

## **TI\_GERICHTE 35.2013.25 vom 7. August 2013**

TI Tribunale d'appello, 2013-08-07, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_35.2013.25](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2013.25)

FR: TI\_GERICHTE 35.2013.25 du 7 août 2013

IT: TI\_GERICHTE 35.2013.25 del 7 agosto 2013

### **Regeste**

Revisione IMI. L'amministrazione ha negato a giusta ragione un aumento dell'IMI in quanto - secondo il consulente medico interpellato - non vi è una progressione delle placche pleuriche da asbesto. Confermata IMI 12,5%

### **Erwägungen**

#### **E. 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). Aggravamenti futuri giustificano un aumento della menomazione all'integrità soltanto se l'intervento di un peggioramento è probabile. Per contro, non possono essere presi in considerazione peggioramenti che sono semplicemente possibili (cfr. RAMI 1998 U 320, p. 600 consid. 3b e riferimenti ivi citati; Th. Frei, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, Friburgo 1998, p. 50). 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 deve 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. 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). 2.7. Nel caso di specie, l'CO 1 con la decisione del 25 novembre 2004 (doc. 72) ha attribuito all'assicurato un'indennità per menomazione dell'integrità del 12,5% sulla base della valutazione medica del Dr. \_\_\_\_\_, specialista FMH in medicina generale e medicina del lavoro, della Divisione medica dell'CO 1. Nel rapporto del 1° novembre 2004 il medico si è così espresso. "Beim Versicherten bestehen beidseitige, teilweise verkalkte Pleuraverdickungen, die auf die frühere berufliche Asbestexposition zurück zu führen sind. Anamnestisch kam es zu rezidivierenden Pleuraergüssen. Weiter bestehen eine chronisch obstruktive Pneumopathie bei massivem Nikotinabusus, ein intrinsisches Asthma bronchiale una Adipositas. Aufgrund ausführlicher Abklärungen im Juli und September 03 von Dr. \_\_\_\_\_ ist die medizinischtheoretische pulmonale Invalidität auf 50% einzuschätzen. Aufgrund der allgemeinen Erfahrungen mit gutartigen asbestbedingten Pleuraveränderungen sowie der dokumentierten Konstanz der Lungenfunktion in den zwei

