, l'IMI si distingue quindi dall'indennità per torto morale ai sensi del diritto civile, per il quale si procede ad una valutazione individuale del danno avuto riguardo alle particolarità del caso. Contrariamente alla valutazione del torto morale secondo il diritto privato, la fissazione dell'IMI può prendere a base criteri medici di carattere generale, risultanti da esami comparativi di postumi infortunistici analoghi, senza tener conto delle specifiche limitazioni che la lesione è suscettibile di comportare per un determinato

assicurato. In altri termini, l'importo dell'IMI non dipende dalle circostanze del caso concreto, ma da una valutazione medico-teorica del danno alla salute fisica o psichica, prescindendo da fattori di carattere soggettivo ( DTF 115 V 147 consid. 1; cfr. DTF 133 V 224 ). In quest'ordine di idee, la Corte cantonale ha rettamente rilevato che la circostanza che l'insorgente, a causa delle conseguenze dell'infortunio, possa essere stato costretto a modificare le proprie abitudini di vita, non può essere presa in considerazione nella valutazione della menomazione all'integrità di cui è portatore." 2.9. Secondo 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, mentale o psichica, causate da uno o più infortuni sono concomitanti, l'indennità va calcolata in base al pregiudizio complessivo (art. 36 cpv. 3 1a frase OAINF; cfr. SVR 2008 UV Nr. 10). 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). 2.10. 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 I 102/00 del 22 agosto 2000; 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). Al riguardo in una sentenza 8C\_472/2007 del 9 giugno 2008 il Tribunale federale ha rilevato: " 3.4 La table 1.2. prévoit, en ce qui concerne l'épaule, un taux d'atteinte à l'intégrité de 30 pour cent pour une épaule bloquée en adduction, de 10 pour cent pour une épaule mobile jusqu'à 30 degrés au dessus de l'horizontale, et de 15 pour cent pour une épaule mobile jusqu'à l'horizontale. En l'espèce, il ressort des constatations du docteur E. \_\_\_\_\_ - qui se fondent sur un examen clinique approfondi et dont il n'y a pas lieu de remettre en cause l'exactitude - que la mobilité de l'épaule est réduite jusqu'à l'horizontale (l'abduction active atteint l'horizontal tandis que la flexion active est possible un peu au dessus de l'horizontal). Le taux de 15 pour cent retenu par la CNA et les premiers juges correspond dès lors bien au handicap du recourant." 2.11. Di principio, sussiste diritto ad un'indennità per menomazione dell'integrità anche quando è alterata l'integrità psichica. Al

proposito il TFA (dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale) ha osservato quanto segue: " a) Nach Art. 24 Abs. 1 UVG besteht Anspruch auf Integritätsentschädigung bei dauernd erheblichen Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität. Der Begriff der geistigen Integrität (intégrité mentale, integrità mentale) ist in einem weiten Sinne aufzufassen und umfasst - wie der anspruchsbegründende Gesundheitsschaden bei der Invalidität gemäss Art. 18 UVG (vgl. hierzu Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, S. 350) - geistige, intellektuelle und psychische Aspekte (Maurer, a.a. O., S. 414; vgl. auch Gilg/Zollinger, Die Integritätsentschädigung, S. 37, wonach als Integritätsschaden grundsätzlich jede Beeinträchtigung der "physischen und psychischen Lebenselemente des Normalmenschen" gilt). Die Begriffe "geistig" und "psychisch" werden von Gesetzgeber in der Sozialversicherung als gleichbedeutend betrachtet (vgl. etwa Art. 23 Abs. 1 und Art. 25 a MVG, wo von "psychischer Integrität" die Rede war, während Art 48 Abs. 1 des MVG vom 19.6.1992 in Anlehnung an die obligatorische Unfallversicherung von geistiger Integrität spricht, ohne dass damit eine materielle Änderung verbunden war). Wo das Gesetz den Begriff der geistigen Gesundheit verwendet, schliesst dieser die psychische Gesundheit folglich mit ein (vgl. zu Art. 2 Abs. 1 und 2 KVG; Maurer, Krankenversicherungsrecht, S. 29). Aus dem Wortlaut von Art. 24 Abs. 1 UVG lässt sich daher nicht ableiten, dass der UVG-Versicherer lediglich organisch bedingte Beeinträchtigungen der psychischen Integrität zu entschädigen hat. Vielmehr ist davon auszugehen, dass ein Anspruch grundsätzlich bei allen psychischen Störungen gegeben sein kann, seien diese organisch, endogen oder reaktiv bedingt (vgl. i.d.S auch Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, S. 414). b) Aus den Materialien zum geltenden Unfallversicherungsrecht ergeben sich keine Anhaltspunkte dafür, dass nur organisch bedingte Beeinträchtigungen der psychischen Integrität zu entschädigen sind. Dem Protokoll der Subkommission zur Vorbereitung der UVV (Sitzung vom 27. Mai 1981) lässt sich zwar entnehmen, dass die SUVA bei der Aufzählung der Versicherten Tatbestände in der Liste gemäss Anhang 3 zur UVV "äusserste Zurückhaltung" geübt hat und insbesondere die Psychoneurose und dauerndes Kopfweh nicht in die Liste aufnehmen wollte. Dies bedeutet jedoch nicht, dass alle andern, die Integrität beeinträchtigenden geistigen oder psychischen Defizite ohne organische Grundlage vom Anspruch ausgeschlossen werden sollten. Die Liste der Integritätsschäden erwähnt denn auch die mit 20% bewertete "Beeinträchtigung von psychischen Teilfunktionen wie Gedächtnis und Konzentrationsfähigkeit" ohne zu präzisieren, dass die Beeinträchtigung eine organische Grundlage aufzuweisen hat. Aus dem Umstand, dass solche Beeinträchtigungen neben dem ebenfalls genannten psychoorganischen Syndrom selbständig aufgeführt sind, ist vielmehr zu schliessen, dass eine Entschädigung auch bei ausschliesslich psychogener Ursache geschuldet ist. c) Ebenso wenig spricht das Prinzip der abstrakten und egalitären Bemessung der Integritätsschäden, wie es in der obligatorischen Unfallversicherung Geltung hat (BGE 113 V 221 Erw. 4b), für einen grundsätzlichen Ausschluss der rein psychogen bedingten Beeinträchtigungen der Integrität vom Anspruch auf Integritätsentschädigung. Wird von reinen Organ- oder Substanzverlusten (wie Verlust eines Armes oder des Gehörs) abgesehen, sind längst nicht alle körperlichen Integritätseinbussen objektiv quantifizierbar. Bei dem nach Anhang 3 zur UVV entschädigungspflichtigen psychoorganischen Syndrom kann Art und Umfang der Funktionsausfälle zwar neuropsychologisch festgestellt werden; der Schweregrad der mit der Hirnfunktionsstörung allenfalls verbundenen Wesensveränderung kann dagegen nur geschätzt werden (Tabelle 8 «Integritätsschäden bei psychischen Folgen von Hirnverletzungen» der von der SUVA herausgegebenen

