

## **TI\_GERICHTE 35.2008.42 vom 18. Mai 2009**

TI Tribunale d'appello, 2009-05-18, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_35.2008.42](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2008.42)

FR: TI\_GERICHTE 35.2008.42 du 18 mai 2009

IT: TI\_GERICHTE 35.2008.42 del 18 maggio 2009

### **Regeste**

4/94 caduta in montagna: politrauma. 12/03 ricaduta. 2/08 erogate rendita 55% da 1/06 e IMI 50%. Stato stabilizzato e effettivo. da 1/06. Grado di inval. aumentato al 67% (applicata TA7+riduz. 20%). Per IMI attendibile perizia ordinata dall'assic. LAINF, confermato 50%. Int. di mora riconosc. da 1/08 al 5%. Ric. parz. accolto

### **Volltext**

Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 18.05.2009 35.2008.42 Ticino Tribunale cantonale delle assicurazioni 18.05.2009 35.2008.42

4/94 caduta in montagna: politrauma. 12/03 ricaduta. 2/08 erogate rendita 55% da 1/06 e IMI 50%. Stato stabilizzato e effettivo. da 1/06. Grado di inval. aumentato al 67% (applicata TA7+riduz. 20%). Per IMI attendibile perizia ordinata dall'assic. LAINF, confermato 50%. Int. di mora riconosc. da 1/08 al 5%. Ric. parz. accolto

Raccomandata Incarto n. 35.2008.42 rs / sc Lugano 18 maggio 2009 In nome della Repubblica e Cantone Ticino Il presidente del Tribunale cantonale delle assicurazioni Giudice Daniele Cattaneo con redattrice: Raffaella Sartoris Vacchini, vicecancelliera segretario: Fabio Zocchetti statuendo sul ricorso del 16 maggio 2008 di RI 1 rappr. da: RA 1 contro la decisione su opposizione del 15 aprile 2008 emanata da CO 1 in materia di assicurazione contro gli infortuni ritenuto, in fatto 1.1. Il 2 aprile 1994 RI 1 - allora alle dipendenze del \_\_\_\_\_ quale impiegata principale del segretariato e, perciò, assicurata contro gli infortuni presso la \_\_\_\_\_, attualmente membro del \_\_\_\_\_, per quanto concerne le prestazioni di corta durata (costi di cura e indennità giornaliere), e presso la CO 1 relativamente alle prestazioni di lunga durata (rendita di invalidità e IMI; cfr. doc. 50) - mentre si trovava in montagna è scivolata sull'erba ed è caduta in un dirupo di 2,5 metri di profondità (cfr. doc. 3). L'assicurata ha riportato un politrauma, commotio cerebri, contusioni multiple, contusioni all'anca sinistra, ferita lacero-contusa al cuoio capelluto, guancia destra e mento, ferite alle mani e alle avambraccia, ematomi e suffusioni (cfr. doc. 1, 4, 5). La \_\_\_\_\_ ha assunto il caso e ha corrisposto regolarmente le prestazioni di legge. 1.2. Il 28 giugno 1994 l'assicurata è stata operata d'urgenza presso il Servizio di neurochirurgia del \_\_\_\_\_ per un ematoma sotto-durale cronico fronto-tempo-parietale destro (cfr. doc. 7). RI 1 ha ripreso la propria attività lavorativa al 50% dal 2 agosto 1994 e al 100% dal 14 agosto 1994 al maggio 2001 (cfr. doc. 9). 1.3. A decorrere dall'estate 2001 l'assicurata ha reperito due impieghi, ciascuno al 50%, in Ticino, quale segretaria di studio medico e quale ricezionista presso un'assicurazione (cfr. doc. A3, A4). 1.4. Nel mese di dicembre 2003, tramite il Dr. med. \_\_\_\_\_, ha annunciato una ricaduta, determinata da disturbi cognitivi, mnemonici e psicologici (cfr. doc. 12). 1.5. L'assicurata, nel corso del mese di novembre 2004, ha presentato istanza all'Ufficio AI per l'assegnazione di

prestazioni per adulti, in particolare di una rendita di invalidità (cfr. inc. AI). L'UAI, nel mese di giugno 2005, ha assegnato all'insorgente una rendita intera (grado di invalidità 100%) a fare tempo dal 1° ottobre 2004 (cfr. inc. AI). 1.6. La \_\_\_\_\_, nel mese di settembre 2007, dopo aver esperito degli accertamenti medici, fra cui una perizia pluridisciplinare presso il \_\_\_\_\_ (cfr. doc. 48), ha trasmesso l'incarto alla CO 1 per emettere una decisione relativa alle prestazioni di lunga durata (cfr. doc. 50). 1.7. La CO 1, con decisione del 1° febbraio 2008, ha riconosciuto a RI 1 il diritto a una rendita d'invalidità del 55% a partire dal 1° gennaio 2006, nonché un'indennità per menomazione dell'integrità del 50% (cfr. doc. 54). A seguito dell'opposizione interposta dall'avv. RA 1, per conto dell'assicurata (cfr. doc. 57), la CO 1, il 15 aprile 2008 ha confermato il contenuto della sua prima decisione (cfr. doc. A1). 1.8. Con tempestivo ricorso del 16 maggio 2007, RI 1, sempre patrocinata dall'avv. RA 1, ha postulato, in via principale, l'accertamento della riapertura del caso relativo all'infortunio del 1994 dal mese di ottobre 2003 con conseguente assunzione da parte dell'assicuratore LAINF delle prestazioni sanitarie e rimborso spese Lainf dal mese di ottobre 2003, come pure il riconoscimento di indennità giornaliera al 50% dall'ottobre 2003 e al 100% per il periodo dal 1° febbraio sino alla nascita del diritto alla rendita, nonché l'assegnazione di una rendita del 100% (rispettivamente complementare alla rendita AI) dal 1° gennaio 2006, eventualmente dopo l'esperimento di un'indagine valetudinaria volta a definire la concreta capacità lavorativa, e di un'IMI dell'80% oltre a interessi remunerativi del 5% dal 1° gennaio 2008. In via subordinata, l'insorgente ha chiesto che gli atti siano ritornati all'assicuratore LAINF perché ponga in essere i necessari accertamenti medico-valetudinari – in contraddittorio – volti a definire il suo stato valetudinario, la sua eventuale residua capacità lavorativa e il grado dell'IMI e decida nuovamente in relazione alle prestazioni di breve e di lunga durata (cfr. doc. I pag. 9, 10). A sostegno delle proprie pretese ricorsuali, l'assicurata ha segnatamente addotto che nel dicembre 2003 il Dr. med. \_\_\_\_\_ ha chiesto di riaprire il caso relativo all'infortunio del 1994 a motivo del manifestarsi di disturbi cognitivi in nesso causale con il sinistro comportanti un'incapacità lavorativa del 50%. Essa ha precisato di essere rimasta inabile al lavoro in misura del 50% dall'ottobre 2003 e in misura completa dal febbraio 2004, come pure che da allora non è più riuscita a recuperare una qualsiasi residua capacità lavorativa. L'insorgente ha affermato che il suo stato di salute può dirsi stabilizzato a fare tempo dal 1° gennaio 2006, come accertato dai medici, mentre risulta completamente inabile al lavoro dal febbraio 2004, data a partire dalla quale l'assicuratore LAINF avrebbe dovuto assumere le spese di cura e fornire le indennità giornaliera, ciò che non è avvenuto. La ricorrente ha poi asserito di aver dovuto abbandonare nel 2001 la propria attività di segretaria di direzione presso il \_\_\_\_\_ (attività esigente comportante una certa autonomia, assunzione rapida di decisioni, ritmo di lavoro alto e stressante, flessibilità, adattabilità, capacità di reagire in fretta), giacché, seppur deresponsabilizzata, non era più in grado di farvi fronte. Essa ha puntualizzato di avere quindi reperito attività più semplici, che non implicavano la necessità di prendere delle decisioni, e meglio l'impiego al 50% come segretaria in uno studio medico e l'occupazione al 50% quale ricezionista presso un'assicurazione. L'assicurata ha rilevato di aver comunque manifestato dimenticanze quotidiane nei compiti assegnati, amnesie, errori di battitura e di lingua nella redazione di semplici lettere ecc. Essa ha aggiunto che dall'ottobre 2003 la sua situazione valetudinaria è ulteriormente peggiorata e non le ha più permesso di svolgere tali attività, risultando completamente inabile al lavoro, posto altresì il peggioramento subentrato dopo la crisi epilettica del 2005. L'insorgente ha contestato la