Jahren vor dem Gutachten ist keine Verschlimmerung des beruflichen Anteils voraussehbar. Gemäss Tabelle 10 der Reihe "Integritätsentschädigung gemäss UVG" wird eine medizinisch-theoretische pulmonale Invalidität von 50% einem Integritätsschaden von 25% gleichgesetzt. Die Hälfte davon beruflich bedingt" (doc. 69). Nell'ambito della richiesta di aumento postulata dall'assicurato, l'CO 1 ha interpellato nuovamente in Dr. \_\_\_\_\_, il quale in data 4 giugno 2012 ha fornito la seguente presa di posizione: " (...) L'assicurato, nell'ambito dei comuni controlli a causa della precedente esposizione professionale all'amianto e della presenza di placche pleuriche, è stato visitato dal Dr. \_\_\_\_\_; lo pneumologo è giunto a questo apprezzamento: nonostante la percezione soggettiva di un lieve peggioramento della dispnea da sforzo, dal punto di vista della funzione polmonare si può evidenziare un miglioramento della componente restrittiva, permanendo invariata la sindrome ostruttiva. Questo miglioramento della componente restrittiva si può senz'altro dedurre dal valore di TLC alla visita del 29.3.2012: il risultato di 76% è più alto del valore ottenuto in precedenza (si veda l'apprezzamento del 6.5.2011). Se ci si riferisce al valore di FVC non si osservano variazioni di questo dato che era stato misurato nel corso della perizia effettuata dalla pneumologia dell'\_\_\_\_\_ nell'ottobre 2005 (allora corrispondeva al 65% del valore atteso; attualmente al 64%). L'aumento della calcificazione delle placche pleuriche (senza aumento del volume delle placche stesse), citato nel referto della TC del 27.4.2012 e nell'apprezzamento del Dr. \_\_\_\_\_, non ha quindi condotto a un aumento della restrizione. La valutazione, per quanto concerne gli esiti della malattia professionale, resta quindi invariata. Relativamente alle domande della CO 1 del 30.5.2012 si replica come segue: non è presente alcuna variazione della valutazione della menomazione dell'integrità in confronto alla situazione rilevata durante la perizia del 2005. Relativamente alla domanda se la situazione attuale sia da ricondurre alla malattia professionale: come si rileva dalla perizia del 2005, la dispnea da sforzo del signor RI 1 è legata per un terzo a fattori professionali. (Per quanto riguarda gli ulteriori fattori allora citati: la cardiomiopatia ipertensiva è citata anche nel referto attuale del Dr. \_\_\_\_\_; essa è in terapia farmacologica come anche la BPCO estranea alla professione. Il sovrappeso non compare nell'elenco delle diagnosi, il BMI tuttavia è elevato e praticamente invariato rispetto al 2005). Per quanto riguarda le ulteriori procedure da parte della CO 1: sono previsti in futuro controlli annuali, nei quali si deve tenere in conto, considerando le nuove procedure della CO 1 in assicurati con placche pleuriche da amianto, un'anamnesi di tabagismo di oltre 30 pacchi/anno. In questa situazione, se l'assicurato è d'accordo, vanno programmati in ogni caso controlli TC annuali. (doc. 199). Da parte sua l'assicurato ha prodotto il referto del 3 dicembre 2012 del Dr. \_\_\_\_\_, Capo-servizio di pneumologia all'Ospedale Regionale di \_\_\_\_\_, il quale ha posto la seguente diagnosi e conclusione (doc. 212): " (...) Conclusioni Il signor RI 1, ex operaio saldatore, sottoposto durante gli anni fino al 1985 ad esposizione indiretta all'amianto, presenta dal 1999-2000 delle alterazioni pleuriche che sono state oggetto di indagini sfociate nella conferma di cosiddette alterazioni pleuriche benigne di origine asbestotica che nel corso degli anni hanno avuto dapprima una certa progressione soprattutto per quanto riguarda il contenuto calcifico delle stesse. Ciò è avvenuto soprattutto a partire dal 2011. L'assicurato presenta già a partire dalle prime indagini eseguite su incarico della CO 1 dai vari specialisti tra cui noi stessi nel 2002 un disturbo ventilatorio di tipo restrittivo a cui si è associato nel corso degli anni pure un leggero disturbo ventilatorio di tipo ostruttivo ed un iperirraggiabilità bronchiale. Tutti i colleghi che hanno visitato il signor RI 1 concordano sostanzialmente sulle diagnosi. Alla luce dei dati attuali le diagnosi precedenti sono confermate. Sono presenti alterazioni