Richtlinien). Gerade dieses Beispiel zeigt, dass auch psychogene Beeinträchtigungen der Integrität einer abstrakt-egalitären Bemessung des Integritätsschadens zugänglich sind. Wie Murer/Kind/Binder aufzeigen, sind schematische Bewertungen psychogener Störungen in Anlehnung an die Abstufungen bei den Hirnfunktionsstörungen durchaus möglich (SZS 38/1994 S. 195) ..." (DTF 124 V 29 consid. 3a, b e c = RAMI 1998 pag. 354 e seg. consid 3a, b e c) 2.12. In caso di affezioni psichiche è dato il diritto ad un'indennità per menomazione dell'integrità soltanto quando è possibile porre una prognosi individuale e precisa a lungo termine che escluda praticamente per tutta la vita la possibilità di un cambiamento della situazione per guarigione o miglioramento (cfr. DTF 124 V 29 consid. 4c = RAMI 1998 pag. 354 consid. 4c; STFA del 13 settembre 1999 nella causa M., U 102/99). Al riguardo l'Alta Corte si è così espressa: " ... Ausgehend vom allgemeinen Wortsinn (vgl. hiezu BROCKHAUS/WAHRIG, a.a.O., und DUDEN, a.a.O., unter dem Stichwort "unabsehbar") kann der Begriff im vorliegenden Zusammenhang entweder bedeuten, dass nicht damit zu rechnen ist, dass der Schaden dereinst wegfallen wird, oder aber, dass eine verlässliche Prognose hinsichtlich des in näherer oder fernerer Zukunft allenfalls bestehenden Schadens nicht möglich ist." (DTF 124 V 29 consid. 4c = RAMI 1998 pag. 354 consid 4c). Il TFA ha, inoltre, considerato che, certamente, questo criterio costituisce una limitazione importante nel caso di un'affezione di carattere psichico ritenuto che è difficile prevedere, nel grado della verosimiglianza richiesto, se un'affezione di questo tipo durerà tutta la vita. Tuttavia, ciò non basta, secondo il TFA, a dichiarare contrario alla legge l'art. 36 cpv. 1 prima frase OAINF che non va al di là di quanto previsto dall'art. 24 cpv. 1 LAINF. 2.13. Per accertare il carattere durevole della menomazione dell'integrità psichica, dev'essere richiamata innanzitutto la prassi applicabile qualora occorra stabilire l'esistenza di un nesso di causalità adeguata nei casi di disturbi psichici consecutivi ad infortunio. Dopo questa analisi si stabilirà se sono necessari accertamenti dal profilo psichiatrico atti a dimostrare il carattere durevole della menomazione (DTF 124 V 209 segg.; DTF 124 V 29 segg. = RAMI 1998 pag. 354 segg.). A tale proposito il TFA ha rilevato quanto segue: " ... le point de savoir si une atteinte à l'intégrité psychique a un caractère durable est essentiellement une question de fait que l'administration ou le juge, s'il y a recours, doit trancher en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Aussi l'administration et le juge ont-ils besoin - comme lorsqu'il s'agit d'examiner l'existence d'un lien de causalité naturelle dans le domaine médical - de renseignements médicaux fournis par des experts. Du point de vue juridique, peu importe qu'un diagnostic ait été posé non pas d'après la classification des affections publiées par l'Organisation mondiale de la santé sous le titre d' "ICD-10" (International Classification of Diseases) - dont le chapitre V (F) concernant les troubles psychiques a été, en 1995, recommandé par la Société suisse de psychiatrie en ce qui concerne la détermination du diagnostic - mais d'après un autre système de classification reconnu, tant que les éléments de chaque diagnostic particulier apparaissent clairs sur le vu de l'ensemble des indications et que les constatations médicales sont pertinentes eu égard au point à examiner (arrêt non publié B. du 2 mai 1997)... Dans la mesure où l'examen du caractère durable des troubles psychiques, en tant que notion juridique, est finalement une question de droit qui doit être tranchée en fonction du cas particulier... .... A la lumière de cette jurisprudence et compte tenu du fait que, selon la doctrine psychiatrique majoritaire, seuls des événements accidentels d'une gravité exceptionnelle entraînent des atteintes durables, il est objectivement justifié de prendre en considération également l'événement accidentel lui-même lorsqu'il s'agit