valutazione della sua capacità lavorativa effettuata dagli specialisti del \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_. In particolare essa, da una parte, ha indicato, fondandosi su uno scritto del marzo 2008 del Dr. med. \_\_\_\_\_, che quest'ultima non considera (o in maniera insufficiente) l'epilessia parziale di cui soffre di origine post-infortunistica e manifestatasi alla fine del 2005. Inoltre a mente dell'assicurata l'esame neuropsicologico, contrariamente a quanto sostenuto nella perizia \_\_\_\_\_, non è sovrapponibile agli esami precedenti, dai quali non era risultato alcun deficit del ragionamento visuo-spaziale, e, ritenuta la crisi epilettica del 2005, la sua situazione è peggiorata anche dopo il 2004. Dall'altra, la ricorrente ha censurato la mancata presa in considerazione delle problematiche soggettive da lei lamentate. L'assicurata ha, altresì, obiettato che né dagli atti, né tanto meno dalla perizia \_\_\_\_\_ è possibile comprendere in che misura sarebbe in grado di dare seguito alle normali attività di segretariato. La medesima, al riguardo, ha specificato che qualora si dovesse ritenere di dover approfondire la questione, l'unica maniera sarebbe quella di sottoporla a un periodo di osservazione e di valutazione presso una struttura specializzata. Essa ha pure sottolineato come nessuno abbia verificato presso i precedenti datori di lavoro quale fosse la sua situazione valetudinaria e le limitazioni funzionali nel 2003 prima dell'incapacità al lavoro. Ad ogni modo l'insorgente ha contestato che si possa ritenerla abile al lavoro in attività di segretariato al 50%, anche volendo considerare quanto accertato nelle menzionata perizia dal profilo medico. In proposito è stato evidenziato che gli specialisti del \_\_\_\_\_ non si sono confrontati con quella che può essere l'attività di una qualsiasi segretaria. La ricorrente ha ancora asserito che la sua situazione valetudinaria è sensibilmente peggiore rispetto a quanto constatato nella perizia \_\_\_\_\_ e che non a caso l'UAI, proprio perché non è in grado di concentrarsi e di affrontare una qualsiasi attività lavorativa, le ha riconosciuto un grado di invalidità del 100% a fare tempo dal 1° ottobre 2004. Quale salario da valida l'assicurata ha ritenuto la somma di fr. 82'301.92 percepita dal \_\_\_\_\_ nel 2005. Essa ha indicato che il salario da invalida è pari a zero, precisando che, anche volendo per pura ipotesi di ragionamento considerare una residua capacità lavorativa in ordine del 50%, il salario ammonterebbe, con riferimento alla TA7, a fr. 25'036.25 per il 2005. La deduzione sociale secondo l'assicurata è pari al 20% (10% per gravi limitazioni funzionali + 5% limitata capacità lavorativa del 50% + 5% per l'età). L'insorgente ha affermato che, pertanto, il suo grado di invalidità è pari al 100% e, volendo considerare una capacità al lavoro residua del 50%, del 76%. Per quanto attiene all'IMI, l'assicurata infine ritiene errata la valutazione del 50% effettuata dagli specialisti del \_\_\_\_\_, poiché fondata su un apprezzamento parziale della situazione valetudinaria (cfr. doc. I). 1.9. In risposta la CO 1 ha chiesto la reiezione dell'impugnativa con argomenti di cui si dirà, per quanto occorra, nei considerandi di diritto (cfr. doc. III). 1.10. Con scritto del 10 giugno 2008 l'assicurata, tramite il proprio patrocinatore, ha postulato l'esperimento di una perizia medica neurologica e neuropsicologica da parte del Dr. med. \_\_\_\_\_, nonché di una valutazione socio-professionale (cfr. doc. V). 1.11. L'assicuratore LAINF resistente si è espresso in merito il 16 giugno 2008 (cfr. doc. VII). 1.12. Pendente causa questa Corte ha richiamato dall'Ufficio assicurazione invalidità l'incarto AI completo attinente a RI 1 (cfr. doc. IX). L'UAI ha dato seguito a tale richiesta il 30 dicembre 2008 (cfr. doc. X + bis). 1.13. Dopo aver ottenuto dall'assicurata l'autorizzazione a sottoporre l'incarto AI alle parti (cfr. doc. XI, XII + bis), a queste ultime è stato assegnato un termine di dieci giorni per esaminare i documenti di cui all'incarto AI e per presentare relative osservazioni (cfr. doc. XIII). L'avv. RA 1 si è pronunciato al riguardo con scritto del 15 gennaio 2009 (cfr. doc. XIV). Il 21 gennaio 2009 la CO 1 si è

limitata a chiedere la conferma del provvedimento emesso dalla stessa (cfr. doc. XV).

1.14. Il doc. XIV è stato trasmesso all'assicuratore LAINF resistente per conoscenza con facoltà di presentare eventuali osservazioni (cfr. doc. XVI). La CO 1 è rimasta silente.

1.15. Il doc. XV è stato inviato per conoscenza all'avv. RA 1 (cfr. doc. XVII). in diritto In ordine 2.1. La presente vertenza non pone questioni giuridiche di principio e non è di rilevante importanza (ad esempio per la difficoltà dell'istruttoria o della valutazione delle prove). Il TCA può dunque decidere nella composizione di un Giudice unico ai sensi dell'articolo 49 cpv. 2 della Legge organica giudiziaria (cfr. STF 9C\_792/2007 del 7 novembre 2008; STF H 180/06 e H 183/06 del 21 dicembre 2007; STFA I 707/00 del 21 luglio 2003; STFA H 335/00 del 18 febbraio 2002; STFA H 212/00 del 4 febbraio 2002; STFA H 220/00 del 29 gennaio 2002; STFA U 347/98 del 10 ottobre 2001, pubblicata in RDAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA H 304/99 del 22 dicembre 2000; STFA I 623/98 del 26 ottobre 1999). 2.2. Questa Corte, nell'ambito della presente procedura, può pronunciarsi unicamente sull'oggetto della lite determinata dal provvedimento su opposizione 15 aprile 2008, vale a dire sulla questione dell'entità della rendita e dell'indennità per menomazione dell'integrità spettanti all'assicurata, come pure sul diritto o meno a interessi di mora sull'IMI. Ogni ulteriore richiesta formulata dall'insorgente, e meglio di assumere le prestazioni sanitarie e il rimborso spese LAINF a fare tempo dall'ottobre 2003, nonché di assegnarle indennità giornaliera al 50% dall'ottobre 2003 e al 100% per il periodo dal 1° febbraio 2004 sino alla nascita del diritto alla rendita, è improponibile in questa sede. In effetti su tali domande l'assicuratore LAINF competente, in casu il \_\_\_\_\_ (cfr. consid. 1.1.), non si è ancora pronunciato mediante una decisione vincolante. Al riguardo è utile ricordare che la giurisprudenza del Tribunale federale delle assicurazioni (TFA) ha stabilito che è la decisione su opposizione impugnata che costituisce il presupposto ed il contenuto della contestazione sottoposta all'esame giudiziale (cfr. STFA C 344/05 dell'11 dicembre 2006 consid. 1.1.; SVR 2005 AHV Nr. 19; DTF 130 V 388; DTF 122 V 36 consid. 2a, DTF 110 V 51 consid. 3b e giurisprudenza ivi citata; SVR 1997 UV 81, p. 294). In particolare in una sentenza pubblicata in DTF 125 V 413 (n. 19) il TFA ha ricordato che: " 2.- a) Nach der Rechtsprechung (BGE 110 V 48 und seitherige Urteile) bilden Anfechtungsgegenstand im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren, formell betrachtet, Verfügungen im Sinne von Art. 5 VwVG (vgl. BGE 124 V 20 Erw. 1, 25 Erw. 2a, je mit Hinweisen) und -materiell - die in den Verfügungen geregelten Rechtsverhältnisse." Il ricorso relativamente a questi aspetti specifici risulta, quindi, irricevibile. Gli atti di causa vanno trasmessi alla \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ perché, previo esperimento dei necessari accertamenti, si pronunci formalmente in merito all'erogazione di prestazioni di corta durata relativamente alla ricaduta annunciata nel dicembre 2003 del sinistro dell'aprile 1994. Nel merito 2.3. Avantutto giova rilevare che le condizioni di salute di un assicurato vanno considerate stabili, ciò che implica l'estinzione del diritto alle cure, quando dalla continuazione della cura non sia da attendersi un sensibile miglioramento della salute dello stesso. Al riguardo va osservato che nemmeno persistenti dolori bastano a conferire il diritto alla continuazione del trattamento se da questo non si può sperare un miglioramento sensibile dello stato di salute (cfr. DTF 134 V 109 consid. 4.1.; 133 V 57 consid. 6.6.2.; 128 V 169 consid. 1b e riferimenti, 116 V 41 consid. 2c; Ghélew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), Losanna 1992, p. 41ss.). Il Tribunale federale ha precisato che la questione del "sensibile miglioramento" va valutata in funzione dell'entità del previsto aumento oppure del ripristino della capacità lavorativa, nella misura in cui quest'ultima è

