

## **TI\_GERICHTE 35.2012.72 vom 11. Juli 2013**

TI Tribunale d'appello, 2013-07-11, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_35.2012.72](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2012.72)

FR: TI\_GERICHTE 35.2012.72 du 11 juillet 2013

IT: TI\_GERICHTE 35.2012.72 del 11 luglio 2013

### **Regeste**

Assicuratore LAINF ha correttamente rifiutato all'assicurato, per le sole conseguenze dell'infortunio e facendo astrazione dai problemi ORL (non in nesso causale con l'infortunio), il diritto ad una rendita. Corretta anche attribuzione di un'IMI aggiuntiva del 5% rispetto a quella precedente del 10%

### **Erwägungen**

#### **E. 5**

b/bb, 118 V 286 e 117 V 365 in fine; cfr., pure, U. Meyer-Blaser, Kausalitätsfragen aus dem Gebiet des Sozialversicherungsrechts, in SZS 2/1994, p. 104s. e M. Frésard, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], n. 39). 2.2.3. Con la decisione su opposizione impugnata, l'amministrazione, facendo capo alla valutazione espressa dal proprio medico fiduciario dr. \_\_\_\_\_, specialista FMH in chirurgia ortopedica, ha escluso la propria responsabilità per quanto riguarda le affezioni ORL. In occasione della visita medica \_\_\_\_\_ del 13 dicembre 2011, il dr. \_\_\_\_\_ ha posto quali diagnosi non di competenza CO 1 quelle di "spondilosi ed uncartrosi C4 a C7, ernia discale C5/C6 e C6/C7 con probabile conflitto radicolare C7 a sinistra; lieve sindrome del tunnel carpale a sinistra; deficit vestibolare periferico a sinistra; ipoacusia bilateralmente; diabete mellito" (doc. 61 fasc. 5). L'assicurato, dal canto suo, ha a più riprese contestato la decisione dell'amministrazione di non considerare di origine infortunistica i suoi disturbi ORL, rilevando di avere rotto il timpano sinistro a seguito della caduta del 7 giugno 2011. Attentamente vagliata la documentazione medica presente agli atti questa Corte, chiamata a pronunciarsi in merito a una questione di carattere medico, ritiene che l'apprezzamento del 13 dicembre 2011 del dr. \_\_\_\_\_ (cfr. doc. 61 fasc. 5), sanitario che vanta un'ampia esperienza in materia di medicina infortunistica e assicurativa e secondo cui le diagnosi di "deficit vestibolare periferico a sinistra e ipoacusia bilateralmente" non sono da considerare di competenza CO 1, possa validamente costituire da supporto probatorio al presente giudizio, senza che si riveli necessario esperire ulteriori provvedimenti probatori. Va, a tale proposito, innanzitutto osservato che la valutazione del dr. \_\_\_\_\_ si basa sugli esiti degli accertamenti audiologici ai quali l'assicurato è stato sottoposto in data 12 luglio 2011 - e quindi a distanza di solo un mese dall'infortunio del 7 giugno 2011 - presso il Servizio di audiovestibologia dell'Ospedale \_\_\_\_\_. Nel referto del 18 luglio 2011, il dr. \_\_\_\_\_ e la dr.ssa \_\_\_\_\_, posta la diagnosi di "deficit vestibolare periferico a sinistra", di eziologia "incerta", con possibile diagnosi differenziale di un "idropo endolinfatico, infiammatorio, virale, neurodegenerativo, cerebrovascolare", hanno rilevato che "il paziente riferisce da circa quattro mesi vertigini soggettive con instabilità, presenti unicamente alla deambulazione", riscontrando, all'esame ORL, un "condotto uditivo libero bilateralmente, membrana timpanica intatta" (doc. 11

