

TI_GERICHTE 35.2012.65 vom 22. April 2013

TI Tribunale d'appello, 2013-04-22, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2012.65

FR: TI_GERICHTE 35.2012.65 du 22 avril 2013

IT: TI_GERICHTE 35.2012.65 del 22 aprile 2013

Regeste

Assicuratore ha a giusta ragione negato all'assicurato il diritto ad una rendita, stante la sua piena capacità lavorativa nella precedente professione. Entità dell'IMI, fissata dal medico al 15%, è corretta

Erwägungen

E. 22

giugno 2004, citata in precedenza, ha rilevato che anche l'art. 16 LPGA non ha modificato la valutazione del grado di invalidità dell'assicurato previsto dai previgenti 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 LPGA. 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. 2.3.2. 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'esplicare determinate funzioni. Il medico indicherà per prima cosa se l'assicurato può ancora svolgere la sua professione, precisando quali sono le controindicazioni in quell'attività e in altre analoghe. Egli valuterà finalmente il grado dell'incapacità lavorativa che gli impedimenti provocano sia nella professione attuale sia nelle altre relativamente confacenti (cfr., su questi aspetti, la STFA 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 LPGA). 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 . 2.3.3. 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. RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STFA U 259/02 dell'8 luglio 2003, consid. 2.1.1; U. Meyer-Blaser,

Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in BJM 1989, p. 30ss.). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV 10, p. 33ss. e RAMI 1999 U 356, p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento (cfr. anche Pratique VSI 2001 p. 108ss.). In una sentenza 8C_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. 2.3.4. Nella concreta fattispecie, controversa fra le parti è innanzitutto la capacità lavorativa residua dell'assicurato nella sua precedente attività di tecnico edile, ritenuta piena dall'assicuratore infortuni, ma non dal ricorrente. In occasione della visita medica _____ del 13 aprile 2010, il dr. _____, specialista FMH in chirurgia ortopedica, ha posto le diagnosi di "stato da politrauma su incidente della circolazione il 21 aprile 2009 con frattura intraarticolare del radio distale destro, lussazione radio-ulnocarpale a destra, frattura del capitello radiale destro, contusione addominale, contusione dell'emicostato destro con probabile frattura costale, ferite lacero-contuse peri-patellari bilaterali multiple, contusione delle due ginocchia, ferita lacero-contusa al palmo della mano destra, contusione del piede destro; stato da osteosintesi del radio distale destro e del capitello radiale; stato da rimozione del materiale di osteosintesi al radio distale destro, artrolisi e denervazione dell'interosseo posteriore al polso destro il 25.11.2009", mentre, quali diagnosi non di competenza LAINF, ha indicato quelle di "condropatia femoro-patellare bilaterale sulla laterizzazione della rotula e ginocchia valghe bilaterali; tendinosi del sovra-spinato, borsite sotto-acromiale e artrosi acromio-clavicolare alla spalla destra" (doc. 106). Il dr. _____, considerato che l'assicurato non necessitava di cure particolari, ha ritenuto che egli potesse riprendere l'attività lavorativa al 100% a partire dal 15 aprile 2010 (doc. 106). Infine, il dr. _____ ha rilevato che "per quanto attiene alla spalla destra, la causalità tra l'artrosi acromio-clavicolare e l'infortunio, vista l'insorgenza dei sintomi a 10 mesi dall'infortunio stesso, non è data" (doc. 106). Il dr. _____ ha nuovamente confermato l'assenza di un nesso causale tra i disturbi alla spalla destra e l'infortunio del 21 aprile 2009 sia in occasione della visita medica _____ del 14 aprile 2011 (doc. 144), sia in occasione dell'apprezzamento medico del 6 febbraio 2012, successivo ad un esame di artro-RM alla spalla destra disposta dall'assicuratore LAINF proprio al fine di potersi determinare a proposito della causalità. Nel rapporto medico del 13 febbraio 2012, il dr. _____ ha in particolare rilevato che "secondo i reperti della visita medico-_____ dell'aprile 2011 siamo in presenza di un'artrosi acromioclavicolare parzialmente sintomatica. Questa artrosi non può essere considerata di origine