d'examiner le caractère durable d'une affection psychique d'origine accidentelle et de se fonder sur la pratique applicable à la question de la causalité adéquate en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident (ATF 115 V 133 ss, 403 ss). .... Conformément à cette jurisprudence et à la doctrine psychiatrique majoritaire, le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité doit être en principe nié en cas d'accident insignifiant ou de peu de gravité même si l'existence d'un lien de causalité adéquate est exceptionnellement admise. En cas d'accident de gravité moyenne également, le caractère durable de l'atteinte doit, en règle générale, être nié sans qu'il soit nécessaire de mettre en oeuvre dans chaque cas une instruction plus approfondie au sujet de la nature et du caractère durable de l'atteinte psychique. Il ne convient de s'écarter de ce principe que dans des cas exceptionnels, à savoir lorsque l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves pour autant que les pièces du dossier fassent ressortir des indices évidents d'une atteinte particulièrement grave à l'intégrité psychique, qui ne paraît pas devoir se résorber. On doit voir de tels indices dans les circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident et qui servent de critères lors de l'examen de la causalité adéquate (ATF 115 V 140 sv consid 6c, 409 sv consid 5c) pour autant qu'ils revêtent une importance et une intensité particulières et qu'en tant que facteurs stressants, ils ont de manière évidente favorisé l'installation de troubles durables toute la vie. Enfin, en cas d'accidents graves, le caractère durable de l'atteinte à la santé psychique doit toujours être examiné, au besoin par la mise en oeuvre d'une expertise psychiatrique, pour autant qu'il n'apparaisse pas déjà évident sur le vu des éléments ressortant du dossier." (DTF 124 V 209 consid 4b) ... 5bb) Im Lichte dieser Rechtsprechung und unter Berücksichtigung des Umstandes, dass nach herrschender psychiatrischer Lehrmeinung nur Unfallereignisse von aussergewöhnlicher Schwere zu dauerhaften Beeinträchtigungen der Integrität führen, erweist es sich als sachgerecht, bei der Beurteilungen der Dauerhaftigkeit psychogener Unfallfolgen ebenfalls an das Unfallereignis anzuknüpfen und von der Praxis auszugehen, wie sie für die Beurteilung der Adäquanz psychischer Unfallfolgen Geltung hat (BGE 115 V 133). Danach wird die Adäquanz bei banalen bzw. leichten Unfällen in der Regel ohne weiteres verneint und bei schweren Unfällen in der Regel bejaht; im mittleren Bereich bedarf es besonderer, objektiv erfassbarer Umstände, damit die Adäquanz bejaht werden kann (BGE 115 V 138 ff. Erw. 6). In Anlehnung an diese Praxis und die psychiatrischen Lehrmeinungen ist der Anspruch auf Integritätsentschädigung bei banalen bzw. leichten Unfällen regelmässig zu verneinen, selbst wenn die Adäquanz der Unfallfolgen ausnahmsweise bejaht wird. Auch bei Unfällen im mittleren Bereich lässt sich die Dauerhaftigkeit des Integritätsschadens in der Regel verneinen, ohne dass in jedem Einzelfall eine nähere Abklärung von Art und Dauerhaftigkeit des psychischen Schadens Vorzunehmen wäre. Etwas anders gilt nur ausnahmsweise, namentlich im Grenzbereich zu den schweren Unfällen, wenn aufgrund der Akten erhebliche Anhaltspunkte für eine besonders schwerwiegende Beeinträchtigung der psychischen Integrität bestehen, die einer Besserung nicht mehr zugänglich zu sein scheint. Solche Indizien können in den weiteren unfallbezogenen Kriterien erblickt werden, wie sie bei der Adäquanzbeurteilung zu berücksichtigen sind (BGE 115 V 140 f. Erw 6c), sofern sie besonders ausgeprägt und gehäuft gegeben sind und die Annahme nahelege, sie könnten als Stressoren eine lebenslang chronifizierende Auswirkung begünstigt haben. Bei schweren Unfällen schliesslich ist die Dauerhaftigkeit des Integritätsschadens stets zu prüfen und nötigenfalls durch ein psychiatrisches Gutachten abzuklären, sofern sie nicht bereits aufgrund der Akten als eindeutig erscheint." (DTF 124 V 29 consid. 5bb=RAMI 1998 pag. 354 consid 5bb) Pertanto, secondo la giurisprudenza, in caso di infortunio

insignificante o leggero, come pure di infortunio di grado medio, in linea di principio, il diritto all'indennità per menomazione all'integrità per conseguenze psichiche va negato, difettando il carattere durevole del danno. Una deroga a questo principio è eccezionalmente ammissibile allorché il sinistro deve essere classificato nella categoria intermedia al limite degli infortuni gravi e dagli atti risultino elementi rilevanti a favore di una menomazione dell'integrità psichica particolarmente grave il cui miglioramento non sembra più essere attuabile (cfr. STFA U 92/05 del 12 settembre 2006 consid. 3.2.; STFA U 482/05 del 3 ottobre 2006). Tali indizi possono corrispondere ai criteri da prendere in considerazione per valutare l'esistenza di un nesso di causalità adeguata nel caso di disturbi psichici consecutivi a infortunio, se essi rivestono un'importanza e un'intensità particolari e se, in quanto fattori che causano stress, hanno favorito in maniera evidente l'instaurarsi di disturbi durevoli per tutta la vita. In tal caso, come nell'ipotesi di infortuni gravi, andrà verificato dal profilo medico, mediante l'allestimento di una perizia psichiatrica, se esiste o meno un'affezione psichica che verosimilmente perdurerà con la stessa intensità per tutta la vita, a meno che ciò non risulti già in maniera evidente sulla base degli atti all'inserto (cfr. DTF 124 V 29 consid. 5bb; DTF 124 V 45 consid. 5c/bb; STFA del 20 settembre 2004 nella causa F., U 102/04, consid. 3.1.; STFA del 17 luglio 2003 nella causa F., U 302/00). Al riguardo è utile evidenziare che l'Alta Corte in una sentenza U 102/04 del 20 settembre 2004, ha confermato un precedente giudizio di questa Corte con cui a un assicurato che si era ferito alla fronte nel tagliare una tavola con una motosega era stato negato il diritto a un'IMI più elevata del 5% - grado riconosciuto per l'aspetto somatico - a causa dei disturbi psichici accusati dallo stesso. In effetti l'Alta Corte ha considerato, da un lato, che il carattere duraturo della menomazione psichica in esame poteva essere negato già solo in considerazione della documentazione agli atti, in particolare della constatazione fatta dal medico psichiatra curante dell'assicurato, secondo cui l'incidente subito aveva determinato nel paziente uno stato di disagio moderato che ne aveva intaccato l'integrità fisica e psichica. Tale constatazione escludeva, a mente del TFA, l'esistenza di una lesione particolarmente grave. Dall'altro, che il carattere persistente dell'affezione psichica faceva difetto, anche perché nessuna delle circostanze strettamente connesse all'infortunio – classificato dal TCA nella categoria degli infortuni medi e tutt'al più nella categoria degli infortuni intermedi al limite di quelli gravi – che servono da criterio per l'esame della causalità adeguata erano nel caso di specie adempiute.

2.14. Nell'evenienza concreta il 5 agosto 2003 RI 1, a bordo quale passeggera della vettura guidata dalla figlia, è rimasta vittima di un tamponamento in territorio \_\_\_\_\_. Più precisamente dal rapporto della Polizia \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ si evince che il veicolo sul quale sedeva la ricorrente, dopo essere arrivato nel centro abitato di \_\_\_\_\_ in direzione di \_\_\_\_\_ ed essersi fermato dietro il bus di linea, è stato tamponato bruscamente da tergo da un'altra auto che non si era accorta della vettura ferma. Il limite della velocità della strada, sulla quale ha avuto luogo l'incidente, corrisponde a 50 km/h (cfr. doc. 825-829). L'insorgente ha riportato un trauma cervico dorsale con meccanismo a colpo di frusta e un trauma addominale con ematoma renale a sinistra (cfr. doc. 339). Il 22 agosto 2003 è stata eseguita una TAC renale e sonografia del rene sinistro che ha posto in luce la persistenza di una modica disomogeneità del polo renale superiore sinistro apprezzabile soprattutto in ecografia dopo contusione con macroematuria pregressa, non segni per ulteriori complicazioni, una piccola cisti renale polo superiore sinistro (cfr. doc. 683). Il 3 settembre 2003 il Dr. med. \_\_\_\_\_, spec. FMH in urologia, ha attestato che sonograficamente il rene sinistro si presentava indenne, in particolare non c'era nessun ematoma extra-renale da