fasc. 5). Le conclusioni del dr. \_\_\_\_\_ inoltre e soprattutto, trovano conferma anche nel referto del dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in malattie orecchio naso gola, consultato in corso di causa dall'assicurato stesso su richiesta del proprio medico curante, dr. \_\_\_\_\_. Nel suo referto del 14 marzo 2013, il dr. \_\_\_\_\_ ha chiaramente escluso l'esistenza di disturbi di origine post-traumatica, rilevando che: "(...) Riassumendo non possiamo al momento attuale rilevare alcun indizio clinico o strumentale che indichi la presenza o gli esiti d'un trauma otologico con sequele funzionali. Le membrane timpaniche si presentano calme ed intatte, la capacità uditiva è leggermente diminuita ad entrambe le orecchie in modo simmetrico, come nell'incipiente presbiacusia." (Doc. E1) Quanto alla pretesa necessità - invocata a più riprese dal ricorrente per giustificare un suo presunto diritto ad una rendita di invalidità - di essere sottoposto ad una visita neurologica, come richiesto dal dr. \_\_\_\_\_ il TCA evidenzia, innanzitutto, che nel referto del 14 marzo 2013 questo specialista si è limitato ad indicare che "abbiamo anche accennato all'eventualità di procedere ad un consilium neurologico", senza aggiungere altro (doc. E1). Inoltre, il TCA sottolinea che l'assicurato è stato, nel corso degli anni, più volte visitato da specialisti in neurologia, in particolare dal dr. \_\_\_\_\_ e dal dr. \_\_\_\_\_. In particolare, dopo la caduta del 7 giugno 2011 oggetto della presente controversia, il dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in neurologia, nell'ultimo referto del 13 febbraio 2012 concernente le visite mediche del 20 gennaio 2012 e del 3 febbraio 2012, dopo aver posto le diagnosi di "nuova caduta, eventualmente su ipoglicemia (7.6.2011) con nuova frattura scomposta al polso sinistro, rioperata il 16.6.2011; persistente sofferenza del nervo mediano nel canale carpale, presenza anche di una polineuropatia distale simmetrica di origine diabetica; disturbi dell'equilibrio multifattoriali in presenza della neuropatia, vecchia lesione vestibolare sinistra", ha specificatamente indicato che l'assicurato è "noto fin dal 1985 per una sindrome vestibolare sinistra, eventualmente all'inizio di origine infiammatoria, nell'ambito di una polinevrite cranica (paresi del III nervo cranico destro nel 1976) si era all'epoca anche sospettata la presenza di una malattia demielinizzante, in seguito non più confermata" (doc. 78 fasc. 5). Il dr. \_\_\_\_\_ - dopo accurata analisi dell'interessato, la quale ha permesso di escludere la presenza di lesioni demielinizzanti del sistema nervoso centrale, di una sindrome cervico-vertebrale maggiore e di una sofferenza midollare cervicale - ha concluso di non avere particolari proposte terapeutiche (doc. 78 fasc. 5). In esito alle considerazioni che precedono, il TCA non ritiene dimostrato, secondo il grado della verosimiglianza preponderante caratteristico del settore della sicurezza sociale (cfr. cfr. STF 8C\_999/2010 del 15 marzo 2011; STF 8C\_911/2010 del 10 marzo 2011 consid. 3.2; STF 8C\_909/2010 del 1° marzo 2011; DTF 129 V 177 consid. 3 pag. 181; DTF 126 V 353 consid. 5b pag. 360; DTF 125 V 193 consid. 2 pag. 195 ), un legame causale tra i disturbi ORL presentati dall'assicurato e l'infortunio del 7 giugno 2011 assunto dall'assicurato infortuni. Analogo discorso vale per i problemi a livello dorsale e lombare fatti valere dall'assicurato, per la prima volta, in corso di causa, tramite presentazione dei rapporti MRI colonna dorsale del 26 febbraio 2013 (cfr. doc. D2) e MRI colonna lombare 13 febbraio 2013 (cfr. doc. D1). In entrambi i referti, difatti, vengono poste in rilievo "alterazioni degenerative spondilolitiche ventrali e dorsali su diversi livelli" (doc. D2), rispettivamente la "marcata degenerazione e disidrosi delle strutture discali del tratto lombare, la lieve anterolistesi di L3 su L4 di natura verosimilmente degenerativa e i concomitanti marcati aspetti degenerativo-artrosici in sede somatica con osteofitosi anteriore e posteriore" (doc. D1). 2.3. Diritto alla rendita di invalidità Si tratta ora di valutare il grado d'invalidità e dell'IMI spettanti a RI 1 tenuto conto dei soli danni alla