peluriche cosiddette benigne di tipo asbestotico in parte calcifiche. Di regola queste alterazioni, come già confermato anche precedentemente non rappresentano a priori uno stato morboso, rispettivamente non sono sempre ed indissolubilmente legate ad un disturbo ventilatorio di tipo restrittivo. Malgrado questo dubbio già a partire dal 2002 ed in seguito, si è confermata la relazione tra il disturbo ventilatorio di tipo restrittivo e le alterazioni asbestotiche. Purtroppo la concomitante presenza di altre affezioni (BPCO, obesità corporea, disfunzione diastolica cardiaca nell'ambito di una cardiopatia ipertensiva) può contribuire all'insorgenza dei disturbi respiratori, in particolare del mancamento di fiato. Ciò rappresenta la realtà per molti pazienti e spesso ciò è difficile comprensione. Ora ci si trova confrontati con un paziente 67enne, obeso, diabetico, iperteso, affetto da una lieve BPCO che lamenta da anni una progressione della dispnea allo sforzo. Oggettivamente possiamo constatare quale unico cambiamento significativo rispetto agli esami peritali eseguiti nel 2002, 2003 e 2005 (\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_) un cambiamento dei risultati del test ergospirometrico. L'esame attuale mostra dei risultati da un lato sovrapponibili con quelli ottenuti dal Dr. \_\_\_\_\_ (valore del V02 max sostanzialmente uguale), mentre rispetto ai precedenti esami si constata ora una significativa diminuzione del tasso d'ossigeno nel sangue da 9.4 a 8.8 kPa, valore non ottenuto precedentemente e significativo per un disturbo dello scambio gassoso. Gli ulteriori esami funzionali (determinazione della capacità vitale, totale, dei parametri della diffusione) confermano la presenza di un disturbo ventilatorio di tipo restrittivo di sostanziale identica gravità (disturbo restrittivo moderato) e di un concomitante disturbo ventilatorio ostruttivo di grado leggero. Solo quest'ultimo si è radicalmente modificato rispetto agli esami del 2000 e 2002. In conclusione rispetto agli esami peritali più recenti (2003 e 2005) si possono constatare oggettivamente un aumento delle alterazioni pleuriche calcifiche ed un peggioramento dello scambio gassoso sotto sforzo con limitazione funzionale marcata. Può insorgere il ragionevole dubbio se queste alterazioni funzionali siano direttamente in relazione con cambiamenti constatati a livello pleurico. I dati della letteratura di regola parlano per una ridotta relazione tra le alterazioni funzionali e la presenza di placche pleuriche benigne di tipo asbestotico. Tuttavia la relazione è presente, indiscutibile e non messa in dubbio. D'altro canto non constatiamo cambiamenti di rilievo delle altre affezioni note: l'obesità corporea non è aumentata in maniera rilevante (2 kg rispetto al 2002) né è presente un marcato aggravamento della BPCO rispettivamente della cardiopatia ipertensiva (referti ecocardiografici eseguiti fino in tempi recenti sostanzialmente invariati). Non sono presenti nozioni di embolie polmonari e la presenza di parametri della diffusione alveolo capillare invariati depone contro la presenza di embolie polmonari recidivanti significative rispettivamente contro la potenziale insorgenza di un'ipertensione polmonare. Il disturbo ventilatorio restrittivo è perciò a nostro modo di vedere indissolubilmente legato alla presenza delle placche pleuriche. In conclusione consideriamo come già i precedenti periti che il signor RI 1 soffre di una dispnea di origine multifattoriale dovuta a: 1. Disturbo ventilatorio di tipo restrittivo di grado moderato in relazione con placche pleuriche cosiddette asbestotiche 2. BPCO di grado leggero su un pregresso tabagismo 3. Obesità corporea BMI 34 4. Cardiopatia ipertensiva nota con lieve disfunzione diastolica La sindrome delle apnee da sonno di grado moderato a severo diagnosticata nel 2007 e sottoposta con successo ad una ventiloterapia con apparecchiatura C-PAP non concorre a nostro modo di vedere alla dispnea al minimo sforzo. I test funzionali eseguiti, rispettivamente il test ergospirometrico, non permettono in maniera assoluta di dirimere la questione particolare e cioè di determinare con certezza o elevata probabilità la percentuale

di causalità di ogni affezione responsabile della dispnea allo sforzo. Correttamente i precedenti periti, in particolare il Prof. \_\_\_\_\_, hanno concluso che il disturbo ventilatorio restrittivo, in relazione con la malattia professionale, concorre in maniera preponderante alla dispnea del paziente. Rispetto al 2005 riteniamo che, sulla base del peggioramento dei risultati del test ergospirometrico, non altrimenti spiegabile, si possa valutare un peggioramento della cosiddetta invalidità medico teorica pneumologica superiore al 33.3 % allora stimato e che possa raggiungere al minimo il 50%. In via teorica, trattandosi ora di un paziente già in età AVS e a beneficio inoltre precedentemente di una rendita d'invalidità a partire dal 1989, l'assicurato è da considerare attualmente inabile al lavoro per qualsiasi lavoro fisico pesante e medio pesante e moderato al 100%. È presente una capacità lavorativa solo per lavori fisici sedentari leggeri massima del 50% (...) 2