notare. Inoltre egli ha osservato che dalla RX dell'addome non risultava alcuna frattura delle costole. Il medico ha concluso per esiti di trauma ottuso sul fianco sinistro con consecutiva contusione renale. Egli ha pure precisato che le vie urinarie alte erano normali e che i dolori residuali erano da imputare alla contusione alle costole (cfr. doc. 334). Sul "Modulo di documentazione per prima consultazione successiva a trauma da accelerazione cranio-cervicale" il Dott. \_\_\_\_\_, che ha visitato l'assicurata il giorno stesso del sinistro (cfr. doc. 339), il 1° settembre 2003 ha indicato che la medesima ha riferito dolori cervicali bilateralmente, irradiazione del dolore al braccio destro, capogiro e nausea immediatamente, cefalee un'ora dopo il trauma (cfr. doc. 335). Il Dr. med. \_\_\_\_\_, FMH in chirurgia, su richiesta de CO 1 ha esaminato l'insorgente, per la prima volta, il 25 novembre 2003. Nel relativo rapporto il medico, per quanto riguarda i disturbi a livello cervicale, ha indicato, da una parte, che esisteva ancora un nesso di causalità con l'infortunio dell'agosto 2003. Dall'altra, che le importanti discopatie multisegmentali con quattro ernie discali presentate dall'assicurata erano certamente preesistenti (cfr. doc. 551). Dalla RM e RX oblique della colonna cervicale eseguite il 3 dicembre 2003 sono emerse delle discopatie plurisegmentali con ernia discale paramediana-foraminale destra C3-C4, ernia discale paramediana sinistra C4-C5, piccola ernia discale a base larga C5-C6 e importante ernia discale mediana e biforamminale C6-C7 con stenosi secondaria del canale spinale che causano delle impronte sul midollo ma senza segni diretti di mielopatie (cfr. doc. 324). Il Dr. med. \_\_\_\_\_, spec. FMH in neurochirurgia, relativamente al consulto dell'8 gennaio 2004, ha indicato che l'assicurata presentava una sindrome cervicale e rachialgia, commotio cerebri e sospetto di commotio spinalis in st. d. infortunio della circolazione del 5 agosto 2003. Egli ha poi precisato che dalle radiografie convenzionali effettuate direttamente dopo l'infortunio non risultava alcuna patologia degenerativa e che la RM a distanza di quattro mesi confermava unicamente un'incipiente discopatia e dei prolassi mediali e laterali in quattro livelli. Lo specialista ha puntualizzato al riguardo che ciò era difficilmente compatibile con un trauma cervicale che normalmente interessa 1, al massimo 2 livelli, ma che tuttavia, tenendo conto del fatto che l'assicurata ha avuto una sintomatologia con vertigini, nausea, vomito e problemi neurologici alle braccia suggestionabili per una commotio spinalis, non era da escludere che il trauma fosse stato sufficientemente violento per causare dei problemi plurisegmentali (cfr. doc. 322). La ricorrente, dal 26 gennaio al 17 febbraio 2004, è stata degente presso la Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ su indicazione del Dr. med. \_\_\_\_\_ per una cura riabilitativa (cfr. doc. 303, 544). Dal rapporto d'uscita emerge, segnatamente, che: " (...) Il decorso è risultato altalenante con periodi di miglioramento seguiti da peggioramento sintomatologico, ma negli ultimi giorni riferiva un discreto miglioramento dei dolori soprattutto alle spalle e sembra che le applicazioni di peloidi calde abbiano favorito maggiormente tale aspetto positivo. Purtroppo non è stato possibile stabilizzare i risultati ottenuti, in quanto la paziente continua ad accusare riesacerbazioni dolorose improvvise e inaspettate con associati disturbi neurovegetativi e calo dell'umore." (Doc. 304) Il 1° aprile 2004 è stata esperita un'ecografia articolare destra e sinistra delle spalle. Dal relativo referto risulta che d'ambo i lati si è osservata la presenza di conservato spessore della cuffia dei rotatori senza evidenti versamenti liquidi periarticolari. A sinistra si sono osservate due formazioni iperecogene perifericamente al tendine del capolungo del bicipite con diametro di 2 e 3 mm compatibili con calcificazioni. Inoltre in corrispondenza della borsa sottodeltoidea di sinistra si è osservato un ispessimento della borsa stessa con contenuto sovra liquido denso (cfr. doc. 302). L'insorgente, il 7 aprile 2004, è stata nuovamente esaminata dal Dr. med.