pregiudicata dalle sequele infortunistiche (DTF 134 V 109 succitata, consid. 4.3 e riferimenti). Se, al momento dell'estinzione del diritto alle cure mediche, sussiste un'incapacità lucrativa, viene corrisposta una rendita d'invalidità o un'indennità unica in capitale: l'erogazione di indennità giornaliera cessa con il diritto alle prestazioni sanitarie. D'altro canto, nella misura in cui l'assicurato è portatore di una menomazione importante e durevole all'integrità fisica o mentale, egli ha diritto ad un'indennità per menomazione all'integrità giusta gli artt. 24s. LAINF. In concreto questa Corte, dopo un approfondito esame della documentazione medica agli atti, ritiene che lo stato di salute dell'assicurata, per quanto concerne le conseguenze del sinistro del 1994, è stabilizzato dall'inizio del 2006. Più precisamente, da un parte, il Dr. med. \_\_\_\_\_, FMH in chirurgia ortopedica, nel febbraio 2006, valutando la situazione dell'insorgente sulla base di quanto emerso in occasione dei consulti avvenuti nella seconda parte del 2005 da parte sua e dei Dr. med. \_\_\_\_\_, FMH in neurologia, e \_\_\_\_\_, FMH in psichiatria e psicoterapia, ha indicato che dal punto di vista neuro-psicologico il suo stato risultava essere nell'insieme stabilizzato tenuto conto della costanza dei reperti riscontrati (cfr. doc. 38). Dall'altra e soprattutto, i medici del \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ nel gennaio 2007 hanno osservato che la situazione era stabilizzata e quale trattamento in relazione di causalità con l'infortunio dell'aprile 1994 hanno menzionato unicamente il proseguimento del trattamento antiepilettico per una durata indeterminata (cfr. doc. 48 pag. 24-25). Non è stato, perciò, proposto alcun ulteriore intervento atto a sensibilmente migliorare le condizioni di salute dell'insorgente. Del resto l'assicurata non ha sollevato alcuna obiezione in merito alla stabilizzazione della situazione dal gennaio 2006, riconoscendo, al contrario, espressamente che i medici ne hanno fissato la data a inizio 2006 (cfr. doc. I pag. 7). Ne discende che a ragione l'assicuratore LAINF resistente ha proceduto a valutare il diritto dell'insorgente a una rendita di invalidità e a un'IMI a decorrere dal gennaio 2006.

2.4. Rendita di invalidità  
Si tratta di valutare se la CO 1 ha correttamente o meno valutato in misura del 55% il grado di invalidità presentato dall'assicurata.

2.4.1. Giusta l'art. 18 cpv. 1 LAINF l'assicurato invalido (art. 8 LPGA) almeno al 10 per cento a seguito d'infortunio ha diritto alla rendita di invalidità. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. Il TFA, in una sentenza del 22 giugno 2004 nella causa G., U 192/03, pubblicata in RAMI 2004 U 529, p. 572ss., ha rilevato che l'art. 18 LAINF rinvia direttamente all'art. 8 LPGA; l'art. 8 cpv. 1 LPGA, 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 LPGA. Da parte sua, l'art. 16 LPGA 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 del 22 giugno 2004 nella causa G., U 192/03, citata in precedenza, ha rilevato che anche l'art. 16 LPGA 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 LPGA. Su questi aspetti vedi pure 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. 2.4.2. 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 ch'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 del 20 aprile 2004 nella causa K., I 871/02 e la STFA del 18 marzo 2002 nella causa M., I 162/01). 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 ch'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 del 30 giugno 1994 nella causa P., U 25/94). 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 d'invalidità corrisponde alla differenza, espressa in percentuale, tra il reddito ipotetico conseguibile senza invalidità e quello, non meno ipotetico, conseguibile da invalido . 2.4.3. A far tempo dal 1° ottobre 2004 l'assicurata è stata posta al beneficio di una rendita intera AI, determinata da un grado di invalidità del 100% (cfr. consid. 1.4.) Al riguardo è utile osservare che in una recente sentenza 8C\_558/2008 del 17 marzo 2009 il Tribunale federale, a proposito del coordinamento fra l'assicurazione invalidità e l'assicurazione contro gli infortuni, ha rilevato che: " (...) Il est à noter d'emblée que l'ancien Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale en ce sens que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents ( ATF 131 V 362 consid. 2.3 p. 368). Récemment, le Tribunal fédéral a admis la réciprocité de cette règle à l'égard de l'assurance-invalidité en jugeant que celle-ci n'était pas liée par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-accidents au sens de l'arrêt ATF 126 V 288 , avec comme conséquence que l'office AI n'avait pas qualité pour faire opposition à la décision ni pour recourir contre la décision sur opposition de l'assureur-accidents concernant le droit à la rente en tant que tel ou le taux d'invalidité ( ATF 133 V 549 )." Pertanto, in concreto, a giusta ragione l'assicuratore LAINF resistente ha proceduto a determinare il grado di invalidità della ricorrente indipendentemente dalla decisione dell'UAI. Nel caso in esame ciò vale a più forte ragione se si considera che l'UAI ha valutato il grado di invalidità presentato dall'assicurata in un'epoca precedente a quella in cui l'ha esaminato la CO 1. Più precisamente l'UAI si è fondato su referti medici dell'inizio del 2005 rilasciati dai Dr. med. \_\_\_\_\_, FMH in medicina interna e oncologia-ematologia, e Dr. med. \_\_\_\_\_, capo del Servizio psico-sociale di \_\_\_\_\_ (cfr. inc. AI), mentre l'assicuratore LAINF si è basato essenzialmente sulla perizia del \_\_\_\_\_ del gennaio 2007 (cfr. doc. 48).

