

TI_GERICHTE 35.2010.60 vom 27. Januar 2011

TI Tribunale d'appello, 2011-01-27, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2010.60

FR: TI_GERICHTE 35.2010.60 du 27 janvier 2011

IT: TI_GERICHTE 35.2010.60 del 27 gennaio 2011

Regeste

Caduta con rottura cuffia rotatoria dx. Negata causalità nat. per i disturbi al rachide. Lasciata aperta eziologia disturbi psi. poiché, da questo profilo, assicurato non necessitava di cura medica ed era totalmente abile al lavoro. Valutazione grado invalidità e entità menomazione integrità

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). 2.3.3. 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. 2.3.3.1. 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. 2.3.3.2. Se l'assicurato è rimasto vittima di un infortunio grave, l'esistenza del nesso di causalità adeguata fra l'evento e successiva incapacità lucrativa 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. 2.3.3.3. 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 abnorme post-infortunistico (cfr. DTF 134 V 109, consid. 6.1 e STF 8C_209/2007 del 7 marzo 2008, consid. 1.2).

2.3.3.4. 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). 2.3.4. Dalle carte processuali si evince che l'Istituto resistente ha negato l'eziologia traumatica ai disturbi alla colonna vertebrale e a quelli psichici, facendo capo al parere espresso al riguardo dal dott. _____, rispettivamente, dal dott.

_____ (doc. 292, p. 4s.). Per quanto riguarda la problematica ortopedica, il TCA osserva che, a margine della visita del 30 agosto 2010, il dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica, ha refertato la presenza di dolori cronici a livello della colonna cervicale irradianti alla colonna dorsale e di una lombalgia cronica senza segni per una sciatalgia. Per far luce in proposito, il medico _____ ha disposto l'esecuzione di una risonanza magnetica del rachide cervicale, dorsale e lombare (doc. 282, p. 5). Gli esami strumentali appena citati sono stati eseguiti il 16 settembre 2010 e hanno in particolare evidenziato, a livello cervicale, una degenerazione discale a tutti i livelli con una leggera spondilosi nella parte mediale e bassa, a livello dorsale, una lieve degenerazione discale a tutti i livelli con una minima ernia medio-laterale a destra all'altezza di Th6-Th7 (senza segni per una compressione radicolare) e un'importante spondilosi ventrale all'altezza di Th7-Th8, nonché, a livello lombare, una leggera degenerazione discale a livello L3-L4 (cfr. doc. 289). Il 22 settembre 2010, l'assicurato è stato di nuovo sottoposto a visita di controllo da parte del chirurgo ortopedico dott. _____. Nel suo relativo referto, il medico fiduciario, preso atto delle risultanze della RMN, ha osservato che "i dolori cronici a livello della colonna cervicale e dorsale con ridotta mobilità della colonna cervicale si lasciano spiegare con le alterazioni degenerative evidenziate tramite la risonanza magnetica. La risonanza magnetica della colonna cervicale, dorsale e lombare, non evidenzia postumi infortunistici ma segni di generazioni pluri-segmentali. Assenza di segni per stenosi foraminale o spinale e assenza di segni per mielopatia. In assenza di postumi traumatici a livello della colonna vertebrale non abbiamo elementi per ammettere una relazione di causalità probabile tra gli attuali disturbi a livello della colonna vertebrale e l'infortunio avvenuto il 13.9.2006. Si tratta piuttosto di una patologia degenerativa che può spiegare almeno parzialmente la cervico-dorsalgia e la lombalgia." (doc. 290, p. 4 - il corsivo è del redattore). Chiamata a pronunciarsi su una questione di carattere prettamente medico - vista