\_\_\_\_\_, nonché dalla Dr. med. \_\_\_\_\_, FMH in psichiatria e psicoterapia. Dal relativo referto si evince che: " (...) Esiste una reazione depressiva nell'ambito di una sindrome da disadattamento e una cervicobrachialgia destra cronica con importante diminuzione della mobilità della colonna cervicale. Preesistente all'infortunio una grave affezione degenerativa della colonna cervicale con discopatie cervicali multisegmentali, con ernie discali C3-C4 a destra, C4-C5 a sinistra, ernia discale a base larga C5-C6 e importante ernia discale mediana e biforamiale C6-C7 con stenosi secondaria del canale spinale. Secondo la perizia della psichiatra la paziente non ha un'affezione psichica ereditaria, rispettivamente nel suo curriculum vitae. Nell'ambito dell'infortunio del 5.8.03 ha sviluppato una depressione da disadattamento. L'infortunio del 5.8.03 ha colpito una colonna cervicale che era già danneggiata in modo importante, con discopatie multisegmentali con quattro ernie discali da C3 fino a C7. Le cure somatiche fino ad ora non hanno portato a un miglioramento significativo. Si assiste piuttosto a una cronicizzazione della cervico-brachialgia destra." (Do.c 529) Il 28 aprile 2004 è stata effettuata una nuova RM della colonna cervicale, una radiografia statica e dinamica del rachide cervicale, come pure una TAC cervicale nativa. I rilievi erano sostanzialmente sovrapponibili a quelli della RM precedente ad esclusione di una possibile irritazione radicolare C7 a sinistra e di segni di instabilità di origine postraumatica rilevabili alle RX dinamiche del rachide cervicale (cfr. doc. 289, 278). L'assicurata, dal 26 aprile al 4 giugno 2004, è stata degente presso la Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_. Nel rapporto d'uscita è stato indicato che: " (...) Col programma riabilitativo seguito integrato da apporto di una piccola dose di Amitriptilina, AINS e mesoterapia antalgica mirata, la paziente ha presentato un lento e progressivo miglioramento, recuperando una miglior condizione generale e una migliore mobilità del tratto cervicale, del rachide in toto e delle spalle. Sono andati migliorando anche i dolori e le irradiazioni dolorose agli arti superiori prima avvertite, che le consentono di sollevare attivamente gli arti superiori, seppure avvertendo dolori. Migliorato anche il senso di nausea ai movimenti del capo. Purtroppo persiste deficit di forza alla prensione della mano sx, associato a un deficit d'estensione del 4-5 raggio." (Doc. 278). L'assicurata, durante la degenza presso la Clinica \_\_\_\_\_, è stata valutata anche dal profilo neuropsicologico come segue: " L'esame neuropsicologico ha evidenziato una sintomatologia ansioso-depressiva di entità lieve-moderata di origine reattiva e delle difficoltà di controllo attentivo in una prova di attenzione selettiva con la presenza di numerosi falsi allarmi. Tale performance può essere, almeno in parte, spiegata dalla sintomatologia ansiosa. Le restanti funzioni cognitive sono tutte nella norma." (Doc. 281) L'assicurata è stata sottoposta a una visita fisiatica di controllo presso la Clinica \_\_\_\_\_ il 10 novembre 2004. È stato riscontrato che il rachide cervicale presentava un'articolazione limitata su tutti i piani di movimento, ma soprattutto in estensione, in flessione, nelle inclinazioni laterali, mentre apparivano migliorate le rotazioni. La digitopressione a livello delle inserzioni occipitali e dei processi spinosi delle vertebre cervicali evocava vivo dolore. La contrattura delle masse muscolari paravertebrali e dei fasci superiori del muscolo trapezio appariva diminuita, pur persistendo ancora vari trigger point a sinistra. A livello degli arti inferiori non è stato rilevato nulla di patologico, fatta eccezione per un deficit scenico a carico del muscolo quadricipite, di nuova insorgenza (cfr. doc. 254-255). Il 21 marzo 2005 è stata eseguita un'ulteriore RM e RX cervicale, da cui è emerso: " Nota stenosi del canale spinale tra C3 e C7 con mielopatia compressiva (benché non vi sono alterazioni del segnale nel midollo stesso) e già documentata sporgenza (...). Rispetto all'esame precedente vi sembra più compressione a livello C6-C7 prima

dell'ingresso del neuroforame, quest'ultimo già stenotico a causa di uncartrosi. Vi è chiaro enhancement patologico in questa sede (i 21 se 500) indicando una componente di ernia lussata in questa sede. Agli altri livelli quadro più o meno stabile.” (Doc. 229) Il Dr. med. \_\_\_\_\_ ha ulteriormente visitato l'assicurata l'8 aprile 2005. Il medico ha indicato che sussisteva ancora un nesso di causalità probabile con l'infortunio dell'agosto 2003, che esisteva un'importante discopatia con ernie discali da C3 fino a C7 preesistente e che almeno il 50% della sintomatologia accusata a quel momento era dovuta a un fattore di malattia (cfr. doc. 514). La ricorrente, il 3 maggio 2005, è stata sottoposta a un intervento di discectomia a livello C6-C7 presso l'Unità operativa semplice a valenza Dipartimentale di chirurgia spinale di \_\_\_\_\_ (cfr. doc. 218). La RM della colonna cervicale di controllo effettuata presso l'Istituto radiologico \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ ha posto in luce: " - Evidente miglioramento della situazione a livello operato C6-C7. - Persiste stenosi del canale spinale a livello C4-C5 prevalentemente dovuta a un'ernia lussata in sede paramediana sinistra con compressione diretta sul midollo spinale e evidentemente anche associate formazioni di Hard bar. - Invariata la situazione a livello C3-C4 e C5-C6” (Doc. 187) Dal referto della TAC della colonna cervicale e vertebrale del 14 novembre 2005 risulta che: " Il diametro sagittale del canale vertebrale osseo a livello C6-C7 risulta minimamente ridotto e misura 10 mm. Vi è una lieve stenosi del recesso vertebrale di sinistra. A livello C4-C5 il diametro sagittale misura 11mm. Vi è una discopatia C4-C5 con una spondilosi dorso-laterale sinistra e conseguente impressione del sacco durale. Spondilartrosi ed uncartrosi C4-C5 e C5-C6 bilaterale con minima stenosi dei forami di coniugazione a destra.” (Doc. 168) Nel rapporto afferente alla visita del 27 marzo 2006 allestito dal Dr. med. \_\_\_\_\_ unicamente il 20 novembre 2006 è stato affermato, dapprima, che non erano da escludere in futuro altri interventi di stabilizzazione della colonna cervicale, per la compressione del midollo spinale ma che comunque con grande probabilità l'assicurata non avrebbe ripreso mai più una capacità lavorativa remunerabile. Inoltre è stato attestato che l'incidente dell'agosto 2003 ha peggiorato una sintomatologia preesistente con grave degenerazione della colonna cervicale in modo direzionale, che con grande probabilità le diverse ernie discali erano preesistenti al sinistro ma ancora asintomatiche, che lo status quo sine non era mai più stato raggiunto e che la cervico-brachialgia bilaterale cronica - con intermittenti segni sensibili di irritazione in uno stato dopo asportazione di un'ernia discale C6-C7 con spondilodesi intersomatica con cage, con dolori persistenti non permettenti un carico accessorio e presenti anche di notte a riposo - comportava una menomazione dell'integrità fisica del 50%. A quest'ultimo riguardo è stato specificato che, visto che la maggior parte della patologia della colonna cervicale era preesistente (75%) e che ¼ era dovuto al peggioramento direzionale della situazione clinica, la menomazione dell'integrità remunerabile ammontava al 12.5% (cfr. doc. 4). Il 13 dicembre 2006 l'assicurata è stata nuovamente operata a causa di ernie discali cervicali, e meglio a livello C3-C4 e C4-C5 è stata eseguita un'operazione di microdiscectomia presso l'\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ (cfr. 94, 96, 97). La TAC alla colonna cervicale eseguita il 14 dicembre 2006 ha escluso complicanze postoperatorie e documentato il corretto posizionamento delle cage intersomatiche (cfr. doc. 97). Il 14 febbraio 2007 è poi stata esperita un'ulteriore RM-colonna cervicale, la quale ha rilevato un quadro identico a quello riscontrato con la TAC del dicembre 2006 (cfr. doc. 81). Dal referto della RX colonna dorsale e lombare AP e laterale – RM lombo-sacrale del 22 maggio 2007 si evince che: " Note degenerative con ernia discale mediana D12-L1, ernia discale paramediana sinistra L1-L2, stenosi secondaria del canale spinale L4-L5 di lieve entità e reazioni infiammatorie