2.4.4. Nel caso di specie la questione relativa alla valutazione dell'esigibilità lavorativa è oggetto di contestazione fra le parti. Dalle carte processuali risulta che CO 1 ha ritenuto l'assicurata in grado di svolgere in misura del 50% l'attività di segretaria, come pure un'altra attività analoga adeguata al suo stato di salute, ovvero ripetitiva e non implicante un apprendimento importante, né la presa di decisioni, fondandosi sul referto peritale del 17

gennaio 2007 del \_\_\_\_\_ (cfr. doc. 48). L'insorgente, per contro, ha asserito di non essere in grado in alcuna misura di esercitare la professione di segretaria o un'attività simile ancorché semplice e ripetitiva, contestando la perizia del \_\_\_\_\_ (cfr. doc. I). Al riguardo questa Corte rileva che il Dr. med. \_\_\_\_\_, FMH in neurologia, relativamente alla consulenza neurologica e neuropsicologica del 31 agosto 2005, ha evidenziato che: " (...) Dal punto di vista neurologico è presente una lieve atassia della marcia evidente nella marcia da funambolo e con tendenza alla deambulazione a base allargata, all'esame neuropsicologico è presente un lieve deficit della memoria recente, difficoltà del calcolo per iscritto nella divisione e moltiplicazione, nonché un rallentamento moderato e lievi disfunzioni esecutive. I risultati della valutazione neuropsicologica sono sovrapponibili a quelli ottenuti nella valutazione al \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ ed in particolare rispetto all'ultimo esame effettuato non vi sono segni per miglioramenti o peggioramenti. Il risultato della valutazione neuropsicologica è ben compatibile con le difficoltà riferite dal paziente nell'ambiente professionale che hanno portato ad una progressiva "degradazione" nel suo ambiente professionale. Tenendo conto della costanza nell'arco degli ultimi 13 anni dei risultati degli esami neuropsicologici effettuati, è presumibile un loro nesso con il trauma cranico e/o i traumi cranici del periodo dal 02.04.1994 al 28.06.1994 che hanno portato ad un'emorragia sottodurale. Questa costanza dei deficit neuropsicologici riscontrati nell'arco degli anni parla contro un'influenza maggiore da parte della postulata sindrome ansioso-depressiva. È invece di difficile inquadramento l'atrofia cerebrale evidenziata alle recenti indagini neuroradiologiche, vi è una certa prevalenza dell'atrofia delle strutture fronto-parietali e temporali di destra, ossia nella sede dell'ematoma sottodurale, l'atrofia è però presente anche a livello controlaterale e cerebellare. Almeno in parte vi potrebbe essere un'atrofia postraumatica, sicuramente al momento attuale non vi sono dei segni neuropsicologici e clinici di un processo demenziale. Posso quindi porre le diagnosi di: 1. Stato dopo importante trauma cranico il 02.04.1994 e traumi cranici su cadute minori nei due mesi seguenti con: a. Ematoma sottodurale cronico e subacuto fronto-parieto-temporale destro asportato il 28.06.1994. b. Deficit neuropsicologici persistenti nelle prove esecutive con rallentamento moderato, difficoltà nel calcolo per iscritto e deficit della memoria a breve termine." (Doc. 33, pag. 3-4) Il Dr. med. \_\_\_\_\_, FMH in psichiatria e psicoterapia, il 21 settembre 2005, dopo aver diagnosticato una lieve modificazione della personalità dovuta a una condizione medica generale (F.07.0), ha attestato che: " (...) Non abbiamo potuto evidenziare altri segni psicopatologici deponenti per un disturbo psichiatrico maggiore o segni indicanti un disturbo di personalità preesistente all'evento in questione. In questo senso i disturbi cognitivi lamentati e menzionati nella valutazione medica del dr. \_\_\_\_\_ non sono attribuibili, con grande probabilità, ad un disturbo psichico di tipo affettivo (ad es. una grave depressione) e neppure ad un PTSD (per il quale mancano i segni caratteristici). All'esame clinico abbiamo potuto evidenziare una lieve sindrome d'origine probabilmente organica (caratterizzata da moderata labilità emozionale, tuttavia ben controllata) e da un'alterazione delle modalità abituali del comportamento con una riduzione della capacità di perseverare in attività finalizzate." (Doc. 34, pag. 3-4) Nel dicembre 2005 l'assicurata è stata vittima di uno stato confusionale con disturbi fisici, nonché di una crisi epilettica parziale (cfr. doc. 37). Dal relativo rapporto dei medici del Servizio di neurologia del \_\_\_\_\_ si evince che: " (...) Compte tenu d'un status post TCC avec un hématome temporo-pariétal à droite évacué et de la mise en évidence électroencéphalographiquement d'un foyer épileptique en projection temporal droit, nous suspectons fortement des crises

d'épilepsie rapprochées symptomatiques sur lésion séquellaire post-traumatique non visible à l'imagerie cérébrale. Il est possible que cet événement comitial a été favorisé par la prise des psychotropes (traitement antidépresseur et traitement pour maigrir contenant des amphétamines). Néanmoins il est à mentionner que ce type de médicaments ne peut déclencher une crise d'épilepsie focale sans présence d'une lésion parenchymateuse. (...)" Doc. 37, pag. 2) Il Dr. med. \_\_\_\_\_, FMH in chirurgia or topedica, nel febbraio 2006, sulla base, da un lato, degli apprezzamenti dei Dr. med. \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_, dall'altro, di una sua visita del settembre 2005 e del rapporto del \_\_\_\_\_ del dicembre 2005 afferente alla crisi epilettica, ha indicato, all'attenzione della Basilese (assicuratore per la perdita di guadagno dovuta a malattia; cfr. doc. 29), che l'assicurata andava considerata inabile al lavoro in misura praticamente completa e che non vi erano delle ragionevoli potenzialità di miglioramento (cfr. doc. 38 pag. 10-11). Nel rapporto del settembre 2006 il Dr. med. \_\_\_\_\_, spec. FMH in neurologia, riguardo all'epilessia si è così espresso: " (...) 1. Diagnosi: Epilessia focale post-traumatica con stato di male parziale complesso su focolaio epilettico temporale ds nel 12.05, dopo trauma cranio-cerebrale con ematoma sottodurale parieto-temporale ds evacuato nel 1994. 2.3.4. Stato attuale, terapia: Dal lato epilettico decorso favorevole sotto Tegretol CR 400 mg 1-0-1, la P. riferisce tuttavia eccessiva stanchezza e sonnolenza forse di origine medicamentosa. In funzione del decorso si potrà discutere una sostituzione del Tegretol tramite Lamictal o Topamax. 5. Prima e unica consultazione il 21.02.06. 6. Evoluzione: Favorevole. 7. Prognosi: Favorevole dal lato epilettico. (...)" (Doc. 43) Dal referto del 17 gennaio 2007 allestito dal \_\_\_\_\_ in relazione alla perizia ordinata dalla \_\_\_\_\_ e contestualmente alla quale la ricorrente è stata esaminata dal profilo psichiatrico, neurologico e neuropsicologico risulta che: " (...) Sur le plan neurologique, Mme \_\_\_\_\_ ne signale pas de récurrence de crise épileptique partielle ou généralisée sous un traitement de Tégrétol CR 400 2 x 1 cpr./j. Actuellement, Mme \_\_\_\_\_ se plaint par contre de la persistance de troubles de la mémoire l'handicapant dans son activité de tous les jours (doit tout noter), d'un manque du mot occasionnel, de difficultés de concentration et de calcul. Elle signale également une angoisse/stress si elle doit exécuter plusieurs choses à la fois. Mme RI 1 ne signale par contre pas de troubles neurologiques proprement dit. L'examen neurologique effectué lors du présent bilan s'est avéré totalement normal. L'EEG pratiqué dans le cadre de la présente expertise s'est avéré également normal, notamment sans évidence d'activité épileptogène et sans séquelle des différents traumatismes crâniens. Comme mentionné ci-dessus, l'examen neuropsychologique permet par contre de retrouver des troubles cognitifs modérés où prédominent les déficits attentionnels et les troubles exécutifs avec un ralentissement à la lecture, des difficultés modérées de calcul, un résultat à la limite inférieure de la norme de l'apprentissage d'une série de 15 mots, des éléments persévératifs, une altération de la flexibilité mentale et de l'attention, un déficit dans le raisonnement visuo-spatial. Par contre, pas d'altération des fonctions instrumentales proprement dites. Nous avons revu l'ensemble des documents radiologiques à disposition. Le CT-scan cérébral du 28.6.1994 montre indubitablement un important hématome sous-dural fronto-temporo-pariétal droit sub-aigu avec déplacement majeur de la ligne médiane. Les différents examens neuroradiologiques pratiqués ultérieurement (CT-scan et IRM) révéleront une atrophie cortico-sous-corticale à prédominance frontale bilatérale où semble exister un hygrome bilatéral. Compte tenu de l'ensemble des éléments susmentionnés, Mme RI 1 présente indubitablement encore actuellement des altérations neuropsychologiques modérées susceptibles d'entraîner un handicap dans l'activité professionnelle exercée préalablement (secrétaire). Sur le plan