Diagnosi · Disturbo ventilatorio di tipo restrittivo di grado moderato su placche asbestotiche benigne bilaterali su nota pregressa esposizione all'amianto. · BPCO di grado leggero su pregresso tabagismo · Obesità corporea BMI 34 · Sindrome delle apnee da sonno di tipo ostruttivo di grado medio forte in ventiloterapia con apparecchiatura C-PAP · Diabete mellito non insulino richiedente · Ipertensione arteriosa · Sindrome lombo vertebrale cronica con componente spondilogenica su precedente trauma lombare 1985 In merito all'evoluzione dei disturbi pneumologici il Dr. \_\_\_\_\_ ha così riferito: " (...) Il signor RI 1 lamenta un peggioramento della sua dispnea allo sforzo fin dalla sua insorgenza all'inizio degli anni 2000. I referti clinici, radiografici e funzionali sono rimasti sostanzialmente invariati fino in tempi recenti (in particolare fino al 2010 compreso). Dal 2011 v'è stato un unico cambiamento nel referto radiografico delle placche asbestotiche, referto confermato nel 2012 e di cui il sig. RI 1 è a conoscenza e che lui stesso ritiene essere la causa del peggioramento. Non vi sono stati peggioramenti oggettivi degli esami funzionali statici dal 2005 a tutt'oggi ma si è constatato invece un peggioramento nello scambio gassoso (disturbo dello scambio gassoso che riteniamo per lo meno possa essere attribuito al disturbo ventilatorio di tipo restrittivo relativo alle placche asbestotiche, peggioramento oggettivo. (doc. 212). L'CO 1 ha trasmesso il rapporto di valutazione pneumologica del Dr. \_\_\_\_\_ al Dr. \_\_\_\_\_ per una sua presa di posizione (doc. 214). Lo specialista della Divisione medica dell'CO 1 si è così espresso: " (...) In relazione al referto del Dr. \_\_\_\_\_ del 03.12.12: l'attuale invalidità medica teorica polmonare viene stimata al 50%. Nella sezione "Conclusioni" si fa riferimento a un peggioramento dei risultati dell'ergospirometria come base per questa valutazione. Nel referto dell'ergospirometria del 28.11.12 si nota, tuttavia, che durante l'accertamento le riserve respiratorie non erano esaurite, contrariamente all'esame del 03.10.05 durante la perizia presso l'\_\_\_\_\_. Il mancato esaurimento delle riserve respiratorie durante l'esame attuale chiarisce, almeno in parte, la differenza eclatante rispetto alla visita del 2005 all'\_\_\_\_\_ riguardo al raggiungimento della prestazione massima: 2005 107 Watt, 2012 50 Watt (nel 2003, durante la visita presso il Dr. \_\_\_\_\_, sono stati raggiunti 60 Watt). Per un confronto, quindi, è necessario inviare la perizia del Prof. \_\_\_\_\_ al Dr. \_\_\_\_\_, anche richiamandone in particolare l'attenzione: in quella sede l'invalidità medica teorica è stata stimata al 33 ■ % in base alla riduzione di un terzo della capacità vitale (pagina 9 della perizia di allora). Dato che la capacità vitale attualmente misurata è del 61%, non si è avuta nessuna sostanziale variazione, cosa che lo stesso Dr. \_\_\_\_\_ osserva nella sua perizia ("Non vi sono stati peggioramenti oggettivi degli esami funzionali statici dal 2005 a tutt'oggi"; la capacità vitale il 03.10.05 presso l'\_\_\_\_\_ era al 65%, il 29.03.12 presso il Dr. \_\_\_\_\_ al 64%). Al contrario, sulla base del referto, si constata un peggioramento