interspinose L4-L5, L5-S1. Modiche turbe statiche dorsali.” (Doc. 74) Sempre presso l’ \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ è stato effettuato un intervento di microdiscectomia L1-L2 il 6 settembre 2007 e un’operazione di asportazione di ernia discale T 12-L1 il 15 ottobre 2007 (cfr. doc. 26, 8). Da un rapporto del 27 dicembre 2007 della Clinica \_\_\_\_\_ emerge, in primo luogo, che il rachide cervicale si presentava limitato su tutti i piani di movimento, con dolore ai massimi gradi di escursione articolare, mentre il rachide L/S appariva limitato prevalentemente nella flessione anteriore. In secondo luogo, dal lato neurologico, che i ROT erano normoevocabili agli arti superiori, iperevocabili ma simmetrici a livello rotuleo, normoevocabili gli achillei, mentre il segno di Lasègue si presentava ancora positivo a 60° bilateralmente. Il deficit sensitivo cutaneo era presente all’arto superiore sinistro nel dermatomero di C5 e nel territorio del nervo ulnare alla mano, all’arto superiore destro nel dermatomero di C5 e nel territorio del nervo ulnare/radiale/mediano alla mano. Agli arti inferiori l’ipoestesia interessava il dermatomero di L5 a sinistra e la regione interna della coscia a destra, mentre all’esame della regione perineale, si evidenziava ancora un deficit sensitivo all’emilato sinistro e un tono sfinteriale normalizzato (cfr. doc. 8 = B2). Dalle conclusioni della RM al rachide intero eseguita il 20 dicembre 2007, per quanto attiene al livello cervicale, risulta che: " Erniazione discale a livello C3-C4 in sede centrale soprattutto paramediana destra con liscia indentazione sul midollo spinale. Agli altri livelli buon esito.” (Doc. 6) Relativamente al livello dorsale e lombare si evince che: " - Rimasto un frammento trattenuto retrosomatico di Th12 in sede paramediana destra con deviazione più che compressione del cono. - Non spiegazione per la sintomatologia dal lato sinistro. Buon esito degli interventi a livello dorsale in modo particolare ai livelli discali Th12-L1, L1-L2. - Mini fistola durale (DAVF) con vasi prominenti perimidollari lungo il midollo dorsale inferiore ma probabilmente asintomatica in mancanza di un edema o tumefazione del midollo stesso” (Doc. 7) 2.15. Per quanto concerne l’aspetto somatico della menomazione dell’integrità, questo Tribunale chiamato a pronunciarsi su una questione di carattere medico, non ha valide ragioni per scostarsi dall’apprezzamento del Dr. med. \_\_\_\_\_ - sanitario che vanta un’ampia esperienza in materia di medicina infortunistica e assicurativa -, sul quale si è fondata CO 1. In tale contesto va innanzitutto ricordato 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. STF U 349/06 dell’ 11 luglio 2007 consid. 6; RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STFA dell’8 luglio 2003 nella causa B., U 259/02, consid. 2.1.1; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in BJM 1989, p. 30ss.). Il TFA ha stabilito che quando, nell’ambito della procedura amministrativa, una perizia ordinata ad un medico indipendente è eseguita da uno specialista riconosciuto, sulla base di investigazioni approfondite e complete, nonché in piena conoscenza dell’incarto, e che l’esperto perviene a delle conclusioni convincenti, il Tribunale non deve scostarsene se non vi è alcun indizio concreto che consenta di dubitare della loro fondatezza (cfr., pure, STFA del 10 luglio 2003 nella causa C., U 168/02, consid. 3.2.2 e del 19 aprile 2000 nella causa S., U 264/99, consid. 3b). In una sentenza dell’8 luglio 2003 nella causa B., U 259/02, l’Alta Corte ha inoltre deciso 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. Il TFA ha infine deciso che la circostanza che il medico di fiducia si sia pronunciato dopo che l’affare è divenuto contenzioso, non è, di per sé, sufficiente a

suscitare dei dubbi circa la sua imparzialità (cfr. STFA dell'8 settembre 2000 nella causa C., U 291/99). Infine, per quel che concerne il 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 sollevate dalla persona esaminata, che sia stato redatto in piena conoscenza dell'anamnesi, che sia chiaro nella presentazione del contesto medico e che le conclusioni dell'esperto siano motivate (cfr. SVR 2002 IV Nr. 21 p. 63; DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191ss.; DTF 122 V 160ss, consid. 1c e riferimenti). L'elemento rilevante per decidere circa il valore probante, non è né l'origine del mezzo di prova né la sua designazione quale rapporto oppure quale perizia, ma semplicemente il suo contenuto (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti).