strictement neurologique, il n'y a par contre pas d'incapacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici et dans toute autre activité potentiellement exigible (sauf une activité impliquant un risque majeur de lésion en cas d'éventuelle perte de connaissance). S'agissant des troubles neuropsychologiques, on peut admettre qu'il représente une cause d'incapacité de travail de 50% dans l'activité exercée préalablement. Sur le plan thérapeutique, il convient de poursuivre le traitement actuellement en cours, sans autre. En ce qui concerne la relation de causalité naturelle entre les troubles présentés actuellement et l'événement accidentel du 2.4.1994, on doit admettre que tant les anomalies neuropsychologiques que la comitialité sont en relation de causalité naturelle certaine avec l'événement accidentel. En ce qui concerne la comitialité, bien que généralement les crises comitiales post-traumatiques débutent dans les années qui suivent l'événement accidentel, il n'est pas rare qu'existe un long intervalle libre entre la première crise épileptique et le traumatisme. Dans le cas de Mme RI 1, on relèvera également qu'elle a présenté lors de l'épisode d'état de mal partiel complexe une crise ayant débuté par une symptomatologie au niveau du membre supérieur gauche avec à l'EEG un foyer épileptique temporal droit, éléments tout à fait bien corrélés avec le fait qu'elle avait présenté en avril 1994 un hématome sous-dural fronto-pariéto-temporal droit. Pour ce qui est des altérations neuropsychologiques, on relèvera que ces dernières sont bien corrélées avec les images neuroradiologiques montrant une atrophie à prédominance fronto-temporale bilatérale et que les éléments précités sont également bien corrélés avec les données anamnestiques. Par ailleurs, le présent bilan neuropsychologique ne montre pas d'aggravation des troubles par rapport aux examens neuropsychologiques préalables, ce qui parle contre une affection dégénérative du système nerveux central telle qu'une démence fronto-temporale, une maladie d'Alzheimer ou une démence vasculaire, entre autres. Le résultat des examens neuroradiologiques permet également d'écarter une métastase du cancer du sein et il n'y a pas d'éléments en faveur d'un syndrome paranéoplasique. En conclusion, il existe un faisceau d'éléments anamnestiques, cliniques et paracliniques permettant de conclure que les troubles neuropsychologiques et la comitialité présentés par Mme RI 1 sont en relation de causalité certaine avec l'événement accidentel du 2.4.1994 malgré le laps de temps relativement long écoulé entre la survenue des troubles et l'événement accidentel proprement dit. Sur le plan psychique, il n'y a actuellement pas de troubles de l'humeur relevé, ni de trouble de la personnalité. Madame RI 1 ne se plaint d'ailleurs pas à ce niveau. L'observation concorde avec l'anamnèse, les plaintes sont essentiellement situées dans la sphère neuropsychologique, comme indiqué ci-dessus. (...)" (Doc. 48, pag. 20-22) Gli specialisti del \_\_\_\_\_, Dr. med. \_\_\_\_\_, FMH in neurologia, e Dr. med. \_\_\_\_\_, FMH in psichiatria e psicoterapia, hanno diagnosticato: " (...) - Status après traumatisme crânio-cérébral sévère survenu le 2.4.1994. - Status après évacuation d'un hématome sous-dural fronto-pariétal droit post-traumatique le 28.6.1994. - Status après état de mal partiel complexe post-traumatique le 24.12.2005. - Troubles neuropsychologiques modérés résiduels. - Comitialité post-traumatique traitée sans récurrence (apparition en 2005). (...)" (Doc. 48, pag. 23) e hanno certificato che i disturbi constatati dal 2003 (e lamentati dall'assicurata a suo dire dal 2001) sono in nesso causale certo con l'evento traumatico dell'aprile 1994 per gli elementi appena citati. Inoltre essi, specificatamente per quanto concerne l'esigibilità lavorativa, hanno stabilito quanto segue: " (...) 8. En tenant compte des seules suites de l'accident du 02.04.1994, a) quelle est la capacité de travail dans la profession exercée? La capacité de travail dans la profession de secrétaire médicale peut être considérée comme de 50%, en ce qui concerne les seules suites de l'événement accidentel, ceci étant donné les troubles neuropsychologiques. b) si une

incapacité de travail subsiste, à partir de quand peut-on raisonnablement exiger de l'assurée qu'elle reprenne entièrement le travail? Merci d'étayer votre réponse. La capacité de travail de 50% existe à notre sens depuis 2001 environ sans qu'il soit possible de dater précisément le début de l'incapacité de travail. c) doit-on considérer qu'il subsiste une incapacité de travail définitive? Si oui, pour quelle(s) raison(s) (fonctions, activités)? Quel en est le pourcentage? L'incapacité de travail de 50% persistera à titre définitif compte tenu de l'état stabilisé de la patiente et des présentes constatations. 9. En tenant compte des seules suites de cet accident: - a) quelle(s) autre(s) activité(s) professionnelle(s) pourrait-on raisonnablement exiger de Mme RI 1? Quelles en seraient les caractéristiques? Une activité similaire à celle de secrétaire, ne nécessitant pas un apprentissage important, prise de décision, comportant une certaine routine et n'étant pas à risque de lésion en cas de perte de connaissance liée à la comitialité tant pour la patiente que pour autrui. b) Quel serait le taux de capacité de travail (%) dans ces activités adaptées? 50%. (...)" (Doc. 48, pag. 24) Il Dr. med. \_\_\_\_\_, medico aggiunto del Servizio di neurologia del \_\_\_\_\_, il 7 marzo 2008, ha precisato che: " (...) L'évaluation du 17.01.2007 faite par le \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ a été pratiquée "lege artis". Je note cependant que, contrairement à ce qui y est affirmé en page 22, l'examen neuropsychologique n'est pas superposable avec les examens antérieurs. Plus particulièrement, l'examen met en évidence un déficit du raisonnement visuo-spatial. De plus, la patiente est considérée capable de travailler à 50% comme secrétaire médicale. Cette capacité existe "depuis 2001". Ces affirmations ne sont pas motivées et sont probablement basées sur le fait qu'effectivement, Mme RI 1 a travaillé au sein de votre cabinet à 50% jusqu'en 2004. De ce qui précède, je déduis qu'à l'époque de l'apparition de l'épilepsie post-traumatique, l'état de la patiente s'est effectivement péjoré, notamment du point de vue neuropsychologique et que cette péjoration peut être en relation avec l'épilepsie posttraumatique même si la première crise date de 2005. Le fait qu'actuellement l'EEG soit normal (un EEG standard d'une durée de 20 minutes) et que, cliniquement, la patiente n'ait plus présenté de manifestation (l'anamnèse en ce domaine peut, parfois, être douteuse), ne permet pas de dire que la comitialité est actuellement parfaitement bien contrôlée. Il existe en effet, parfois, des décharges à caractère intercritique qui peuvent expliquer la péjoration du point de vue neuropsychologique qui subsiste encore. Je pense que le bilan de la patiente devrait être complété, en tout cas du point de vue épiléptologique, et qu'une discussion plus approfondie devrait avoir lieu sur la capacité de travail effective à l'heure actuelle et non seulement sur le fait qu'elle a travaillé à 50% jusqu'en 2004. (...)" (Doc. A9) 2.4.5. Secondo la giurisprudenza, il giudice delle assicurazioni sociali è tenuto a vagliare oggettivamente tutti i mezzi di prova, a prescindere dalla loro provenienza, e a decidere se la documentazione a disposizione permette di rendere un giudizio corretto sull'oggetto della lite. Qualora i referti medici fossero contraddittori fra loro, non gli è consentito di liquidare il caso senza valutare l'insieme delle prove e senza indicare le ragioni per le quali si fonda su un parere piuttosto che su un altro (DTF 125 V 352). Determinante è, del resto, che il rapporto sia completo sui temi sollevati, che sia fondato su esami approfonditi, che tenga conto delle censure sollevate dalla persona esaminata, che sia stato redatto in piena conoscenza dell'anamnesi, che sia chiaro nella presentazione del contesto medico e che le conclusioni dell'esperto siano motivate (cfr. DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191ss.; DTF 122 V 160ss, consid. 1c e riferimenti). L'elemento rilevante per decidere circa il valore probante, non è né l'origine del mezzo di prova né la sua designazione quale rapporto oppure quale perizia, ma semplicemente il suo contenuto (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti). In tale