degli scambi gassosi, fatto che induce a cercare la causa di questo dato. In associazione all'esposizione all'amianto, si pensa prima di tutto a un'asbestosi, cioè una fibrosi polmonare da amianto. Una tale patologia, tuttavia, non è presente in questo caso.” (doc. 220). 2.8. Chiamato a esprimersi su una questione di carattere medico questo Tribunale, tutto ben considerato, ritiene di non avere valide ragioni per distanziarsi dagli apprezzamenti espressi dal medico fiduciario dell'CO 1. Infatti, il Dr. \_\_\_\_\_ facendo riferimento alla valutazione del Dr. \_\_\_\_\_ del 16 maggio 2012, ha rilevato che nonostante la percezione soggettiva di un lieve peggioramento della dispnea da sforzo, dal punto di vista della funzione polmonare si può evidenziare “ un miglioramento della componente restrittiva in presenza di una sindrome ostruttiva leggera invariata ” (doc. 193, 199) . Egli ha quindi ritenuto invariati gli esiti della malattia professionale e di conseguenza – secondo il Dr. \_\_\_\_\_ – non è presente alcuna variazione della valutazione della menomazione dell'integrità in confronto alla situazione rilevata durante la perizia del 2005 (cfr. perizia del 22 novembre 2005 dell' Ospedale universitario di \_\_\_\_\_, doc.199). Da parte sua il Dr. \_\_\_\_\_ nella perizia del 3 dicembre 2012 ha rilevato quale unico cambiamento oggettivo significativo rispetto alle valutazioni del 2002, del 2003 e del 2005 quello dei risultati del test ergospirometrico (l'aumento del tasso d'ossigeno nel sangue è significativo per un disturbo dello scambio gassoso), mentre gli ulteriori esami funzionali hanno confermato la presenza di un disturbo ventilatorio di tipo restrittivo di sostanziale identica gravità e di un concomitante disturbo ventilatorio ostruttivo di grado leggero (doc. 214). Il Dr. Quadri ha quindi concluso che rispetto agli esami peritali del 2003 e del 2005 vi è un aumento delle alterazioni pleuriche calcifiche ed un peggioramento dello scambio gassoso sotto sforzo con limitazione funzionale marcata (doc. 214). Per quanto riguarda l'evoluzione dei disturbi pneumologici nel corso degli anni, lo specialista ha valutato invariati i referti clinici radiografici e funzionali fino al 2010, mentre dal 2011 vi è stato un unico cambiamento nel referto radiografico delle placche asbestotiche. Non vi sono stati peggioramenti oggettivi degli esami funzionali statici dal 2005 a tutt'oggi, ma si è constatato un peggioramento oggettivo nello scambio gassoso (disturbo dello scambio gassoso che viene attribuito al disturbo ventilatorio di tipo restrittivo relativo alle placche asbestotiche) (doc. 214). Sulla valutazione del Dr. \_\_\_\_\_ ha preso posizione il Dr. \_\_\_\_\_, il quale riferendosi al peggioramento dei risultati dell'ergospirometria ha indicato che durante l'accertamento le riserve respiratorie non erano esaurite, contrariamente all'esame del 3 ottobre 2005 presso l'Ospedale universitario di \_\_\_\_\_. Il mancato esaurimento delle riserve respiratorie chiarisce, almeno in parte, la differenza di risultati con il 2005 (doc. 220). Il medico dell'CO 1 ha quindi concluso indicando che la situazione, relativamente alle limitazioni della funzione polmonare associate all'amianto, non si è sostanzialmente modificata rispetto al 2005 (doc. 220). Per quanto riguarda l'aumento della calcificazione delle placche pleuriche il medico dell' CO 1 aveva già chiarito, nell'apprezzamento del 4 giugno 2012, che non ha condotto a un aumento della restrizione (doc. 199). In concreto, ritenuto che non vi è sostanzialmente stato un cambiamento del quadro clinico, la valutazione di un'IMI del 12,5% può essere confermata dal TCA. Neanche le ulteriori certificazioni mediche prodotte dal ricorrente permettono una diversa valutazione della fattispecie. Nello scritto del 25 marzo 2013 il Dr. \_\_\_\_\_ ha ribadito il peggioramento in relazione alla componente calcifica delle placche asbestoniche e quello dei risultati dell'ergospirometria già indicati nella perizia del 3 dicembre 2012 e sui quali ha preso posizione il Dr. \_\_\_\_\_ (doc. 220 e 199). Il Dr. \_\_\_\_\_ ha comunque sottolineato, per quanto riguarda il test ergospirometrico (unico elemento funzionale peggiorato), che

questo “ a priori non può dirimere la questione se si tratti di un peggioramento unicamente dovuto al problema respiratorio-polmonare o alla somma delle varie componenti (BPCO, obesità, cardiopatia ischemico-ipertensiva) ” (doc. C1). Infine, il referto ambulatoriale del 29 aprile 2013 si limita di fatto ad evidenziare un peggioramento dell’asbestosi con incremento delle placche pleuriche, di cui già si è detto precedentemente (doc. C2). Giova, infine, 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 (DTF 115 V 147 consid. 1, 113 V 121 consid. 4b e riferimenti ivi menzionati; RAMI 2000 U 362, p. 43; cfr., pure, STCA del 12 dicembre 2001 nella causa C., inc. n. 35.2001.71, confermata dal TFA con pronunzia del 28 giugno 2002, U 14/02; 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 ad una valutazione astratta e egualitaria di una menomazione all’integrità. Alla luce di quanto esposto, il TCA non ha quindi motivi per distanziarsi da quanto valutato dal Dr. \_\_\_\_\_, senza che si riveli necessario procedere a degli ulteriori atti istruttori, come richiesto invece dal legale dell’assicurato (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. 29 cpv.2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). La decisione dell’CO 1 di rifiutare l’assegnazione di un’IMI complementare è corretta.

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