anche l'assenza di certificazioni specialistiche divergenti -, questa Corte non ha motivo per scostarsi dal parere enunciato dal medico di _____ dell'CO 1, specialista proprio nella materia che qui interessa, per il quale i disturbi alla schiena di cui soffre il ricorrente non sono imputabili all'infortunio assicurato, ma piuttosto alle alterazioni degenerative plurisegmentarie oggettivate grazie alla RMN del settembre 2010. In particolare, il TCA osserva che dalla pregressa documentazione agli atti non risulta che nel sinistro del 13 settembre 2006 sarebbe rimasta in qualche modo coinvolta anche la colonna vertebrale (cfr., in proposito, il referto 29 settembre 2006 del dott. _____ - doc. 3, quello datato 10 ottobre 2006 del dott. _____ - doc. 10, nonché il rapporto relativo all'audizione dell'assicurato del 27 novembre 2006 - doc. 16). Del resto, qualora si ammettesse, quale pura ipotesi di lavoro, che la colonna vertebrale è rimasta contusa in occasione della nota caduta, va segnalato che la giurisprudenza federale ha recepito la dottrina medica secondo la quale, dopo traumi quali contusioni o distorsioni, lo stato anteriore del rachide può, di regola, considerarsi ristabilito trascorsi alcuni mesi (di norma da sei a nove) a contare dall'evento traumatico, come se l'infortunio non fosse mai sopraggiunto (status quo sine) (cfr., ad esempio, STFA U 194/05 del 25 ottobre 2006, U 122/02 del 28 maggio 2004, consid. 4.2.1, U 483/00 del 9 luglio 2001, consid. 4c, U 401/00 del 6 giugno 2001 e U 199/00 del 29 dicembre 2000). D'altro canto, il fatto che le alterazioni degenerative in questione siano plurisegmentarie, ovvero distribuite su tutto il rachide, parla piuttosto a sfavore di un'eziologia traumatica. In esito alle considerazioni che precedono, questo Tribunale non ritiene dunque dimostrato, perlomeno secondo il criterio della verosimiglianza preponderante, caratteristico del settore della sicurezza sociale (cfr. DTF 125 V 195 consid. 2 e riferimenti; cfr., pure, Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 320 e A. Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Zurigo 2003, p. 343), che i disturbi alla colonna vertebrale, localizzati in particolare a livello cervicale e lombare, costituiscano una conseguenza naturale dell'evento traumatico occorso il 13 settembre 2006. Per quanto concerne l'aspetto psichico, dalla documentazione a disposizione risulta che RI 1 è stato visitato, una sola volta durante la degenza presso la Clinica di riabilitazione di _____ (16 novembre-5 dicembre 2009), dal dott. _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia. Secondo il suo rapporto del 28 gennaio 2010, l'assicurato soffriva a quel momento di un episodio depressivo di media gravità con possibili aspetti di somatizzazione (ICD-10: F32) (doc. 232). Il 1° aprile 2010, l'insorgente è stato periziato dal dott. _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, per conto dell'Istituto assicuratore convenuto. Per questo sanitario, RI 1 presentava a quel momento una lieve sintomatologia depressiva con sintomi somatici (ICD-10: F32.01), senza conseguenze sulla capacità e sul funzionamento lavorativo e senza necessità di instaurare una cura psichiatrica-specialistica (doc. 247, p. 3s.: "In base alle risultanze del mio esame clinico odierno, non ho potuto evidenziare dei sintomi psico-patologici di rilevanza clinica. I sentimenti e i disturbi lamentati corrispondono infatti a modalità reattive adeguate, legate principalmente alla sua problematica situazione esistenziale e finanziaria e alla sintomatologia algica, ma esse non sono attribuibili ad un'evoluzione psichica patologica. Dal lato affettivo è apparso solo lievemente abbattuto, ciò che a livello diagnostico può essere inquadrato in una sintomatologia depressiva lieve. Non sussistono dei segni deponenti per un disturbo di personalità o per una modificazione duratura della personalità. A livello clinico, la lieve sintomatologia depressiva con sintomi somatici (F32.01) può essere compresa come reazione al disturbo algico esistente ma non comporta, di per sé, delle conseguenze sulla

capacità e sul funzionamento lavorativo. (...). ... da un punto di vista medico-psichiatrico non sussiste una patologia psichiatrica maggiore, in rapporto causale naturale con l'evento infortunistico in questione, che potrebbe in qualche modo limitare l'esercizio di un'attività giudicata confacente da un punto di vista ortopedico. Ne consegue che al momento non è necessaria (peraltro non viene desiderata dall'interessato) una cura psichiatrica-specialistica." - il corsivo è del redattore). Tutto ben considerato, il TCA ritiene che la perizia elaborata dallo psichiatra dott. _____ possa costituire una valida base per il giudizio che esso è chiamato a rendere. In effetti, il suo referto non evidenzia contraddizioni, né si può affermare che esso sia incompleto, si fonda su accertamenti di fatto errati oppure giunga a conclusioni non motivate o non convincenti. Questo Tribunale non ignora che, nel corso dell'inverno 2009, lo psichiatra dott. _____ aveva diagnosticato un episodio depressivo di media gravità (senza comunque pronunciarsi sulla capacità lavorativa; doc. 232), tuttavia questa valutazione non appare suscettibile di mettere in discussione la fondatezza del parere dello specialista interpellato dall'amministrazione. Da una parte, la visita peritale presso il dott. _____ ha avuto luogo qualche mese dopo il consulto psichiatrico presso la Clinica di _____, motivo per cui non è da escludere che nel frattempo lo stato di salute psichica dell'assicurato sia mutato. D'altra parte, non sono state prodotte certificazioni specialistiche, posteriori alla perizia del dott. _____, attestanti l'esistenza di una patologia psichiatrica con incidenza sulla capacità lavorativa dell'insorgente. Infine, dagli atti non risulta che quest'ultimo abbia dovuto far capo a cure specialistiche (cfr., in questo senso, il doc. 247, p. 3: "È stato visto dal dott. _____ che ha diagnosticato un episodio depressivo di media gravità con possibili aspetti di somatizzazione (F32) e ha consigliato una presa a carico specialistica ambulatoriale. L'assicurato non si è tuttavia mai recato in cura specialistica e neppure nel corso della presente visita ha espresso un desiderio in tal senso." - il corsivo è del redattore). In esito a quanto precede, il TCA ritiene quindi accertato che, dal profilo psichiatrico, RI 1 non necessita di una cura medica ed è da considerare totalmente abile al lavoro, motivo per cui diviene inutile interrogarsi in merito all'eziologia, traumatica oppure morbosa, della lieve affezione diagnosticata dal dott. _____. 2.4. Stato di salute infortunistico stabilizzato a contare dal 1° luglio 2010? 2.4.1. Con la propria impugnativa, l'assicurato ritiene prematuro l'aver posto fine alle prestazioni di corta durata, segnatamente a quelle di cura medica, e quindi l'aver esaminato il diritto alle prestazioni di lunga durata. In proposito, egli ha sottolineato che lo stesso medico di circondario dell'CO 1 ha evidenziato l'esistenza di terapie ancora suscettibili di migliorare lo stato della sua spalla destra (cfr. doc. I, p. 10s.). 2.4.2. Giusta l'art.

