

TI_GERICHTE 35.2015.17 vom 2. Juni 2015

TI Tribunale d'appello, 2015-06-02, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2015.17

FR: TI_GERICHTE 35.2015.17 du 2 juin 2015

IT: TI_GERICHTE 35.2015.17 del 2 giugno 2015

Regeste

Assicurato cade nella vasca da bagno e si procura distorsione spalla destra e contusioni a testa, caviglia e gomiti. Ritenuta stabilizzata la situazione post-infortunistica l'assicuratore ha rettamente sospeso prestazioni e rifiutato rendita (grado 9,4%). Confermata IMI del 7,5%

Erwägungen

E. 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 . 2.2.3. Nella concreta evenienza, dalle carte processuali si evince che, per chiarire la questione della capacità/esigibilità lavorativa, l'Istituto assicuratore ha fatto capo al rapporto del 22 luglio 2011, a margine della visita medica circondariale del 12 luglio 2011, e a quello del 10 giugno 2014 (visita medica di chiusura del 3 giugno 2014). Nel rapporto del 22 luglio 2011 il Dr. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e medico _____, ha posto la diagnosi di “- Stato dopo trauma contusivo della spalla destra. - Stato dopo intervento di artroscopia sinoviectomia parziale e riparazione SLAP con ancora mitek della spalla destra. - Stato dopo artroscopie e débridement SLAP e tenodesi bicipite - brachiale con AMO delle ancore mitek e infiltrazione gomito destro e sinistro con cortico-steroidi in presenza di due corpi liberi intraarticolari ossificati nel solco ” (doc. 294, pag. 6/7). Il medico _____ ha poi descritto l'esigibilità lavorativa dell'assicurato nel seguente modo: " (...) nessuna limitazione per quanto riguarda il sollevamento di pesi fino a 10 kg all'altezza dei fianchi. Può spesso sollevare pesi fino a 25 kg fino all'altezza dei fianchi. Di rado fino a 45 kg ma mai pesi superiori. Può spesso sollevare oltre l'altezza del petto pesi fino a 5 kg. Di rado può sollevare pesi anche superiori. L'assicurato non ha nessuna limitazione per quanto riguarda l'effettuazione di lavori leggeri e di precisione. Può spesso fare lavori medi. Di rado lavori pesanti ma mai lavori molto pesanti. La rotazione

della mano non presenta limitazioni. L'assicurato non può mai fare lavori continuativi sopra la testa, non ha nessuna limitazione per quanto riguarda la rotazione, la posizione seduta e inclinata in avanti così come la posizione in piedi e inclinata in avanti. Anche per la posizione inginocchiata e con ginocchia in flessione non vi sono limitazioni. La posizione seduta e in piedi può essere mantenuta senza problemi. Nessun problema di spostamento.” (doc. 294, pag. 7/8) Nel successivo rapporto del 10 giugno 2014 il Dr. _____ ha confermato l'esigibilità espressa nel rapporto del 22 luglio 2011 “ modificando tuttavia la possibilità di sollevare oltre l'altezza del petto pesi oltre i 5 kg da di rado a talvolta considerato il miglioramento della funzionalità evidenziato ” (doc. 353, pag. 13). Essendo il quadro clinico dell'assicurato incontestato, è quindi superfluo dilungarsi su questo punto, non essendovi contestazione tra le parti (cfr. doc. I, III). Controverosa è invece la questione se l'assicuratore infortuni poteva distanziarsi dal calcolo economico svolto dall'assicuratore invalidità.