salute in relazione di causalità con l'infortunio del 7 giugno 2011. 2.3.1. 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. 2.3.2. 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 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 .

2.3.3. 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 contabile, ritenuta piena dall'assicuratore infortuni, ma non dal ricorrente. In occasione della visita medica \_\_\_\_\_ del 13 dicembre 2011, il dr. \_\_\_\_\_, specialista FMH in chirurgia ortopedica, ha posto le diagnosi di competenza CO 1 di "frattura pluriframmentaria intrarticolare e metafisaria del radio distale sinistro e frattura del processo stiloide ulna sinistra (7.6.2011); malunione radio distale sinistro con raccorciamento e in estensione con incongruenza e artrosi dell'articolazione radioulnare distale polso sinistro. Artrosi della radiocarpica e della ulnocarpica nonché intracarpica a sinistra; frattura extrarticolare del radio distale sinistro (2.4.2009); probabile trauma distorsivo della colonna cervicale (7.6.2011); trauma contusivo emicostato sinistro (7.6.2011)" (doc. 61 fasc. 5). Il dr. \_\_\_\_\_, considerato che l'assicurato non necessitava di cure particolari - ma indicando solo che "eventualmente, in futuro, da considerare l'asportazione della placca al polso sinistro. A lungo termine da prevedere progressione delle alterazioni artrosiche con in futuro aumento della sintomatologia algica e del deficit funzionale richiedendo ulteriori trattamenti medici", cfr. doc. 61 pag. 9 fasc. 5) - ha ritenuto che egli potesse riprendere l'attività lavorativa al 100% a partire dal 23 dicembre 2011 (doc. 61 fasc. 5). Il medico \_\_\_\_\_ ha, al riguardo, precisato che "in base all'esame clinico e radiologico attualmente non abbiamo elementi che incidono sulla capacità lavorativa e per le conseguenze infortunistiche dell'infortunio avvenuto il 7.6.2011 l'assicurato rimane abile al lavoro svolto prima dell'infortunio in misura completa come riferito in occasione dell'ultima visita medico-circondariale. Attualmente persiste però un'inabilità lavorativa al 100% a causa del temporaneo peggioramento della situazione provocata dal nuovo infortunio del 18.11.2011. Da prevedere di nuovo ripresa del lavoro in misura completa a partire dal 23 dicembre 2011" (doc. 61 pag. 9 fasc. 5). Il TCA concorda con queste considerazioni, ben motivate, espresse dal dr. \_\_\_\_\_, che, del resto, non sono state smentite in sede ricorsuale dall'assicurato tramite la presentazione di documentazione medico-specialistica di senso contrario. Le conclusioni del dr. \_\_\_\_\_, inoltre, sono state condivise anche dal dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia della mano, il quale, nel referto del 4 giugno 2012, ha rilevato che "attualmente il paziente ha dei dolori molto