E. 10

LAINF, l'assicurato ha diritto alla cura appropriata dei postumi d'infortunio (cfr. DTF 109 V 43 consid. 2a; art. 54 LAINF) e, in applicazione dell'art. 16 LAINF, l'assicurato totalmente o parzialmente incapace di lavorare (cfr. art. 6 LPGA) a seguito d'infortunio, ha diritto all'indennità giornaliera. Il diritto all'indennità giornaliera nasce il terzo giorno successivo a quello dell'infortunio. Esso si estingue con il ripristino della piena capacità lavorativa, con l'assegnazione di una rendita o con la morte dell'assicurato. Parimenti, il diritto alle cure cessa qualora dalla loro continuazione non sia da attendersi un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato (cfr. art. 19 cpv. 1 LAINF): nemmeno persistenti dolori bastano a conferire il diritto alla continuazione del trattamento se da questo non si può sperare un miglioramento sensibile dello stato di salute (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 41ss.). L'Alta Corte ha inoltre precisato che la questione del "sensibile miglioramento" di cui

all'art. 19 cpv. 1 LAINF va valutata in funzione dell'entità del previsto aumento oppure del ripristino della capacità lavorativa, nella misura in cui quest'ultima è pregiudicata dalle sequele infortunistiche (DTF 134 V 109 consid. 4.3 e riferimenti). In una sentenza 8C_211/2009 del 10 luglio 2009 consid. 4, il TF si è al riguardo espresso nei termini seguenti: " Poiché l'assicurazione sociale contro gli infortuni si riferisce a persone che svolgono attività lavorativa (si confronti l'art. 1 [dal 1° gennaio 2003 art. 1a, con testo invariato] e l'art. 4 LAINF), per interpretare il concetto di "sensibile miglioramento" ("namhafte Besserung" e "sensible amélioration" nella versione tedesca e francese dell'art. 19 cpv. 1 LAINF) si farà riferimento ad un incremento rispettivamente ad un recupero dell'abilità lavorativa, nella misura in cui si è deteriorata in seguito all'infortunio. L'aggettivo "sensibile" illustra inoltre che il miglioramento dev'essere importante. Progressi trascurabili non bastano, così come neppure la mera possibilità di un risultato positivo (DTF 134 V 109 consid. 4.3 pag. 115; v. pure sentenze del Tribunale federale delle assicurazioni U 244/04 del 20 maggio 2005, in RAMI 2005 no. U 557 pag. 388, consid. 2, non pubblicato, e U 412/00 del 5 luglio 2001, consid. 2a; cfr. inoltre Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2a ed., Berna 1989, pag. 274). Lo stesso vale per provvedimenti terapeutici che contribuiscono a lenire i sintomi di un danno alla salute stazionario per un periodo limitato nel tempo (v. ancora sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni U 244/04 del 20 maggio 2005, in RAMI 2005 no. U 557 pag. 388 consid. 1, non pubblicato, e 3)."

2.4.3. Il TCA osserva che già in occasione della visita medica di chiusura del 28 gennaio 2010, a distanza di poco meno di un anno dall'ultimo intervento artroscopico, il chirurgo ortopedico dott. _____, pronunciandosi sull'ulteriore procedere medico, ha consigliato un trattamento funzionale precisando che "... non sono indicati ulteriori accertamenti o interventi che con alta probabilità non porteranno ad un notevole miglioramento della funzionalità e della sintomatologia a livello della spalla destra ." (doc. 231, p. 4 - il corsivo è del redattore). Nel frattempo, l'Istituto assicuratore ha concesso il proprio benessere per l'esecuzione di un ciclo di lezioni per l'apprendimento del metodo Feldenkrais (doc. 246), e ciò sulla scorta delle indicazioni fornite al riguardo dal medico curante specialista dell'assicurato, dott. _____ (doc. 244: "Sono stato incaricato di valutare se il paziente potesse eventualmente godere di un beneficio di lezioni Feldenkrais. Penso personalmente che si potrebbe migliorare anche solo modestamente, almeno insegnando al paziente una postura un po' meno tesa con più leggerezza nel muoversi ..."). Dagli atti di causa si apprende che la terapia secondo il metodo Feldenkrais non ha in realtà portato alcun beneficio all'assicurato (doc. 282, p. 3). A margine della visita di controllo del 22 settembre 2010, il dott. _____ ha confermato le conclusioni contenute nel suo referto afferente alla visita di chiusura del gennaio 2010 e ha quindi ribadito l'indicazione a un trattamento funzionale antalgico dei disturbi alla spalla destra (doc. 290, p. 4). Tenuto conto di quanto precede, la decisione dell'CO 1 di porre termine alle prestazioni di corta durata a decorrere dal 1° luglio 2010, deve essere confermata in questa sede. Dopo attenta valutazione della documentazione medica agli atti, é in effetti chiaro che da ulteriori provvedimenti terapeutici non vi sono più da attendersi dei notevoli miglioramenti delle condizioni della spalla destra. Nella misura in cui il trattamento indicato dal medico di circondario è stato prescritto a scopo antalgico, volto cioè a controllare i dolori, esso ha un carattere meramente conservativo , ciò che non impedisce di considerare stabilizzato lo stato di salute dell'assicurato. L'amministrazione era pertanto legittimata a procedere alla definizione del diritto alle prestazioni di lunga durata, e ciò tenendo conto unicamente dei postumi infortunistici alla spalla destra.