post-traumatica in quanto non vi è mai stata una lussazione dell'articolazione stessa per cui l'integrità anatomica della stessa non è mai stata modificata dall'infortunio" (doc. 157). Quanto alla capacità lavorativa, il dr. _____ ha ribadito che, per le sole conseguenze infortunistiche, l'assicurato può svolgere il suo lavoro al 100% sia nello scritto del 7 dicembre 2011 (doc. 150), sia nell'apprezzamento medico del 13 febbraio 2012, precisando che: " Per quanto attiene alla capacità lavorativa l'assicurato è stato considerato abile al lavoro nella misura del 100%. Vi è da dire che anche nell'attività di tecnico di cantiere, considerato quanto valutato in occasione della visita medico-_____ del 14 aprile 2011 ma anche in considerazione di quanto valutato nella precedente visita medico-_____ del 12.1.2011 come pure in occasione della visita medico-_____ del 13.4.2010, l'assicurato può essere considerato abile al lavoro nella misura del 100%." (Doc. 157) In sede ricorsuale, l'assicurato ha contestato l'esistenza di una piena esigibilità lavorativa dell'attività di tecnico edile, rilevando che: " Il movimento e rotazione dell'avambraccio e polso destro è notevolmente limitato. Sono impossibilitato a chiudere completamente la mano e esercitare forza, a trattenere certi oggetti, afferrare attrezzi di lavoro, come già specificato nell'opposizione del 30.3.2012. A questo riguardo la CO 1 ha fatto semplicemente "orecchio da mercante". Subentrano dolori, specialmente la notte. In certi movimenti della mano percepisco delle elettrizzazioni a mo' di scarica. Non riesco a retro piegare l'avambraccio, non posso premere e appoggiare la mano anche con poca forza. Manca di agilità. Ho difficoltà a scrivere. Non tenterei di salire su scale a pioli o su ponteggi di costruzioni e men che meno su impalcature, casseri, armature, macchinari, ecc. Non mi fido a utilizzare la bicicletta poiché non potrei usare il freno destro. Sussiste una situazione di insicurezza anche per il ginocchio sinistro. In questa situazione non mi ritengo idoneo ad esercitare la mia professione di tecnico edile su cantieri, specie in sottostrutture. Quale dipendente dell'Impresa _____, _____, ero attivo come capo cantiere – direzione lavori. Effettuavo tra l'altro la conduzione-direzione di cantieri, tracciamenti, rilievi, verifiche, ecc. Una parte minore dell'attività (mediamente circa il 25% del tempo) poteva svolgersi in "ufficio", ossia all'interno della baracca di cantiere come a _____ nel cantiere di costruzione del sottopasso ferroviario (su questo cantiere operavano 20-25 operai). Questa attività in ufficio consiste nella programmazione e coordinazione del cantiere, stesura rapporti di lavoro, comande e verifiche materiali, forniture, ecc. Mi sono in ogni caso sempre occupato della parte tecnica inerente la conduzione del cantiere. Non ho nessuna preparazione commerciale o d'ufficio, informatica, contabile, In cantiere non si svolgono questi lavori. Ero e sono un tecnico capocantiere e non contabile o corrispondente. (...) In considerazione della menomazione e del danno subito al polso-avambraccio destro non è più proponibile l'attività di tecnico capo-cantiere svolta prima dell'infortunio presso l'Impresa _____." (Doc. I) 2.3.5. Al fine di chiarire la questione, in corso di causa il TCA ha interpellato il dr. _____, chiedendogli di prendere motivatamente posizione riguardo alle critiche dell'assicurato a proposito della pretesa inesigibilità dell'attività di tecnico edile (doc. IX). Con scritto del 22 marzo 2013, il dr. _____ ha ancora una volta ribadito che l'attività di tecnico edile svolta in precedenza dall'assicurato è tuttora esigibile nella misura del 100%, rilevando quanto segue: " In pratica si tratta di valutare se (...) l'attività di tecnico capo cantiere svolta in precedenza dal signor _____ è ancora pienamente esigibile oppure no. Dapprima alcune considerazioni sull'attività di tecnico capo-cantiere: ovviamente a dipendenza della ditta in cui si lavora le attività possono differire un po' l'una dall'altra, rimane però da tenere in considerazione il fatto che proprio pazienti come il signor RI 1 con dei problemi al polso e al gomito (peraltro come sottolineato più volte dal