contesto va ricordato che, 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. STF U 349/06 dell'11 luglio 2007 consid. 6; RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STFA dell'8 luglio 2003 nella causa B., U 259/02, consid. 2.1.1; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in BJM 1989, p. 30ss.). Il TFA ha stabilito che quando, nell'ambito della procedura amministrativa, una perizia ordinata ad un medico indipendente è eseguita da uno specialista riconosciuto, sulla base di investigazioni approfondite e complete, nonché in piena conoscenza dell'incarto, e che l'esperto perviene a delle conclusioni convincenti, il Tribunale non deve scostarsene se non vi è alcun indizio concreto che consenta di dubitare della loro fondatezza (cfr., pure, STFA del 10 luglio 2003 nella causa C., U 168/02, consid. 3.2.2 e del 19 aprile 2000 nella causa S., U 264/99, consid. 3b). In una sentenza dell'8 luglio 2003 nella causa B., U 259/02, l'Alta Corte ha inoltre deciso che il fatto che un medico venga interpellato con regolarità da un istituto assicuratore per esprimere valutazioni specialistiche non è di per sé sufficiente per dubitare della sua obiettività e imparzialità. Il TFA ha infine deciso che la circostanza che il medico di fiducia si sia pronunciato dopo che l'affare è divenuto contenzioso, non è, di per sé, sufficiente a suscitare dei dubbi circa la sua imparzialità (cfr. STFA dell'8 settembre 2000 nella causa C., U 291/99).

2.4.6. Questo Tribunale, nel caso di specie, attentamente esaminati gli atti medici all'inserto non ha valide ragioni per scostarsi dall'apprezzamento dei medici del \_\_\_\_\_. La valutazione degli specialisti del Centro di \_\_\_\_\_, che per valutare il caso si sono fondati sullo studio del dossier dell'assicurata, sull'esito della visita della paziente e sui referti degli esami diagnostici effettuati, corrisponde a quanto richiesto dalla giurisprudenza affinché i rapporti medici abbiano piena forza probante (cfr. consid. 2.4.5.). Questa Corte non ignora che il Dr. med. \_\_\_\_\_ nel febbraio 2006, sulla base della sua visita e dei rapporti dei Dr. med. \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ - i quali però non si sono espressi in merito all'abilità lavorativa dell'assicurata (cfr. consid. 2.4.4.) - ha ritenuto l'insorgente completamente incapace al lavoro (cfr. doc. 38). Tale parere non è, tuttavia, suscettibile di scalfire il valore probatorio del referto peritale di \_\_\_\_\_ per il fatto che il Dr. med. \_\_\_\_\_, quale specialista FMH in chirurgia ortopedica, non risulta particolarmente qualificato per pronunciarsi sulle problematiche che qui interessano e, più specificatamente, sugli influssi che tali affezioni hanno sulla capacità lavorativa della ricorrente. Per quanto attiene alla documentazione medica di cui all'incarto AI, va ribadito che i rapporti dei Dr. med. \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_, sui quali si è fondato il medico dell'SMR e quindi l'UAI per riconoscere una totale inabilità lavorativa dell'assicurata, risalgono a un periodo - inizio 2005 - antecedente alla stabilizzazione dello stato di salute dell'assicurata del gennaio 2006 (cfr. consid. 2.4.3.).

Al riguardo è utile osservare che, mentre la Dr. med. \_\_\_\_\_, capo del servizio psicosociale di \_\_\_\_\_, nel marzo 2005 relativamente alla consultazione del 14 gennaio 2005, ha diagnosticato una sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di media gravità (ICD-10 F33.1; cfr. inc. AI), il Dr. med. \_\_\_\_\_, nel settembre 2005, a parte una lieve modificazione della personalità dovuta a una condizione medica generale (F.07.0), non ha evidenziato altri segni psicopatologici deponenti per un disturbo psichiatrico maggiore o segni indicanti un disturbo della personalità preesistente all'evento in questione (cfr. doc. 34). Inoltre il Dr. med. \_\_\_\_\_, il quale nel gennaio 2005 ha certificato un'incapacità al lavoro del 100% a fare tempo dal 30 gennaio 2004 (cfr. inc. AI), in quanto spec. FMH in medicina interna, oncologia-ematologia, analogamente al Dr. med.