2.5. Entità della rendita di invalidità 2.5.1. Giusta

l'art. 18 cpv. 1 LAINF, l'assicurato invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 10 per cento a seguito d'infortunio ha diritto alla rendita di invalidità. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. Il TFA, in una sentenza U 192/03 del 22 giugno 2004, pubblicata in RAMI 2004 U 529, p. 572ss., ha rilevato che l'art. 18 LAINF rinvia direttamente all'art. 8 LPGGA; l'art. 8 cpv. 1 LPGGA, 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 LPGGA. Da parte sua, l'art. 16 LPGGA 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 U 192/03 del 22 giugno 2004, citata in precedenza, ha rilevato che anche l'art. 16 LPGGA non ha modificato la valutazione del grado di invalidità dell'assicurato previsto dai precedenti art. 28 cpv. 2 LAI e art. 18 cpv. 2 seconda frase LAINF. Nella stessa pronuncia la nostra Massima Istanza ha quindi concluso che in ambito LAINF la giurisprudenza relativa ai concetti di inabilità lavorativa, inabilità al guadagno e invalidità continua a mantenere la sua validità anche in seguito all'introduzione della LPGGA. Su questi aspetti si veda pure la DTF 130 V 343. 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 adeguato (fattore causale). Nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni deve esserci inoltre un nesso causale, naturale ed adeguato, tra il danno alla salute e l'infortunio.

2.5.2. 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'espletare 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 I 871/02 del 20 aprile 2004 e la STFA I 162/01 del 18 marzo 2002). 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 che 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 LPGGA). I due redditi da porre a raffronto sono necessariamente ipotetici. L'ipotesi deve però poggiare su solide basi, avere un fondamento oggettivo. 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. Il TFA ha avuto modo di confermare che alla perdita di guadagno effettiva in un rapporto di lavoro stabile si può far capo solo

eccezionalmente, se l'assicurato può esaurire pienamente presso la ditta in cui da lungo tempo lavora tutta la sua residua capacità lavorativa (STFA U 25/94 del 30 giugno 1994). La perdita di guadagno effettiva può corrispondere alla perdita di guadagno computabile soltanto se - le condizioni sono cumulative - ogni riferimento al mercato del lavoro in generale, tenuto conto dei rapporti di lavoro particolarmente stabili, si avvera praticamente inutile, se l'assicurato esercita un'attività ragionevolmente esigibile nella quale si deve considerare che sfrutti al massimo la sua capacità di lavoro residua e se il reddito corrisponde ad una prestazione di lavoro e non ad un salario sociale (RAMI 1991 U 130, p. 270ss. consid. 4a; conferma di giurisprudenza). Le ragioni, inerenti l'azienda, che rendono impossibile l'utilizzazione ottimale della rimanente capacità di produzione, devono essere considerate soltanto se, sul mercato del lavoro generale, non esiste una possibilità d'impiego, esigibile dall'assicurato, che gli permetterebbe di valorizzare meglio la propria residua capacità di lavoro (RAMI 1991 succitata, consid. 4d). I. Termine: reddito da invalido La misura dell'attività che si può ragionevolmente esigere dall'invalido va valutata in funzione del danno alla salute, avuto riguardo alle circostanze personali come l'età, le attitudini psico-fisiche, l'istruzione, la formazione professionale. Secondo la giurisprudenza, per la fissazione dei redditi ipotetici, non vanno considerate circostanze che non riguardano l'invalidità vera e propria. Particolarità quali formazione professionale o conoscenza linguistiche carenti hanno, in quest'ambito, rilevanza se sono causa di un reddito inferiore alla media. In tal caso, esse vanno o considerate nella determinazione dei due redditi da porre a confronto o non considerati affatto (RAMI 1993 U 168, p. 97ss., consid. 5a, b). Nel valutare la possibilità di sfruttare la residua capacità lavorativa e tradurla in capacità di guadagno non si terrà conto di difficoltà contingenti del mercato del lavoro ma ci si collocherà nell'ipotesi di un mercato equilibrato, nella situazione, cioè, in cui offerta e domanda sostanzialmente si controbilancino (cfr. RAMI 1994 U 187, p. 90 consid. 2b; DTF 115 V 133; STFA del 30 giugno 1994 succitata). Specifica dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni è la norma di cui all'art. 28 cpv. 4 OAINF: " Se a causa della sua età l'assicurato non riprende più un'attività lucrativa dopo l'infortunio o se la diminuzione della capacità di guadagno è essenzialmente dovuta alla sua età avanzata, sono determinanti per valutare il grado d'invalidità i redditi che potrebbe eseguire un assicurato di mezza età vittima di un danno alla salute della stessa gravità." II. Termine: reddito conseguibile senza invalidità : Nel determinare il reddito conseguibile senza invalidità ci si baserà per quanto possibile sulla situazione antecedente l'infortunio. Se ne ipotizzerà l'evoluzione futura partendo dall'assunto che senza di esso la situazione si sarebbe mantenuta sostanzialmente stabile (cfr. STFA del 15 dicembre 1992 nella causa G.I.M.). Ci si discosterà da questa proiezione solo se le premesse per modifiche di qualche rilievo sono già date al momento dell'infortunio o se particolari circostanze ne rendono il verificarsi altamente probabile (cfr. RAMI 1993 U 168, p. 97ss., consid. 5b; 4a, b). 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 . 2.5.3. In sede di ricorso, l'assicurato non ha contestato la valutazione dell'esigibilità lavorativa come tale, espressa dal medico di _____ in occasione della visita di chiusura del 28 gennaio 2010 (cfr. doc. I). Il TCA, da parte sua, non può che condividere l'apprezzamento del chirurgo ortopedico dott. _____, secondo cui, assodata l'impossibilità di riprendere la precedente professione di magazziniere, RI 1 potrebbe svolgere, a tempo pieno e con un rendimento completo, un'attività alternativa leggera, in cui non debba né sollevare/trasportare pesi anche solo relativamente importanti né eseguire lavori al di sopra dell'orizzontale (cfr. doc. 231, p. 4),