comprensibili legati in modo particolare all'articolazione radio-ulnare distale e all'impingement ulno-carpico. I movimenti di flessione-estensione (30-0-50°), di duzione ulno-radiale (30-0-20°) e di prosupinazione (60-0-60°) si sovrappongono a quelli da me misurati al 9 giugno 2010. Ciò significa che la situazione attuale, dopo l'incidente del 7 giugno 2011, è ritornata come prima" (doc. 109 fasc. 5). Quanto al problema dei dolori risentiti dall'assicurato, il dr. \_\_\_\_\_ ha indicato di concordare "con quanto già proposto dal Prof. dr. med. \_\_\_\_\_ alla Clinica Universitaria del \_\_\_\_\_ ovverosia la resezione della testa dell'ulna e l'introduzione di un'endoprotesi. Chiaramente questo intervento deve essere fatto se i dolori sono tali da rendere la vita del paziente molto difficoltosa" (doc. 109 fasc. 5). Il TCA rileva - per inciso - che il suddetto intervento di resezione della testa dell'ulna, in un primo momento accettato dall'assicurato (doc. 91 fasc. 3), è stato poi da lui rifiutato, come risulta dal referto concernente la visita medica \_\_\_\_\_ del 4 novembre 2010 redatto il 9 novembre 2010 dal dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia generale e della mano, il quale aveva ritenuto, a quel momento, RI 1 pienamente abile al lavoro nella sua precedente attività d'ufficio dal mese di novembre 2010 (doc. 114 fasc. 3). Le critiche sollevate dal ricorrente riguardo al modo di agire dell'assicuratore infortuni - reo, a suo avviso, di avere inviato copia della valutazione effettuata dal dr. \_\_\_\_\_ al dr. \_\_\_\_\_, da lui chiamato a rendere un giudizio neutrale, così da influenzarne l'apprezzamento (cfr. doc. IX) - non possono essere condivise da questo Tribunale. Infatti, da una parte, il dr. \_\_\_\_\_, già nel passato, era stato messo al corrente delle valutazioni espresse dai medici \_\_\_\_\_ dell'assicuratore infortuni (cfr. doc. 101 e doc. 114 fasc. 3) e, d'altra parte, il fatto di disporre della valutazione del dr. \_\_\_\_\_ serviva, semmai, al dr. \_\_\_\_\_ per avere conoscenza della situazione globale dell'interessato, in modo tale da poter esprimere un parere in piena conoscenza di causa. Infine, la valutazione del dr. \_\_\_\_\_ non può venire smentita dal referto del 9 marzo 2012, con il quale il dr. \_\_\_\_\_, medicina generale, ha attestato una inabilità lavorativa del 100% dal 23 dicembre 2011 al 31 marzo 2012 "per dolori all'arto superiore sinistro, vertigini e instabilità corporea in relazione con l'infortunio del 1.4.2009 e l'infortunio del 7.6.2011" (doc. 98a fasc. 5), ritenuto che, come visto in precedenza (cfr. consid. 2.2.3.), i disturbi di natura ORL non sono a carico dell'assicuratore infortuni. Del resto, con certificato del 28 febbraio 2012, il dr. \_\_\_\_\_, Capo clinica di chirurgia dell' \_\_\_\_\_, ha attestato una totale inabilità lavorativa dell'assicurato dal 23 dicembre 2011 al 31 marzo 2012 "per malattia", specificando che l'inabilità è dovuta a "dolore post-traumatico polso sx; artrosi polso; polineuropatia diabetica; disturbi vestibolari" (doc. 98b fasc. 5). Infine, il TCA rileva che, come del resto già indicato dal dr. \_\_\_\_\_ in occasione della visita medica \_\_\_\_\_ del 14 settembre 2011, l'assicurato presenta anche "una nota artrosi degenerativa pisotriquetrale della mano sinistra" e "i riferiti disturbi all'avambraccio e al braccio sono solo parzialmente spiegabili con i postumi infortunistici" (cfr. doc. 148 pag. 7 fasc. 3). Da notare, pure, la presenza di aspetti degenerativi carpo-metacarpali, come indicato dal dr. \_\_\_\_\_ nel referto del 28 ottobre 2009 concernente l'esame TAC polso sinistro del 28 ottobre 2009 (doc. 60 fasc. 3). Alla luce di quanto appena esposto, la decisione dell'CO 1 di negare il diritto ad una rendita d'inabilità non può che essere tutelata dallo scrivente TCA. Infatti, accertato che, per le sole sequele post-infortunistiche, l'assicurato non presenta alcuna incapacità lavorativa nella sua attività professionale di contabile, è giocoforza ammettere l'inesistenza di qualsivoglia incapacità di guadagno. 2.4. Entità dell'indennità per menomazione all'integrità 2.4.1. 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). 2.4.2. 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 4 novembre 2010 del dr. \_\_\_\_\_ (doc. 113 fasc. 5) e di