\_\_\_\_\_, non è da ritenere qualificato in modo specifico per valutare l'abilità al lavoro dell'assicurata portatrice di disturbi sostanzialmente di tipo neurologico, neuropsicologico. Infine neppure la valutazione del marzo 2008 del Dr. med. \_\_\_\_\_, medico aggiunto del Servizio di neurologia del \_\_\_\_\_, - secondo cui l'esame neuropsicologico effettuato dal \_\_\_\_\_ non è sovrapponibile ai risultati degli esami precedenti e l'analisi dello stato dell'assicurata dovrebbe essere completato, in ogni caso dal punto di vista epilettico (cfr. doc. A9) - è poi tale da inficiare l'apprezzamento degli specialisti del \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_. La perizia è stata ordinata al \_\_\_\_\_ nel novembre 2006 (cfr. doc. 48 pag. 1) per verificare lo stato di salute dell'assicurata a quel momento e le relative ripercussioni sulla capacità lavorativa. Anche nel caso in cui effettivamente il risultato dell'indagine neuropsicologica non fosse perfettamente sovrapponibile a quelli precedenti, ciò non sarebbe di particolare rilevanza ai fini della presente vertenza. Decisiva è la circostanza che i medici del \_\_\_\_\_, nel gennaio 2007, abbiano apprezzato la capacità al lavoro della ricorrente tenendo conto della sua situazione valetudinaria a quel momento, ovvero allorché la stessa si era stabilizzata. In proposito occorre, comunque, sottolineare che è vero che dalla valutazione neuropsicologica dell'inizio 2007 è emerso che il ragionamento testato su materiale visuo-spaziale è moderatamente deficitario (cfr. doc. 48 pag. 13), mentre l'esame del 2 febbraio 2004 aveva posto in luce delle funzioni del ragionamento non verbale nella norma a seguito di miglioramento delle difficoltà moderate delle capacità di ragionamento non verbale riscontrate nel luglio 1994 (cfr. doc. 13). Tuttavia è altrettanto vero che, quando persistevano tali difficoltà del ragionamento non verbale, poste in luce nel luglio 1994, l'assicurata è in ogni caso stata in grado di riprendere la propria attività presso il \_\_\_\_\_ al 50% dal 2 agosto 1994 e al 100% dal 14 agosto 1994, dove è stata attiva fino al 2001 (cfr. consid. 1.2.). In seguito, ossia dall'estate 2001, essa ha reperito due impieghi, ciascuno al 50%, in Ticino, quale segretaria di studio medico e quale ricezionista presso un'assicurazione (cfr. consid. 1.3.). Va pure evidenziato che, contrariamente a quanto sostenuto dal Dr. med. \_\_\_\_\_, i medici del \_\_\_\_\_, hanno esaminato l'aspetto legato alla problematica dell'epilessia, indicando che l'assicurata non aveva più avuto ricadute dopo la crisi epilettica intervenuta alla fine del 2005 e che l'elettroencefalogramma (EEG) eseguito nel gennaio 2007 è risultato normale, segnatamente senza evidenza di attività epilettica e senza conseguenza di traumi cranici (cfr. doc. 48 pag. 17, 20). D'altronde anche il Dr. med. \_\_\_\_\_ stesso ha riconosciuto che l'insorgente non ha più presentato manifestazioni epilettiche (cfr. doc. A9). Il fatto addotto dallo specialista che ciò non significa che la sindrome comiziale (epilessia) sia perfettamente ben controllata non è comunque stato dimostrato da alcun elemento oggettivo. Giova, altresì, ricordare che la nostra Massima Istanza ha ripetutamente deciso che le certificazioni del medico curante - anche se specialista (cfr. STFA U 202/01 del 7 dicembre 2001, consid. 2b/bb) - hanno un valore di prova ridotto, ciò in ragione del rapporto di fiducia che lo lega al suo paziente (cfr. STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; RAMI 2001 U 422, p. 113ss. [= AJP 1/2002, p. 83]; DTF 125 V 353 consid. 3b/cc; DTF 124 I 175 consid. 4; DTF 122 V 161; STFA del 10 ottobre 2003 nella causa C., U 278/02, consid. 2.2; R. Spira, *La preuve en droit des assurances sociales*, in *Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach*, Basilea 2000, p. 269s.). In ogni caso all'assicurata resta impregiudicato il diritto di far valere in futuro eventuali peggioramenti delle sue condizioni di salute connessi al sinistro del 1994. 2.4.7. Alla luce di quanto appena esposto, occorre concludere, senza che si riveli necessario dare seguito a ulteriori provvedimenti probatori, e meglio alla perizia medica neurologica e neuropsicologica, nonché alla valutazione

socio-professionale richieste dall'insorgente (cfr. doc. V), che per determinare il grado di invalidità della ricorrente va ritenuto - da un punto di vista medico -, che la stessa può svolgere, in misura del 50%, sia la professione di segretaria medica, che altre attività analoghe a quella di segretaria che siano ripetitive e non implicino un apprendimento importante, né la presa di decisioni. Al riguardo giova osservare che, per costante giurisprudenza, 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 (valutazione anticipata delle prove), si rinuncerà ad assumere altre prove (cfr. STF U 349/06 dell'11 luglio 2007 consid. 6; STFA dell'11 dicembre 2003 nella causa R., U 239/02; STFA del 31 gennaio 2003 nella causa V., H 5/02; STFA del 5 marzo 2003 nella causa G., H 411/01; SVR 2003 IV Nr. 1 pag. 1; STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., H 102/01; STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., H 103/01; STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa D.SA, H 299/99; STFA del 26 novembre 2001 nella causa R., U 257/01; STFA del 15 novembre 2001 nella causa P., U 82/01; STFA del 28 giugno 2001 nella causa G., I 11/01; RCC 1986 p. 202 consid. 2d; STFA del 27 ottobre 1992 nella causa B.P.; STFA del 13 febbraio 1992 in re O.; STFA del 13 maggio 1991 nella causa A.; STCA del 25 novembre 1991 nella causa M.; F. Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; U. Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, Zurigo 1999, p. 212; Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2a ed., p. 39 e p. 117), senza che ciò costituisca una lesione del diritto di essere sentito sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata). 2.4.8. Si tratta ora di esaminare le conseguenze del danno alla salute dal profilo economico. Per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute - reddito da valido -, occorre stabilire quanto la stessa, nel momento determinante (corrispondente all'inizio dell'eventuale diritto alla rendita), guadagnerebbe, secondo il grado di verosimiglianza preponderante, quale persona sana (DTF 129 V 222 consid. 4.3.1. pag. 224 con riferimento). Tale reddito dev'essere determinato il più concretamente possibile. Di regola ci si fonderà sull'ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima del danno alla salute, se del caso adeguato al rincaro e all'evoluzione reale dei salari (cfr. STF 8C\_334/2008 del 26 novembre 2008; STF 9C\_181/2008 del 23 ottobre 2008, DTF 129 V 222 consid. 4.3.1. pag. 224), o comunque sul salario che potrebbe essere conseguito in un posto di lavoro identico nella stessa azienda o in un'azienda simile. Nel caso in cui non fosse possibile quantificare in maniera attendibile il reddito ipotetico che l'assicurato avrebbe potuto conseguire senza invalidità, si farà riferimento ai dati empirici o statistici (STF 8C\_334/2008 del 26 novembre 2008; VSI 1999 pag. 248 consid. 3b). Per il resto, occorre tenere conto del principio secondo cui - in assenza di indizi concreti che impongano una diversa valutazione - la persona assicurata avrebbe di regola, e conformemente all'esperienza generale, continuato l'attività precedentemente svolta senza invalidità (RAMI 2000 no. U 400 pag. 381 consid. 2a). Nella presente evenienza la ricorrente, dopo aver frequentato la scuola di segretariato e la scuola alberghiera, ha praticamente sempre lavorato quale segretaria. In particolare dal maggio 1977 al maggio 2001 è stata attiva presso il \_\_\_\_\_ e dall'estate 2001 all'ottobre 2003 è stata alle dipendenze di due datori di lavoro, ovvero della Dr.med. \_\_\_\_\_ e della \_\_\_\_\_, al 50% in ogni attività (cfr. inc. AI; doc. A3, A4). L'assicurata ha fatto valere, da una parte, di essersi licenziata dal \_\_\_\_\_ nel 2001, in quanto - seppur deresponsabilizzata