limitazioni che corrispondono, del resto, a quelle che si riscontrano normalmente in assicurati che hanno lamentato una rottura della cuffia dei rotatori (cfr., fra le tante, STCA 35.1998.63 del 23 novembre 1998 e 35.1998.117 del 29 luglio 1999, tutelata dal TFA con pronunzia U 296/99 del 3 gennaio 2000). Inoltre, è utile riferirsi a quanto il TFA (TF, a partire dal 1° gennaio 2007) e questa stessa Corte hanno giudicato in fattispecie analoghe, riguardanti assicurati anch'essi con problematiche agli arti superiori. In una sentenza 35.1997.23 dell'11 settembre 2000 - integralmente confermata dal TFA con sentenza U 449/00 dell'8 maggio 2002 -, questo Tribunale ha riconosciuto come reintegrabile nel mondo del lavoro, un'assicurata che, secondo l'avviso dei medici, presentava una mano sinistra infortunata praticamente inutilizzabile, fatta eccezione per delle prese a tre dita senza forza. Il TFA era pervenuto alla medesima conclusione in una sentenza U 240/99 del 7 agosto 2001, parzialmente pubblicata in RAMI 2001 U 439, p. 347ss., concernente un assicurato che, a causa dei disturbi e dei deficit funzionali all'estremità superiore destra, è stato dichiarato in grado di svolgere lavori manuali molto leggeri, che non richiedono l'impiego di forza con la mano destra, e il sollevamento di pesi superiori ai 2 kg (e pertanto ritenuto praticamente monco di una mano): "(...). Aufgrund der Beschwerden und Funktionsdefizite in der ganzen rechten oberen Extremität ist der Beschwerdeführer faktisch als Einhänder einzustufen, der seine rechte Hand bei der Arbeit - wenn überhaupt - nur noch in ganz untergeordnetem Masse als Hilfshand einsetzen kann. Es kann ihm daher nicht mehr zugemutet werden, bei einer manuellen Arbeit seinen rechten Arm und seine rechte Hand dauernd einzusetzen und damit Gewichte bis zu 2 kg zu heben. Überdies fallen häufigere Schreibarbeiten wegen der dabei auftretenden schmerzhaften Verkrampfungen ausser Betracht. Die im Einspracheentscheid vom 11. April 1996 genannten Verweisungstätigkeiten, u.a. Überwachungsarbeiten an automatischen und halbautomatischen Produktionseinheiten, Qualitätskontrolle, Arbeiten im Auskunftsdienst oder als Portier, können auch bei vorwiegendem Gebrauch der linken Hand ausgeführt werden und sind daher vom (unfall-) medizinischen Standpunkt aus grundsätzlich vollzeitlich zumutbar. Hingegen fällt die Tätigkeit als Transportdisponent ausser Betracht, nachdem der Beschwerdeführer die gemäss Unfallversicherer hierfür erforderliche Umschulung (zweijährige Handelsschulung) nicht erfolgreich beendet hat. Bei den angeführten noch zumutbaren erwerblichen Tätigkeiten handelt es sich um solche, die auf dem allgemeinen ausgeglichenen Arbeitsmarkt durchaus zu finden sind. Zudem werden in Industrie und Gewerbe Arbeiten, welche physische Kraft erfordern, in zunehmendem Mass durch Maschinen verrichtet, während den körperlich weniger belastenden Bedienungs- und Überwachungsfunktionen eine stetig wachsende Bedeutung zukommt (ZAK 1991 S. 321 Erw. 3b am Ende). " (STFA succitata, consid. 3b - il corsivo è del redattore e vale quale risposta alle perplessità sollevate dall'insorgente, cfr. doc. I, p. 35s.) È pure stato giudicato completamente abile in attività leggere, da svolgere all'altezza del banco e che implicano unicamente la manipolazione di oggetti leggeri, un assicurato, di professione muratore, che soffriva di una sindrome da attrito sottoacromiale ad entrambe le spalle, persistente malgrado le operazioni eseguite nel frattempo (riparazione della cuffia dei rotatori, acromioplastica a livello della due spalle; STFA I 356/04 del 12 maggio 2005, consid. 2.2 e 3.1). Il Tribunale federale ha infine dichiarato in grado di esercitare un'attività adeguata a tempo pieno e con un rendimento completo, un muratore che, a causa di un infortunio, soffriva di un'artrosi al gomito con conseguente limitazione della mobilità, soprattutto nell'estensione, nonché di una paralisi parziale del nervo mediano con disturbi nella motricità fine, nella forza e nella resistenza della mano destra. In proposito, l'Alta Corte ha