2.2.4. Si tratta quindi di valutare le conseguenze economiche del danno alla salute infortunistico. Con la decisione su opposizione del 5 dicembre 2014 l'CO 1 ha negato all'assicurato la rendita d'invalidità a fronte di un discapito economico, dopo il consueto raffronto dei redditi, del 9,46% (doc. 370). L'insorgente, da parte sua, ha concluso che non vi sono ragioni per discostarsi dal calcolo eseguito dall'Ufficio AI che ha ritenuto invece un grado d'invalidità dell'11% (doc. I, pag. 5/6). La nozione di invalidità in ambito AI coincide di massima con quella vigente in materia LAINF (e di assicurazione militare), motivo per cui la determinazione della stessa, anche se viene apprezzata indipendentemente dal singolo assicuratore sociale, addebitabile ad un medesimo danno alla salute, conduce in via generale ad un uguale tasso (DTF 127 V 135, 126 V 291, 119 V 470 consid. 2b con riferimenti). Il TFA ha quindi ribadito la funzione coordinatrice del concetto unitario dell'invalidità nei diversi settori delle assicurazioni sociali. Questo per evitare che, in presenza della medesima fattispecie, diversi assicuratori apprezzino in modo differente il grado d'incapacità al guadagno (DTF 131 V 120). Ciononostante, il singolo assicuratore non è tenuto ad assumere automaticamente il grado d'invalidità fissato da un altro assicuratore senza predisporre i propri accertamenti, dall'altra parte esso non può determinare il tasso dell'incapacità al guadagno totalmente indipendentemente da quanto già deciso da un altro assicuratore sociale, non essendo tuttavia escluse delle differenti valutazioni (DTF 127 V 135; 126 V 292, 119 V 471). In tal senso, in una sentenza del 26 luglio 2000, pubblicata in DTF 126 V 128ss (cfr. anche Pratique VSI 2001 pp. 79ss), l'Alta Corte ha avuto modo di precisare che quando un infortunio è l'unica causa dell'invalidità, l'AI deve in linea di principio attenersi alla valutazione dell'invalidità cresciuta in giudicato in ambito LAINF. Solo in casi eccezionali, in presenza di motivi pertinenti, può essere determinato un diverso grado d'invalidità, ritenuto che una valutazione diversa non basterebbe, neppure se fosse sostenibile o persino equivalente (DTF 131 V 123). In una decisione U183/98 dell'8 luglio 1999, il TFA ha stabilito che l'assicuratore infortuni non deve scostarsi dalla valutazione dell'assicuratore AI, fintanto che quest'ultimo si fonda su un'istruzione approfondita, sia dal profilo medico che dal punto di vista professionale. Infine, gli organi dell'assicurazione invalidità non sono vincolati e devono scostarsi dalla valutazione dall'assicuratore infortuni, allorquando, ad esempio, quest'ultimo abbia tralasciato di operare un raffronto dei redditi (AHI-Praxis 1998 p. 170). L'aspetto del coordinamento è in seguito stato relativizzato in successive sentenze nelle quali il Tribunale federale ha ritenuto non vincolante la valutazione dell'invalidità da parte dell'assicurazione infortuni o dell'assicurazione per l'invalidità l'altro assicuratore (DTF 131 V 362; VSI 2004 pag. 182 consid. 4.3 pag. 186 [I 564/02]; cfr. inoltre pure la sentenza U 148/06 del 28

agosto 2007, consid. 6, pubblicata in DTF 133 V 549). Il TFA ha infatti statuito che l'assicuratore infortuni non è legittimato ad opporsi a una decisione o a ricorrere contro una decisione su opposizione dell'Ufficio AI riguardante il diritto alla rendita in quanto tale o il grado d'invalidità, e la valutazione dell'invalidità dell'assicurazione per l'invalidità non esplica effetti vincolanti nei suoi confronti (DTF 131 V 367 consid. 2.2.). Il medesimo principio vale anche nei confronti dell'Ufficio AI con riferimento alla valutazione effettuata dall'assicuratore infortuni (STF U 148/2006 del 28 agosto 2007, pubblicata in DTF 133 V 549). La recente giurisprudenza federale ha ancora stabilito che, l'assicurazione per l'invalidità non è vincolata alla valutazione dell'invalidità dell'assicurazione contro gli infortuni (cfr. STF 9C_529/2010 del 24 gennaio 2011; DTF 133 V 549 consid. 6, vedi anche la STF 9C_903/2011 del 25 gennaio 2013). Nel caso concreto, per quanto concerne il reddito da valido, secondo l'CO 1, l'insorgente avrebbe guadagnato nel 2012 (su questo aspetto si veda la DTF 128 V 174) – qualora non fosse rimasto vittima dell'infortunio assicurato – un importo annuo di fr. 77'860.-- (cfr. doc. 360). Questo importo è stato calcolato sulla base delle indicazioni fornite dal datore di lavoro, la _____ (cfr. scritti del 18 dicembre 2009, del 12 aprile 2010 e del 4 settembre 2012, doc. 241, 250, 314) ed è composto dal salario base di fr. 5'500 x 13 mensilità (fr. 71'500.--), oltre a fr. 3'000.-- annui di ore supplementari, e fr. 3'360.-- di indennità di picchetto. L'Ufficio AI, da parte sua, ha calcolato un reddito da valido nel 2010 di fr. 82'215.-- (cfr. decisione UAI del 20 marzo 2013, doc. 324) corrispondente a fr. 6'851.25 mensili. Alla luce delle risposte dettagliate del datore di lavoro, il TCA non ha ragioni per scostarsi dall'importo calcolato dall'Istituto assicuratore. Del resto, come sostiene anche l'CO 1, l'AI non ha fornito un calcolo dettagliato sull'importo da lei utilizzato (doc. 370, pag. 5).

2.2.5. 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). 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.