dott. _____ di lieve entità) quando non possono più fare il lavoro rispettivamente esercitare la professione assicurata (prendo ad esempio il muratore diplomato) vengono molto spesso riformati e riqualificati da parte dell'Assicurazione Invalidità proprio nella professione di tecnico edile. Quindi dal punto di vista generale questo assicurato per i soli postumi infortunistici riferibili al polso e al gomito a mio modo di vedere può sicuramente effettuare a pieno titolo la professione di tecnico edile. Nel caso poi del signor RI 1 risulta da un rapporto ispettivo del 14.7.2009 effettuato dal signor _____ che l'assicurato svolgeva un'attività molto leggera, infatti nella pagina 1 del rapporto citato si legge: il lavoro consiste nella direzione dei lavori. Assicurato incaricato soprattutto della parte amministrativa (preparazione delle liquidazioni, delle programmazioni, ecc.). Risulta quindi evidente che l'assicurato da un lato sta enfatizzando i problemi all'arto superiore destro e dall'altro enfatizza in modo eccessivo gli sforzi fisici che sarebbero richiesti nella professione di tecnico edile. A sostegno di quanto da me sostenuto basta anche leggere il rapporto del dott. _____ del 7 agosto 2012, in questo rapporto nei reperti notiamo che la forza di prensione a destra è di 58 kg e a sinistra di 62 kg, la mobilità del polso è abbastanza buona, il dott. _____ parla soltanto di lievi dolori, anche per il gomito abbiamo una mobilità completa con leggeri dolori ai movimenti di pro/supinazione. Nelle conclusioni il dott. _____ parla di paziente asintomatico, rispettivamente oligosintomatico e non propone nessuna cura particolare. Questo sta ad ulteriore dimostrazione della relativa banalità dei sintomi presenti. Ricordo che nel dossier più volte si trova riferimento ad allenamenti di hockey su ghiaccio, il paziente stesso ne fa riferimento in occasione di una visita medico-_____ del 13.4.2010 e anche il dott. _____ in occasione della visita del 22 settembre 2010 scriveva: "pratica anche attività sportiva come l'hockey, non fa uso di analgesici". In questa situazione non riesco veramente a capire come un paziente possa sostenere di non potere lavorare al 100% come tecnico edile. (...) Per quanto attiene alla capacità lavorativa nella professione di tecnico edile, vista proprio la situazione oligosintomatica, visto il fatto che l'assicurato effettuava una professione leggera e visto anche il fatto che normalmente pazienti che lavorando nell'edilizia e che hanno questi problemi vengono riformati nella professione di tecnico edile e visto anche il fatto che l'assicurato tende sicuramente ad enfatizzare i suoi sintomi (confronta visite medico-_____ effettuate in _____ in cui nemmeno nominava i problemi al gomito, confronta plurimi riferimenti alla pratica dell'hockey), ritengo che egli possa essere considerato abile al lavoro nella misura del 100% in tale professione." (Doc. X) Il TCA concorda con queste considerazioni, ben motivate, espresse dal dr. _____, che, del resto, non sono state smentite dall'assicurato tramite la presentazione di documentazione medico-specialistica di senso contrario. Questo Tribunale rileva, inoltre, che le conclusioni del medico di fiducia dell'assicuratore LAINF non fanno che confermare quanto già accertato dal TCA in una precedente sentenza 35.1998.7 del 14 settembre 1998, nella quale - dopo avere richiesto dei chiarimenti ai responsabili del Centro di formazione professionale della SSIC in merito all'attività di un capo-muratore, per rapporto a quella svolta da un muratore, rispettivamente, da un manovale, con particolare riguardo alla questione relativa alla necessità di sollevare o trasportare dei pesi - aveva ritenuto che la necessità di non trasportare o sollevare pesi superiori ai 15 kg non impediva all'interessato di svolgere, su di un mercato equilibrato del lavoro, la propria attività di capo-muratore in misura normale. Alla luce di quanto appena esposto, la decisione dell'CO 1 di negare il diritto ad una rendita d'invalidità non può che essere tutelata dallo scrivente TCA. Infatti, accertato che RI 1 non presenta alcuna incapacità lavorativa nella sua attività professionale

tecnico edile, è giocoforza ammettere l'inesistenza di qualsivoglia incapacità di guadagno. Il fatto che l'assicurato nella sua attività attualmente svolta presso la ditta subisca un discapito economico non può giustificare il diritto ad una rendita, ritenuto che il cambiamento di attività, contrariamente a quanto sostenuto dal ricorrente, non può essere imputato ad una necessità, dal profilo medico, di reperire un'attività maggiormente adeguata ai propri postumi infortunistici, ma unicamente ad una libera scelta dell'interessato. 2.4. Entità dell'indennità per menomazione all'integrità 2.4.1. Secondo l'art.