quella del 13 dicembre 2011 del dr. \_\_\_\_\_ (doc. 60 fasc. 5), ha riconosciuto all'assicurato un'IMI globale 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 13 dicembre 2011 del dr. \_\_\_\_\_ in seguito confermato anche dal dr. \_\_\_\_\_. Nel precedente apprezzamento medico del 4 novembre 2010 relativo agli esiti degli eventi infortunistici del 2 aprile 2009 e del 7 giugno 2010, il dr. \_\_\_\_\_ aveva assegnato un'IMI del 10%, sulla base delle seguenti considerazioni: " Si considera in particolar modo la tabella no 5 (revisione 2000) concernente la menomazione all'integrità fisica riguardante stati di artrosi post-traumatica alle estremità superiori, e presente nell'assicurato un'artrosi in particolar modo dell'articolazione radio-ulnare sinistra del polso adominante. Valutando l'assicurato sia dal punto di vista clinico funzionale e valutando gli esami radiologici, viene considerata appunto l'artrosi dell'articolazione radio-ulnare sinistra apparsa dopo l'infortunio del 2.4.2009 in cui il paziente ha subito la frattura del radio distale curata conservativamente. È presente un accorciamento del radio con impingement della testa dell'ulna nel carpo e un'artrosi dell'articolazione radio-ulnare distale, di grado medio, che dà diritto appunto ad un'IMI del 10%." (Doc. 113 fasc. 3) A seguito dell'infortunio del 7 giugno 2011, nella valutazione del 13 dicembre 2011, il dr. \_\_\_\_\_ ha osservato: " Probabilmente la nuova frattura intraarticolare del radio distale ha peggiorato in modo direzionale la situazione a livello della radiocarpica con accentuazione della preesistente e molto probabilmente progrediente artrosi in futuro. Quindi considerando ulteriori prevedibili peggioramenti la situazione è paragonabile a un'artrosi della radiocarpica di grave entità che viene valutata secondo la tabella 5.2 da 10 a 25% ma situazione comunque non peggiore di una artrodesi del polso che viene valutata in misura del 15% secondo la tabella 5.2 e quindi il valore complessivo per i postumi infortunistici al polso sinistro viene considerato nella misura del 15%. Visto che nel passato è già stato concesso il 10% rimane il valore netto del 5%." (Doc. 60 fasc. 5) 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'artrodesi - raggiunge il 15%. La valutazione del dr. \_\_\_\_\_ del resto, è stata condivisa anche dal dr. \_\_\_\_\_, il quale, nel referto del 4 giugno 2012, ha rilevato che "per quanto riguarda la valutazione del danno residuale permanente concordo con il dr. med. \_\_\_\_\_ ovverosia il danno residuale permanente è del 15%, il cui 10% era già stato anticipato prima del secondo incidente e il 5% è stato valutato in un secondo momento" (doc. 109 fasc. 5). Giova, del resto, ribadire che l'indennità per menomazione dell'integrità si valuta sulla base di constatazioni mediche. C'è a significare che per tutti quegli assicurati che presentano uno stesso status medico, la menomazione all'integrità sarà la medesima; essa è, in effetti, stabilita in maniera astratta, uguale per tutti. In altri termini, l'ammontare dell'IMI non dipende dalle circostanze particolari del caso concreto, bensì da un apprezzamento medico-teorico della menomazione fisica o psichica, 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 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.). 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 portare 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 5% in aggiunta a quella del 10% già riconosciutagli in precedenza, per un'IMI complessiva del 15%, la decisione su opposizione del 16 agosto 2012 merita quindi di essere confermata.

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