2.16. Questa Corte ritiene che la valutazione dell'IMI effettuata dal medico fiduciario de CO 1 adempia i presupposti stabiliti dalla giurisprudenza federale per riconoscere forza probante a un rapporto medico. In particolare il Dr. med. \_\_\_\_\_ ha espresso il suo apprezzamento generale e le ragioni che lo hanno portato a valutare al 12.5% l'indennità per menomazione dell'integrità (menomazione del 50% ridotta del 75% a causa della patologia preesistente; cfr. doc. 4) in modo chiaro, motivato e convincente, dopo aver proceduto più volte a esaminare approfonditamente l'assicurata. Preliminarmente va osservato che dalle carte processuali emerge che il trauma addominale con edema renale riportato in occasione del sinistro dell'agosto 2003 si è risolto senza conseguenze. Già nel settembre 2003 l'urologo Dr. med. \_\_\_\_\_ ha attestato che sonograficamente il rene sinistro si presentava indenne e che dalla RX dell'addome non risultava alcuna frattura delle costole. Lo specialista ha concluso che i dolori residui erano da imputare alla contusione alle costole (cfr. doc. 334). L'insorgente non ha, d'altronde, più lamentato disturbi a questo livello perlomeno dalla fine del 2007, come si evince dal rapporto del 27 dicembre 2007 della Clinica \_\_\_\_\_ (cfr. doc. B2) e dalla certificazione del 14 gennaio 2008 del Dott. \_\_\_\_\_ dell' \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ (cfr. doc. B1). Relativamente ai disturbi alla colonna cervicale, è vero che il Dr. med. \_\_\_\_\_ ha espresso la propria valutazione nel marzo 2006 (cfr. doc. 4), dopo l'intervento di discectomia a livello C6-C7 del maggio 2005 (cfr. consid. 1.2.), ma prima dell'operazione a livello C3-C4 e C4-C5 del dicembre 2006 (cfr. consid. 1.4.). E' altrettanto vero, tuttavia, che lo stato di salute della ricorrente, da quel profilo, è stato comunque considerato stabilizzato già precedentemente all'intervento citato. Il Dr. med. \_\_\_\_\_ ha indicato che non erano da escludere per il futuro ulteriori interventi alla colonna cervicale, pur specificando che con grande probabilità l'assicurata non avrebbe in ogni caso più ripreso un'attività lavorativa remunerabile (cfr. doc. 4). La situazione della colonna cervicale della ricorrente, successivamente all'intervento del dicembre 2006, non risulta del resto cambiata in modo rilevante. L'assicurata, al contrario, ha continuato ad accusare dolori e limitazioni funzionali, come pure ad avere difficoltà a eseguire anche le normali attività domestiche (cfr. doc. B1, B2). In proposito è utile ribadire, da una parte, che il diritto alle prestazioni di corta durata (indennità giornaliere e cure) cessa - e quindi il caso va definito relativamente all'eventuale diritto alla rendita e all'IMI - qualora dalla continuazione delle cure non sia da attendersi un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato. Dall'altra, soprattutto, che la questione del "sensibile miglioramento" deve essere esaminata in funzione dell'entità del previsto aumento oppure del ripristino della capacità lavorativa, nella misura in cui quest'ultima è pregiudicata dalle sequele infortunistiche (cfr. DTF 134 V 109 consid. 4.3 e riferimenti). Pertanto l'operato del medico fiduciario dell'assicuratore resistente che nel marzo 2006 ha determinato la menomazione all'integrità presentata dall'assicurata non si rivela prematura.

La Tabella delle menomazioni dell'integrità di cui all'Allegato 3 all'OAINF contempla per la compromissione molto grave e dolorosa della funzione della colonna vertebrale un'IMI del 50%. Inoltre la Tabella 7.2 relativa alle affezioni alla colonna vertebrale nel caso di "Diskushernie, nachgewiesen, inkl. Osteochondrose, Schulter-Hand Syndrom, radikuläre Ischias, Causa-equina-Syndrom" prevede dei gradi differenti di IMI sulla base di una scala del dolore e dei disturbi accusati (scala da 0 a +++). Per l'eventualità più grave, ossia con forti dolori durevoli anche di notte e a riposo, impossibilità di sforzi supplementari e periodo lungo per ristabilirsi se i dolori aumentano (scala +++), viene assegnata un'IMI del 20-40(50%). In simili condizioni, ritenuti lo stato di salute della colonna cervicale della ricorrente e l'assenza di certificazioni mediche che pongano in serio dubbio la valutazione del Dr. med. \_\_\_\_\_, la determinazione di un'IMI del 50% per le affezioni dell'assicurata risulta giustificata. La percentuale del 50%, come verrà spiegato nel seguente considerando, in virtù dell'art. 36 cpv. 2 LAINF, deve poi essere ridotta. 2.17. Secondo l'art. 36 cpv. 2 LAINF, le rendite di invalidità, le indennità per menomazione all'integrità e le rendite per superstiti sono adeguatamente ridotte se il danno alla salute o la morte è solo in parte imputabile all'infortunio (prima frase). Per la riduzione delle rendite non si terrà tuttavia conto delle affezioni anteriori non pregiudizievoli alla capacità di guadagno (seconda frase). L'applicazione di questa disposizione presuppone che l'infortunio ed un evento non assicurato abbiano causato assieme il danno alla salute. Per contro, l'art. 36 cpv. 2 LAINF, non è applicabile quando l'infortunio e l'evento non assicurato abbiano provocato dei danni senza correlazione reciproca, che necessitano di terapie differenti, ad esempio, perché interessano parti diverse del corpo. In questo caso, le conseguenze dell'infortunio assicurato vanno valutate separatamente (cfr. DTF 126 V 117 consid. 3a, 121 V 333 consid. 3c, 113 V 58 consid. 2 ed i riferimenti ivi menzionati). In una sentenza U 374/06 del 29 giugno 2007, pubblicata in SVR 2008 UV Nr. 6 pag. 19, il TF ha stabilito che la seconda frase dell'art. 36 cpv. 2 LAINF, secondo la quale, come visto, per la riduzione delle rendite non si terrà conto delle affezioni anteriori non pregiudizievoli alla capacità di guadagno, non è applicabile alle indennità per menomazione all'integrità. In effetti la nozione di capacità di guadagno non riguarda l'IMI. Pertanto, allorché risultino affezioni preesistenti, l'IMI deve essere determinata dapprima complessivamente, a prescindere dalla circostanza che le affezioni siano o meno pregiudizievoli per la capacità di guadagno. In seguito il tasso dell'IMI sarà ridotto sulla base delle singole problematiche di origine extratraumatica. Nel caso di specie l'assicuratore LAINF resistente, fondandosi su quanto indicato dal Dr. med. \_\_\_\_\_ (cfr. doc. 4), ha ridotto il grado dell'IMI del 75% (cfr. doc. A1). Il medico fiduciario ha in particolare rilevato che il 75% della patologia alla colonna cervicale è preesistente al sinistro dell'agosto 2003, mentre il 25% (1/4) è dovuto al peggioramento direzionale provocato dall'infortunio (cfr. doc. 4). Il TCA ritiene di poter aderire alla valutazione del Dr. med. \_\_\_\_\_. Al riguardo, in primo luogo, giova evidenziare che se, da un lato, il Dr. med. \_\_\_\_\_, nel gennaio 2004 ha indicato che dalle radiografie convenzionali eseguite direttamente dopo l'infortunio non risultava alcuna patologia degenerativa (cfr. doc. 322), dall'altro, l'esame diagnostico di scelta per verificare la presenza o meno di discopatie è la RM. Quest'ultima permette di visualizzare la struttura discale non direttamente visibile con le radiografie standard, né con la TAC (cfr. www.\_\_\_\_\_ .it ; www. \_\_\_\_\_ et ). Per quanto concerne il referto della RM esperita nel dicembre 2003, va osservato che lo stesso ha posto in luce delle ernie discali cervicali, ma nulla ha precisato circa la presenza di aspetti degenerativi o traumatici (cfr. doc. 324). In secondo luogo, va rilevato che la ricorrente non ha prodotto alcuna