in particolare ricordato che sul mercato equilibrato del lavoro sono reperibili delle occupazioni che possono essere svolte con una sola mano : " (...). 2.3.2 Warum der Beschwerdegegner in einer leidensangepassten Tätigkeit, welche im Übrigen weitgehend übereinstimmend mit der Einschätzung des Dr. med. B. _____ definiert wird (leichte Tätigkeit, vorwiegend mit der linken Hand, ohne Schläge, Vibrationen, Lastenheben/-tragen über 5 kg), nur noch zu 50 % leistungsfähig sein soll, wird indessen nicht näher begründet. Selbst wenn nur noch ein Einsatz der linken (adominanten) Hand möglich wäre, liesse sich eine lediglich 50%ige Arbeitsfähigkeit mit Blick auf vergleichbare Fälle nicht begründen. Massgebend ist allein, ob der Beschwerdegegner auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt, der von seiner Struktur her einen Fächer verschiedenartiger Stellen offen hält, eine Arbeit finden könnte (BGE 110 V 273 E. 4b S. 276). Dort finden sich auch Stellen, die einhändig ausgeführt werden können. Zu denken ist etwa an einfache Überwachungs-, Prüf- und Kontrolltätigkeiten sowie an die Bedienung und Überwachung von (halb-)automatischen Maschinen oder Produktionseinheiten, die keinen Einsatz von rechtem Arm und rechter Hand voraussetzen (vgl. Urteile U 470/06 vom 27. April 2007 E. 3, U 303/06 vom 22. November 2006 E. 7.2, I 47/00 vom 21. Februar 2001 E. 3a und U 132/99 vom 22. Dezember 1999 E. 2a) . Beim Beschwerdegegner liegt nebst der schlechten Beweglichkeit des Ellbogens eine feinmotorische und kräftemässige Einschränkung der Hand vor. 2.4 Somit kann hier auf die Einschätzung der BEFAS-Gutachter, wonach bei ganztägigem Einsatz eine Leistungseinbusse von 50 % bestehe, nicht abgestellt werden, sondern es ist eine 100%ige Arbeitsfähigkeit anzunehmen .“ (STF 8C_1005/2008 del 17 aprile 2009 consid. 2.3.2 e 2.4 - il corsivo è del redattore)

2.5.4. Si tratta ora di valutare le conseguenze economiche del danno alla salute infortunistico. Per quanto riguarda il reddito da invalido , la giurisprudenza federale si fonda sui criteri fissati nelle sentenze pubblicate in DTF 126 V 75 seg. e in DTF 129 V 472 seg. Nella prima sentenza di principio la Corte ha stabilito che ai fini della determinazione del reddito da invalido fa stato in primo luogo la situazione professionale e salariale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti) . Qualora difettino indicazioni economiche effettive, possono, conformemente alla giurisprudenza, essere ritenuti i dati forniti dalle statistiche salariali. La questione di sapere se e in quale misura al caso i salari fondati su dati statistici debbano essere ridotti dipende dall'insieme delle circostanze personali e professionali del caso concreto (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione), criteri questi che l'amministrazione è tenuta a valutare globalmente. La Corte ha precisato, al riguardo, come una deduzione massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Il Tribunale federale delle assicurazioni ha poi ancora rilevato, nella medesima sentenza, che, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione. Nella seconda sentenza di principio il TFA ha fissato i criteri da adempiere affinché il reddito da invalido possa essere validamente determinato sulla base dei salari DPL. In quella sede, la nostra Corte federale ha rilevato che, oltre a produrre almeno cinque DPL, l'assicuratore infortuni è tenuto a fornire indicazioni sul numero totale dei posti di lavoro entranti in linea di considerazione a dipendenza dell'impedimento

concreto, come pure sul salario più elevato, su quello più basso, nonché su quello medio del gruppo cui è fatto riferimento. L'Alta Corte, relativamente ai dati statistici, ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17, STFA del 5 settembre 2006 nella causa P., I 222/04). In una sentenza del 7 aprile 2008 (32.2007.165) questa Corte, fondandosi sulla sentenza U 8/7 del 20 febbraio 2008, ha stabilito che "(...) quando il salario da valido conseguito in Ticino in una determinata professione è inferiore al salario medio nazionale in quella stessa professione, anche il reddito da invalido va ridotto nella medesima percentuale (al riguardo cfr. L. Grisanti, art.cit., in RtiD II-2006 pag. 311 seg., in particolare pag. 326-327) (...)". Con sentenza 8C_399/2007 del 23 aprile 2008 al consid. 6.2 il TF ha lasciato aperta la questione di sapere se l'adeguamento va ammesso solo nel caso in cui il valore fosse chiaramente sotto la media ("deutliche Abweichung"). Tale è di regola stata ritenuta una differenza del 10% (SVR 2004 UV no. 12 pag. 45 consid. 6.2; dell'8% nella sentenza U 463/06 del 20 novembre 2007; nella sentenza pubblicata in SVR 2008 IV Nr. 49 consid. 2.3. l'Alta Corte non ha ritenuto rilevante un gap salariale del 4%). La questione è stata definitivamente risolta con la DTF 135 V 297, sentenza in cui la nostra Massima Istanza ha stabilito che se il guadagno effettivamente conseguito diverge di almeno il 5% dal salario statistico usuale nel settore, esso è considerevolmente inferiore alla media ai sensi della DTF 134 V 322 consid. 4 p. 325 e può giustificare - soddisfatte le ulteriori condizioni -, un parallelismo dei redditi da raffrontare. Questo parallelismo si effettua però soltanto per la parte percentuale eccedente la soglia del 5%. Inoltre, le condizioni per una deduzione a titolo di parallelismo e per circostanze personali e professionali sono interdipendenti, nel senso che i medesimi fattori che incidono sul reddito non possono giustificare contemporaneamente una deduzione a titolo di parallelismo e una deduzione per circostanze personali e professionali. 2.5.5. Per determinare il reddito ancora esigibile dall'assicurato, l'assicuratore LAINF convenuto ha compiuto in sede amministrativa degli accertamenti presso alcune aziende ticinesi. Dai medesimi risulta che nelle attività leggere che l'assicurato sarebbe in grado di esercitare tenuto conto delle sequele che interessano l'arto superiore destro, e meglio l'operaio rilegatore presso la _____ di _____, l'addetto alla sorveglianza presso la _____, l'operaio addetto alla fabbricazione di trapani presso la _____, il raffilatore presso la _____ e l'apparecchiatore presso la _____, i dipendenti di tali ditte percepivano in media, nel 2010 (cfr., a questo proposito, DTF 128 V 174 = RAMI 2002 U 467, p. 511ss.), un reddito annuo pari a fr. 48'687.20 (cfr. doc. 256 + allegati). D'altro canto, sempre in conformità alla giurisprudenza suevocata, l'assicuratore infortuni ha fornito informazioni sul numero globale dei posti di lavoro che entrano in linea di conto alla luce degli impedimenti presentati dall'assicurato, sul salario massimo e minimo, così come sul salario medio. In effetti, dallo specchio che figura sull'allegato al doc. 256 si evince che sono 60 i posti di lavoro che entrano in considerazione, che i salari minimo e massimo ammontano, rispettivamente, a fr. 32'499 e a fr. 69'555, e infine che quello medio è di fr. 47'484. Il TCA constata che il valore considerato dall'assicuratore LAINF convenuto (fr. 48'687.20) è superiore del 2.47% rispetto alla media dei salari medi (fr. 47'484). In base alla giurisprudenza federale, ciò non è però sufficiente per dubitare della rappresentatività del reddito da invalido stabilito in base alle DPL. In effetti, in una sentenza U 594/06 del 26 aprile 2007, l'Alta Corte è pervenuta a questa stessa conclusione trattandosi di una