E. 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). 2.4.2. 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). 2.4.3. 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). 2.4.4. 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). 2.4.5. Nel caso di specie l'assicuratore LAINF resistente, sulla base della valutazione del 12 gennaio 2011 del dr. _____, ha riconosciuto all'assicurato un'IMI del 15%. Chiamato a pronunciarsi, questo Tribunale, considerata anche l'assenza di pareri specialistici divergenti, non vede motivi che gli impongano di scostarsi dall'apprezzamento del 12 gennaio 2011 del dr. _____, in seguito confermato a più riprese dallo stesso medico in risposta alle molteplici contestazioni sollevate dall'assicurato. Nell'apprezzamento del 12 gennaio 2011, il dr. _____ ha rilevato che: "(...) Siamo in presenza di un'artrosi della radio-carpica destra, che porterà molto probabilmente all'esecuzione di un'artrodesi, si deve quindi già indennizzare come se l'artrodesi fosse stata effettuata. Secondo la tabella 5.2., l'artrodesi dell'articolazione radio-carpica dà diritto ad una IMI del 15% Al gomito destro non siamo ancora in presenza di un'artrosi indennizzabile." (Doc. 137) A seguito delle contestazioni dell'assicurato, nel rapporto del 20 aprile 2011 concernente la visita medico _____ del 14 aprile 2011, il dr. _____, a proposito dell'IMI, ha specificato: " Per quanto attiene all'indennità per menomazione dell'integrità, questa non deve essere modificata. I disturbi alla spalla destra dovuti all'artrosi acromio-clavicolare non sono di competenza della CO 1 e quindi non possono essere indennizzati. La lesione parziale del lato articolare del tendine del sovraspinato è attualmente asintomatica, per cui non può essere indennizzata. Il disturbo sovra-patellare a sinistra non raggiunge i requisiti minimi (artrosi di media entità) per dare diritto ad un indennizzo. L'indennità per menomazione all'integrità non va quindi modificata." (Doc. 144) Alla luce delle critiche dell'assicurato a proposito della mancata presa in considerazione dei disturbi alla spalla destra, il dr. _____, nello scritto del 7 dicembre 2011, ha osservato: " Ci sono due lesioni alla spalla, una di competenza CO 1 e una di origine degenerativa. Il fatto che la "lesione parziale" del sovraspinato sia stata valutata come di origine post-traumatica deriva da una più attenta valutazione della RM della spalla destra dove si descriveva una piccola lesione del lato articolare del tendine stesso. Ora questa patologia non è però certa. Nell'ambito dell'opposizione propongo di esaminare ulteriormente la spalla destra tramite artro-RM per infine decidere se ci sono veramente lesioni post-traumatiche oggettivamente. Artro-RM alla spalla destra da fare al _____" (Doc. 150) Infine, dopo avere predisposto un esame di artro-RM alla spalla destra, il dr. _____, nell'apprezzamento medico del 6 febbraio 2012, ha rilevato: " Confermo quanto espresso in occasione della visita dell'aprile 2011, in particolare che la piccola lesione del lato articolare del sovraspinato può essere considerata di origine post-traumatica ma che è irrilevante dal punto di vista clinico. Secondo i reperti della visita medico-_____ dell'aprile 2011 siamo in presenza di un'artrosi acromioclavicolare parzialmente sintomatica. Questa artrosi non può essere considerata di origine post-traumatica, in quanto non vi è mai stata una lussazione dell'articolazione stessa per cui l'integrità anatomica della stessa non è mai stata modificata dall'infortunio. Per questo motivo non è stata valutata un'indennità per menomazione dell'integrità per la spalla destra