attestazione medica in senso contrario. Pertanto, ritenuta la preesistenza di uno stato degenerativo, a mente del TCA appare giustificato, conformemente all'art. 36 cpv. 2 LAINF, ridurre l'IMI del 75%, come proposto dal Dr. med. \_\_\_\_\_, portandola al 12.5%, dato che il danno alla salute patito dalla ricorrente è solo in parte imputabile all'infortunio. 2.18. Ne discende, senza che si riveli necessario esperire ulteriori provvedimenti probatori, che per quanto attiene all'aspetto somatico la concessione di un'IMI del 12.5% all'insorgente da parte de CO 1 non presta il fianco a critiche. 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. STF U 349/06 dell'11 luglio 2007 consid. 6; STFA dell'11 dicembre 2003 nella causa R., U 239/02; 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). 2.19. La ricorrente ha chiesto un'IMI aggiuntiva del 35% in relazione ai disturbi psichici di cui è affetta (cfr. doc. I). L'assicurata ha sofferto effettivamente di una problematica psichiatrica, che nell'aprile 2004 è stata diagnosticata quale reazione depressiva prolungata nell'ambito di una sindrome da disadattamento (ICD 10 F 43.21) in seguito a infortunio invalidante (cfr. doc. 525, 531). Dalla documentazione agli atti non risulta con chiarezza se l'assicurata al momento della chiusura del caso presentasse ancora dei disturbi psichici. Comunque in caso di disturbi psichici, in relazione di causalità con l'infortunio in questione, un assicurato ha diritto a un'indennità per menomazione all'integrità, qualora sia possibile pronosticare a lungo termine l'esclusione, praticamente per tutta la vita, della possibilità di un cambiamento della situazione per guarigione o miglioramento (cfr. STFA del 21 gennaio 2004 nella causa K. (U 274/02) e consid. 2.11.). Nell'evenienza concreta, si può prescindere dall'approfondire se la ricorrente, successivamente al 2004, ha continuato a soffrire di disturbi psichici. Infatti, anche qualora l'assicurata abbia sempre lamentato una problematica psichiatrica in nesso causale naturale con l'evento traumatico dell'agosto 2003, il carattere durevole dell'affezione psichica deve essere escluso. Come esposto sopra (cfr. consid. 2.13.), per stabilire l'aspetto duraturo della menomazione all'integrità psichica e conseguentemente per valutare se sono o meno necessari ulteriori accertamenti psichiatrici, va applicata la prassi elaborata al fine di accertare l'esistenza di una relazione di causalità adeguata nel caso di disturbi psichici consecutivi a un evento traumatico. In concreto occorre, dunque, preliminarmente procedere alla qualifica dell'infortunio subita dal ricorrente. Come già indicato in precedenza, dal rapporto della Polizia \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ si evince che il veicolo sul quale sedeva la ricorrente come passeggera, dopo

essere arrivato nel centro abitato di \_\_\_\_\_ ed essersi fermato dietro il bus di linea, è stato tamponato bruscamente da tergo da un'altra auto che non si era accorta della vettura ferma. Il limite della velocità della strada, sulla quale ha avuto luogo l'incidente, corrisponde a 50 km/h (cfr. doc. 825-829). L'insorgente ha riportato un trauma cervico dorsale con meccanismo a colpo di frusta e un trauma addominale con ematoma renale a sinistra (cfr. doc. 339). Alla luce della dinamica dell'evento e delle lesioni riportate, ricordato che si deve fare astrazione da come l'assicurata ha risentito lo choc traumatico (cfr. RAMI 1999 U335, p. 209 consid. 3b/bb), l'infortunio occorso all'insorgente non può essere classificato né fra quelli leggeri, ma neppure fra quelli gravi: si tratta, a mente del TCA, di un infortunio di media gravità al limite della categoria inferiore. Tale classificazione corrisponde a una ormai consolidata prassi federale elaborata in relazione a incidenti in cui un'automobile ferma o a bassa velocità viene tamponata da un altro veicolo (cfr. STFA U 99/01 del 6 novembre 2002, consid. 4.1.: "Der erlittene Verkehrsunfall ist mit der Vorinstanz im mittleren Bereich, hier aber eher an der Grenze zu den leichten Unfällen anzusiedeln. Dies entspricht auch der Praxis des Eidgenössischen Versicherungsgerichts, welches Auffahrkollisionen auf ein haltendes Fahrzeug in der Regel als mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen qualifiziert (Urteil B. vom 22. Mai 2002, U 339/01)" – il corsivo è del redattore; cfr., pure, STFA U 128/9 del 21 giugno 1999, consid. 3 e riferimenti; U. Müller, Die Rechtsprechung des EVG zum adäquaten Kausalzusammenhang beim sog. Schleudertrauma der HWS: Leitsätze, Kasuistik und Tendenzen, in SZS 2001, p. 431ss.). G iova, inoltre, segnalare che la nostra Alta Corte ha valutato allo stesso modo un incidente della circolazione stradale in cui l'automobile guidata da un'assicurata, che transitava ad una velocità dichiarata di 45/50 km/h, è entrata in collisione con una vettura proveniente da destra. A seguito dell'urto, la prima vettura si è girata di 90° a destra, terminando la propria corsa sul marciapiede, non senza avere urtato di striscio un passante (cfr. STFA U 371/01 del 17 ottobre 2002). Al riguardo cfr. anche STFA U 254/05 del 20 luglio 2006; STF 8C\_361/2007 del 6 dicembre 2007. Come visto precedentemente (cfr. consid. 2.13.), nel caso di infortuni di grado medio l'aspetto duraturo della menomazione deve, di regola, essere negato. Nel caso in esame il carattere durevole della lesione deve, dunque, essere escluso. Un'IMI per l'affezione psichica va, conseguentemente, rifiutata senza procedere a ulteriori accertamenti volti a determinare se il disturbo psichico perdurerà nell'intensità richiesta per tutta la vita. 2.20. Alla luce di tutto quanto esposto, la decisione su opposizione del 18 agosto 2008 impugnata, mediante la quale è stata assegnata alla ricorrente un'IMI del 12.5%, merita, dunque, conferma.

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