differenza dell'8% circa (cfr., pure, la STCA 35.2005.90 del 22 maggio 2006 consid. 2.9., pubblicata in RtiD II 2006 n. 54, in cui questo Tribunale ha deciso di fare propria la prassi dell'INSAI secondo la quale sono di principio tollerati scostamenti sino al 10%). In conclusione - assodato che i cinque posti di lavoro segnalati dall'amministrazione rispettano le limitazioni funzionali descritte nella documentazione medica agli atti, aspetto riguardo al quale l'insorgente non ha d'altronde sollevato specifiche obiezioni (cfr. STF 8C_285/2010 del 6 settembre 2010) -, il reddito da invalido è stato validamente determinato in base alle DPL. Esso ammonta a fr. 48'687.20. Decurtazioni sul reddito da invalido stabilito in applicazione delle DPL non possono entrare in linea di conto, considerato il sistema stesso su cui si fonda questa modalità di fissazione del reddito (cfr. DTF 129 V 472 consid. 4.2.3).

2.5.6. Per quanto concerne il reddito da valido, secondo l'CO 1, l'insorgente avrebbe guadagnato nel 2010, qualora non fosse rimasto vittima dell'infortunio assicurato, un importo annuo di fr. 72'520 (cfr. doc. 256). Questo dato, desunto dalle informazioni fornite direttamente dall'ex datore di lavoro (cfr. doc. 256 e 190), può senz'altro essere fatto proprio dal TCA. Le censure sollevate al riguardo in sede di ricorso (cfr. doc. I, p. 13) appaiono generiche e non supportate da prove, motivo per cui non possono essere ascoltate.

2.5.7. Il grado di invalidità dell'insorgente - determinato confrontando i fr. 48'687.20 al reddito che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse intervenuto l'infortunio, e cioè fr. 72'520 - risulta quindi essere del 32.86%, arrotondato al 33% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121, consid. 3.2. = SVR 2004 UV Nr. 11 p. 41 (cfr. anche SVR 2004 UV Nr. 12 p. 44 nella quale l'Alta Corte ha stabilito che la giurisprudenza appena menzionata, secondo la quale il risultato aritmeticamente esatto del grado di invalidità va arrotondato per eccesso o per difetto alla prossima cifra espressa in percentuale intera secondo le regole applicabili in matematica, è applicabile immediatamente, nel senso che essa si estende a decisioni contestate che, dal punto di vista temporale, sono state emanate prima della pubblicazione della sentenza in questione). Visto che a RI 1 è stata attribuita una rendita di invalidità proprio del 33%, la decisione su opposizione impugnata merita dunque di essere confermata.

2.6. Entità della menomazione all'integrità

2.6.1. 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).

2.6.2. 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).

2.6.3. 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).

2.6.4. 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 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).