in quanto appunto oltre alla radiologia bisogna valutare la clinica al fine di assegnare un'indennità. La spalla destra mostra soltanto sintomi di un'artrosi acromioclavicolare, del resto moderata e questi sintomi non possono essere messi in relazione di nesso causale con l'infortunio per cui non si può assegnare un'IMI. La piccola lesione parziale dal lato articolare del tendine del sovraspinato è, come spesso succede, asintomatica per cui non dà diritto a un'IMI in quanto la clinica è completamente silente." (Doc. 157) In corso di causa, visto che l'assicurato ha ancora contestato la mancata presa in considerazione, nella determinazione dell'IMI, della "artrosi post-traumatica al capitello omerale e trocleo-omerale" (cfr. doc. I), il TCA ha chiesto una presa di posizione al dr. _____, il quale, con scritto del 22 marzo 2013, ha risposto: " Per quanto attiene all'integrità per menomazione dell'integrità ho assegnato una indennità per menomazione dell'integrità del 15%, tenendo conto dell'artrosi dell'articolazione radio-carpica a destra e tenendo però anche conto della possibile evoluzione futura e quindi già assegnando il 15%, infatti lo stato attuale non consentirebbe di assegnare un'indennità così alta, tenendo però conto dell'eventuale sviluppo futuro in un'artrosi di grave entità ho già assegnato appunto un'indennità del 15%. Per quanto attiene al gomito, non ho assegnato alcuna indennità per menomazione dell'integrità per i seguenti motivi: il gomito presenta una mobilità normale, l'assicurato a più riprese non aveva più lamentato dolori al gomito, basti pensare alla visita medico-_____ del 14 aprile 2011, dove l'assicurato stesso diceva che voleva semplicemente essere sicuro che tutti i suoi problemi fossero riconosciuti e nemmeno citava problemi al gomito destro. Il dott. _____ stesso anche nella visita del 7 agosto 2012 parla di situazione oligo-, rispettivamente asintomatica, quindi per il gomito non si può assolutamente pensare che vi sia qualcosa che vada al di là di un'artrosi che può essere definita di lieve entità; secondo le Tabelle SUVA le artrosi di lieve entità non danno però diritto all'assegnazione di una indennità. Inoltre, quando si assegna l'indennità per menomazione dell'integrità, si deve tenere conto della situazione generale, soprattutto se le menomazioni riguardano la stessa parte del corpo, ora a titolo comparativo secondo la tabella 3.7, l'amputazione di un braccio al di sopra del gomito dà diritto ad un'IMI del 50%, se si considera la situazione clinica complessiva dell'assicurato siamo lontani anni luce da questa situazione per cui già l'assegnazione di un'IMI del 15%, per lo stato attuale, è estremamente generosa. Si è, però, come detto prima, tenuto conto di una possibile evoluzione negativa. In conclusione, ritengo che l'IMI attualmente assegnata al signor RI 1 sia più che sufficiente e rispecchi perfettamente la sua situazione, anzi a leggere l'ultimo rapporto del dott. _____ dove parla di situazione a/oligosintomatica già si tratta di una IMI estremamente generosa." (Doc. X) Il TCA concorda con questa esposizione dettagliata e convincente, con la quale il dr. _____ ha motivatamente spiegato le ragioni per le quali, nel caso concreto, il grado di menomazione durevole - tenuto conto della artrosi dell'articolazione radio-carpica e anche della probabile evoluzione futura verso un'artrosi - raggiunge il 15%. Giova, del resto, ribadire 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 (cfr. 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 pronuncia 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.). In questo senso le sofferenze soggettive patite dall'assicurato, non possono essere prese in considerazione nella valutazione dell'indennità per menomazione all'integrità. D'altro canto, il ricorrente ha sì preteso di avere diritto a un'IMI di un'entità maggiore, senza tuttavia portato alcun argomento medico-scientifico pertinente a sostegno di questa sua richiesta. Ne discende che questo Tribunale non è confrontato con validi indizi concreti suscettibili di far dubitare della fondatezza della valutazione, ben motivata, formulata dal dr. _____. Nella misura in cui all'assicurato è stata riconosciuta un'IMI del 15%, la decisione su opposizione del 10 luglio 2012 merita quindi di essere confermata. 2.5. L'assicurato ha chiesto l'audizione dei suoi datori di lavoro (cfr. doc. I). Va qui ricordato che, 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, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° ed., pag. 274, si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41; 122 III 223 consid. 3; 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art.

E. 29

cpv.2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Il TCA rinuncia all'assunzione di ulteriori prove, ritenendo la situazione sufficientemente chiarita.

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