2.2.6. Dalla decisione su opposizione impugnata risulta che l'amministrazione ha quantificato in fr. 70'471.-- il reddito da invalido, applicando la tabella TA 1 2012, p.to 24-25 "Metallurgia; fabbr. prodotti in metallo", livello di competenza 2 (fr. 5'674.-- (moltiplicati per 41.4/40 ore per 12 mesi). LCO 1 ha infatti quantificato il reddito post-infortunistico sulla base del salario che egli avrebbe potuto conseguire seguendo la riqualifica come disegnatore metal costruttore, questo in virtù dell'obbligo di ridurre il danno (doc. 370). Questa procedura è stata seguita anche dall'assicurazione invalidità (doc. 324, 370) e non è stata contestata dal ricorrente (doc. I). Conformemente alla giurisprudenza federale di cui si è detto al precedente considerando, per la determinazione del reddito ipotetico da invalido tornano applicabili i dati statistici nazionali contenuti nella tabella TA 1. Utilizzando i dati forniti da questa tabella, l'assicurato, svolgendo nel 2012 una professione nel ramo economico 24-25 ("Metallurgia; fabbr. prodotti in metallo"), livello 2, avrebbe potuto realizzare, in media, un salario mensile lordo pari a fr. 5'674.--. Riportando questo dato su 41.4 ore (cfr. tabella pubblicata sul sito web dell'Ufficio federale di statistica), esso ammonta a fr. 5'872.59 mensili oppure a fr. 70'471.-- per l'intero anno (fr. 5'872.59 x 12). L'assicurato, avesse continuato a lavorare in qualità di operaio edile, avrebbe guadagnato, nel 2012, fr. 77'860.-- (cfr. doc. 360) per un'occupazione a tempo pieno. Tale reddito si situa leggermente al di sopra della media dei salari per un'attività equivalente (tabella TA 1 2012, p.to 41-43 "Costruzioni"), livello di qualifica 2: fr. 5'874.-- riportato su 41.5 ore/settimana = fr. 6'094.27 x 12 mesi = fr. 73'131.30), pertanto, non entra in linea di conto nessuna decurtazione del reddito statistico

a titolo di gap salariale (cfr. consid. 2.2.5. in fine). 2.2.7. Il grado di invalidità dell'insorgente - determinato confrontando i fr. 70'471.-- al reddito che egli avrebbe potuto conseguire senza il danno alla salute, e cioè fr. 77'860.--, risulta essere del 9.49%. Accertato che il grado di invalidità non raggiunge la soglia minima del 10% fissata dall'art. 18 cpv. 1 LAINF, l'amministrazione ha correttamente negato a RI 1 il diritto alla rendita.

2.3. Entità della menomazione all'integrità derivante dall'infortunio del 26 novembre 2004.

2.3.1. 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).

2.3.2. 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).

2.3.3. 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).

2.3.4. 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).

2.3.5. Nella concreta evenienza, l'assicuratore LAINF convenuto, sentito il parere del Dr. _____, ha assegnato al ricorrente un'IMI del 7,5% (cfr. doc. 353, 362, 370). Questa la valutazione del medico _____ contenuta nel referto afferente alla visita medica di chiusura del 3 giugno 2014: " 1. Reperti L'assicurato è portatore di postumi infortunistici a seguito di un trauma della spalla destra con lesione SLAP. Stato dopo interventi di refissazione SLAP, asportazione delle ancore Mitek e sinoviectomia. Persiste ancora un modico calo della funzionalità. Persistenti dolori a livello della zona di tenotomia del capo lungo del bicipite. 2. Valutazione del danno all'integrità 7.5%. 3. Motivazione Secondo la tabella 1.2 una periartrite omero scapolare leggera non viene indennizzata con IMI. In caso della stessa di grado medio l'assicurato ha diritto ad un 10%. Secondo sempre la stessa tabella una limitazione funzionale fino a 30° oltre l'orizzonte dà diritto ad una IMI del 10%. In questo caso abbiamo una funzionalità leggermente superiore e migliore rispetto ai 30° oltre l'orizzonte ciò che giustifica una IMI leggermente inferiore al 10%. Anche per quanto riguarda la pe-riartrite omero scapolare ritengo che siamo in una situazione leggermente migliore rispetto ad una periartrite di grado medio. Ritengo quindi giustificato che l'assicurato venga messo a beneficio di una IMI del 7.5%." (doc. 354). Da parte sua, il ricorrente ha contestato il tasso IMI del 7,5%, senza tuttavia oggettivare le proprie censure (cfr. doc. I, pag. 9) . C hiamata a pronunciarsi su una questione di carattere medico, attentamente vagliata la documentazione presente all'inserto, questa Corte ritiene di non aver validi motivi per scostarsi dall'apprezzamento del medico _____ dell'CO 1, tenuto conto anche che l'insorgente non ha saputo sollevare alcun argomento di carattere medico, suscettibile di creare dei dubbi circa la fondatezza della sua valutazione. Del resto, è utile ricordare che, secondo la giurisprudenza federale, l'indennità per menomazione dell'integrità si valuta sulla base di constatazioni mediche, ciò che significa che 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.). Sulla scorta di quanto precede, questa Corte deve confermare la decisione su opposizione impugnata, anche nella misura in cui l'assicuratore ha posto l'insorgente al beneficio di un'IMI del 7,5%.

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