2.6.5. L'assicuratore LAINF resistente, sentito il parere del proprio medico di circondario, ha assegnato al ricorrente un'IMI del 10% (cfr. doc. 272, p. 3). Questa la valutazione del dott. _____ contenuta nel referto relativo alla visita medica di chiusura del 28 gennaio 2010: "REFERTO Sindrome algica alla spalla destra con funzione non chiaramente oggettivabile. Esiti di 3 interventi chirurgici per ricostruzione della cuffia dei rotatori con buon risultato radiologicamente e clinicamente. VALUTAZIONE 10% GIUSTIFICAZIONE Vista la sindrome algica e la mancanza di collaborazione dell'assicurato, con oggettivamente buon risultato della ricostruzione della cuffia della spalla destra, ci si basa su una funzione teorica con limitazione per l'abduzione/flessione della spalla limitata a 30° oltre l'orizzontale; una limitazione che secondo la tabella 1.2 viene valutata al 10%." (doc. 230; cfr. pure il doc. 290, p. 4 in cui il dott. _____ si è riconfermato nel proprio apprezzamento)

2.6.6. Chiamato a pronunciarsi, questo Tribunale sottolinea 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 35.2001.71 del 12 dicembre 2001, confermata dal TFA con

pronunzia U 14/02 del 28 giugno 2002; cfr., altresì, 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 a una valutazione astratta e egualitaria di una menomazione all'integrità. Nella concreta evenienza, dalle tavole processuali emerge che da più parti è stata osservata una discrepanza tra lo status oggettivabile alla spalla destra e la sintomatologia soggettivamente denunciata dall'assicurato a quel livello. In effetti, già in occasione del consulto specialistico dell'11 agosto 2009, il Prof. dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia, ha riferito di una sindrome dolorosa decompensata il cui sostrato non era più riscontrabile. Egli ha quindi disposto l'esecuzione di una RMN a conferma dell'esito dell'esame clinico da lui praticato (cuffia dei rotatori intatta; doc. 180), esame che ha avuto luogo il 17 agosto 2009 (doc. 181). Quindi, chiamato dall'amministrazione a esprimersi sulle risultanze della risonanza magnetica appena citata, il Prof. _____, con rapporto del 2 settembre 2009, ha escluso la presenza di una re-rottura della cuffia rotatoria, come pure di un'infezione Low Grade. D'altro canto, tenuto conto di un trofismo muscolare ben conservato, egli ha fatto stato di una tendenza cosciente o incosciente all'aggravamento, nonostante la plausibilità dei disturbi denunciati e dimostrati (doc. 191). A margine della visita circondariale di controllo del 2 ottobre 2009, il dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica, ha rilevato in particolare che "nonostante tutti gli accertamenti effettuati, non si è riusciti a mettere in evidenza una patologia oggettivabile che possa motivare questo importante calo della mobilità e della forza e i dolori importanti accusati dall'assicurato. L'esame clinico non è valutabile. Vi sono molti elementi discrepanti. A più di 3 anni dall'infortunio con un braccio praticamente inutilizzato, non si nota alcuna diminuzione della massa muscolare. Vi è quindi un'importante discrepanza tra i dati oggettivabili e i disturbi accusati dall'assicurato. In tale situazione il caso va giudicato soltanto dai dati oggettivi." (doc. 196, p. 3 - il corsivo è del redattore). Dal rapporto stilato dal fisioterapista che ha seguito l'insorgente durante la sua degenza presso la Clinica di riabilitazione di _____ (16 novembre - 5 dicembre 2009), si evince in particolare che "ogni test fisico effettuato sul paziente è però condizionato da una contrazione dolorosa della muscolatura e quindi i risultati non sono ben interpretabili." (doc. 227, p. 2). In occasione della visita medica di chiusura del 28 gennaio 2010, il medico di circondario ha refertato, sul piano oggettivo, una "lieve ipotrofia del muscolo sovra-/e infra-spinato e del deltoide in seguito a 3 interventi per la riparazione della cuffia dei rotatori. Funzione della spalla non valutabile e oggettivabile. Cuffia dei rotatori clinicamente e radiologicamente intatta e funzionale.". Egli ha evidenziato l'esistenza di una "... discrepanza significativa della mobilità della spalla tra l'esame clinico, che mostra una funzione e mobilità molto limitata della spalla destra e tra l'osservazione informale durante il colloquio, durante il quale l'assicurato si sveste/veste ed entra/esce dallo studio medico, quando ripetitivamente esegue movimenti in misura molto più ampia. L'assicurato sta sottovalutando le capacità funzionali della spalla destra. Si riscontra una situazione invariata con importante sindrome algica della spalla destra con significativa perdita di funzionalità che non è oggettivabile." (doc. 231, p. 4 - il corsivo è del redattore). Pertanto, contrariamente a quanto crede il ricorrente (cfr. doc. I, p. 14), il fatto che il dott. _____ sostenga che "l'eziologia dell'importante sintomatologia algica e del deficit funzionale a livello del cingolo scapolare a destra e all'arto superiore destro,

rimane non chiara.” (doc. 290, p. 4), non significa che sarebbero necessari degli ulteriori accertamenti per valutare la menomazione all’integrità, ma bensì che, nonostante l’assicurato sia stato sottoposto ad accurati accertamenti diagnostici, non è stato possibile oggettivare un danno alla salute atto a giustificare l’importante sintomatologia da lui denunciata. Tenuto conto di quanto precede, non è criticabile che il medico di _____ abbia valutato la menomazione all’integrità prendendo in considerazione lo stato oggettivabile della spalla destra e, perciò, basandosi su una funzionalità teorica dell’arto superiore interessato. Il TCA ritiene dunque di poter aderire all’apprezzamento del dott. _____ i, per il quale RI 1 presenta (teoricamente) una spalla mobile fino a 30° oltre l’orizzontale, ciò che corrisponde, in base alla tabella 1.2 edita dalla Divisione di medicina assicurativa dell’INSAI, a un’indennità del 10%. Anche per quanto attiene all’entità dell’IMI, la decisione su opposizione merita di essere confermata.

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