rispetto alle mansioni di segretaria di direzione che svolgeva prima dell'evento traumatico - non sarebbe più stata in grado di fare fronte ai propri compiti (cfr. doc. I pag. 5). Dall'altra, di aver reperito in seguito in Ticino due attività meno esigenti e più semplici, nel cui espletamento ha comunque manifestato dimenticanze, amnesie ecc. (cfr. doc. I pag. 5), difficoltà peraltro attestate anche dagli ex datori di lavoro, Dr. med. \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_, allora direttore regionale della \_\_\_\_\_ (cfr. doc. A3, A4). Dalle carte processuali non emergono, però, elementi atti a suffragare quanto indicato dall'insorgente, e meglio che il motivo dell'abbandono dell'occupazione presso il \_\_\_\_\_ sarebbe stato essenzialmente di ordine medico. Successivamente al rapporto dell'intervento del giugno 1994 (cfr. consid. 1.2.; doc. 10) e all'attestazione dell'agosto 1995 del capo servizio aggiunto del Servizio di neurochirurgia del \_\_\_\_\_, secondo cui il trattamento medico era terminato (cfr. doc. 11), non risultano ulteriori certificati medici fino al dicembre 2003, quando il Dr. med. \_\_\_\_\_ ha annunciato la ricaduta del sinistro dell'aprile 1994 (cfr. doc. 12). Il Dr. med. \_\_\_\_\_, nel gennaio 2004, ha d'altronde indicato che i disturbi della concentrazione sono comparsi nell'agosto 2003 e che nessuno aveva curato la paziente prima di tale mese (cfr. doc. 18). Anche \_\_\_\_\_ e la Dr. med. \_\_\_\_\_, benché quest'ultima abbia rilevato che già dopo alcuni mesi dall'assunzione l'assicurata aveva delle difficoltà nell'espletare i propri compiti, hanno affermato che l'incapacità lavorativa è iniziata con evoluzione progressiva alla fine del 2003 (cfr. doc. A3, A4). In simili condizioni, in casu, ritenuto, altresì, che la ricaduta del sinistro del 1994 è datata dicembre 2003, per determinare il reddito da valido va fatto riferimento al salario percepito presso i datori di lavoro in Ticino (Dr. med. \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_) e non a quello guadagnato presso il \_\_\_\_\_, come invece preteso dall'assicurata (cfr. doc. I). Dalla documentazione agli atti emerge che lo stipendio corrisposto all'insorgente nel 2003 dalla Dr. med. \_\_\_\_\_ e dalla \_\_\_\_\_ corrisponde a complessivi fr. 74'450.-- (cfr. doc. 51). Tuttavia, siccome l'anno di riferimento in concreto è il 2006 (nella DTF 128 V 174 l'Alta Corte federale ha stabilito che per il raffronto dei redditi ipotetici di cui all'art. 18 cpv. 2 LAINF fa stato il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita; cfr. consid. 2.3.), va tenuto conto dell'ammontare annuo che la ricorrente avrebbe guadagnato nel 2006, ossia fr. 76'781.-- (fr. 74'450 + 0.9%, corrispondente all'aumento in termini nominali dei salari tra il 2003 e il 2004 + 1.0% corrispondente all'aumento in termini nominali dei salari tra il 2004 e il 2005 + 1.2% corrispondente all'aumento in termini nominali dei salari tra il 2005 e il 2006 - cfr. Tabella B 10.2 pubblicata in La vie économique 4-2009, pag. 91 [AHI-Praxis 2000, p. 305ss. consid. 2c]; STCA 32.2007.351 del 22 ottobre 2008). L'importo di fr. 76'781.-- risulta, del resto, più elevato del dato statistico relativo alla Tabella TA7, edita dall'Ufficio federale di statistica e afferente unicamente ad attività connesse alla produzione e ai servizi dei settori, insieme, privato e pubblico, quest'ultimo riguardante solo la Confederazione, a livello svizzero e secondo le differenti grandi regioni svizzere. Infatti la TA7 2006 al p.to 22, relativo alle attività di segretariato e cancelleria, livello di qualifica 3 prevede un salario lordo mensile di fr. 5'675.--. Riportando questo dato su 41.7 ore (cfr. tabella B 9.2 pubblicata in La Vie économique 12/2008 pag. 94), esso ammonta a fr. 5'916.-- mensili oppure fr. 70'997.-- per l'intero anno. 2.4.9. Per quanto riguarda invece il reddito da invalido, va ricordato che lo stesso è determinato sulla base della situazione professionale 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). Se invece non esiste un siffatto

guadagno, in particolare perché l'assicurato non ha intrapreso una attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 p. 332 consid. 3c, 1989 p. 485 consid. 3b). Inoltre, va rilevato che, secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. Il TFA ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, 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 (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). L'Alta Corte ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17, STFA del 5 settembre 2006 nella causa P., I 222/04). In una sentenza del 7 aprile 2008 (32.2007.165) questa Corte, fondandosi sulla sentenza U 8/7 del 20 febbraio 2008, ha stabilito che "(...) quando il salario da valido conseguito in Ticino in una determinata professione è inferiore al salario medio nazionale in quella stessa professione, anche il reddito da invalido va ridotto nella medesima percentuale (al riguardo cfr. L. Grisanti, art.cit., in RtiD II-2006 pag. 311 seg., in particolare pag. 326-327) (...)". Con sentenza 8C\_399/2007 del 23 aprile 2008 al consid. 6.2 il TF ha lasciato aperta la questione a 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). 2.4.10. Nel caso in esame, in applicazione della giurisprudenza federale, occorre, dunque, in assenza di dati salariali concreti, basarsi sui valori statistici, e in particolare sulla Tabella TA7 (cfr. consid. 2.4.8.). L'utilizzo dei dati emergenti da tale Tabella, invece di quelli di cui alla Tabella TA1, permette di stabilire più precisamente il reddito da invalida della ricorrente. In casu, infatti, da un lato, l'insorgente, prima del danno alla salute, è praticamente sempre stata attiva nel settore amministrativo di segretariato. Dall'altro, nel caso dell'assicurata non entra in considerazione un'attività in un altro ambito professionale che le consenta di meglio sfruttare la sua capacità lavorativa residua (cfr. STF 8C\_350/2008 del 2 dicembre 2008 consid. 2.4.2). Va, poi, fatto capo ai dati attinenti al p.to 22 della succitata Tabella TA7 livello 4, ossia a quei dati relativi attività di segretariato e cancelleria semplici e ripetitive. In proposito va sottolineato che i medici del \_\_\_\_\_ hanno attestato che l'assicurata è in grado di svolgere al 50% la sua originaria professione di segretaria medica o altre attività analoghe che siano ripetitive e non implicanti un apprendimento importante, né la presa di decisioni (cfr. doc. 48). Ne discende, dunque, che alla situazione della ricorrente si attaglia meglio il livello 4 e non il 3 afferente a conoscenze professionali e specializzate, come per contro considerato dall'assicuratore LAINF resistente (cfr. doc. 54). Utilizzando i dati forniti dalla Tabella TA7 p.to 22 livello 4,

l'assicurata nel 2006 avrebbe potuto realizzare, in media, un salario mensile lordo di fr. 4'992.--. Riportando questo dato su 41.7 ore (cfr. tabella B 9.2 pubblicata in La Vie économique 12/2008 pag. 94), esso ammonta a fr. 5'204.-- mensili oppure fr. 62'450.-- per l'intero anno. 2.4.11. In ossequio alla giurisprudenza federale, occorre, in seguito, esaminare le circostanze specifiche del caso concreto (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado d'occupazione, cfr. DTF 126 V 80 consid. 5b/bb) e, se del caso, procedere ad una riduzione percentuale del salario statistico medio. La riduzione massima consentita ammonta al 25%, percentuale che consente "... di tener conto delle varie particolarità che possono influire sul reddito del lavoro" (cfr. DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). In una sentenza del 25 luglio 2005 nella causa J., I 147/05, consid. 2, il TFA ha proceduto ad una riduzione del 15% sul reddito statistico da invalido, trattandosi di un assicurato straniero, nato nel 1953 e al beneficio di un permesso di domicilio, che, a causa del danno alla salute, era stato giudicato in grado di svolgere un'attività adeguata in misura del 60%. La nostra Corte federale ha ritenuto suscettibili di incidere sul livello di reddito ancora conseguibile dall'assicurato, gli impedimenti funzionali derivanti dal danno alla salute (10%), così come il fatto di poter lavorare soltanto a tempo parziale (5%): " 2.4 Aufgrund der zu Recht nicht bestrittenen Auffassung der Gutachter des Instituts Y. \_\_\_\_\_ vom 4. April 2003 ist dem Beschwerdegegner die angestammte Tätigkeit als Schweisser nicht mehr zumutbar, während körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere adaptierte Tätigkeiten zu 60% zumutbar sind (d.h. wechselbelastende Tätigkeiten ohne Heben, Stossen und Ziehen von Lasten über 5 bis 10 kg repetitiv und vereinzelt über 15 kg, ohne Überkopftätigkeiten und ohne Tätigkeiten in gebückter Haltung mit Rotation der Wirbelsäule). Aufgrund dieser Einschränkungen sind keine triftigen Gründe ersichtlich, um von einem leidensbedingten Abzug abzusehen; dies wird von der Beschwerde führenden Verwaltung denn auch nicht bestritten. 2.5 Entgegen der Auffassung im kantonalen Entscheid ist die Nationalität hier zu vernachlässigen angesichts der Tatsache, dass die statistischen Löhne aufgrund der Einkommen der schweizerischen und der ausländischen Wohnbevölkerung erfasst werden (AHI 2002 S. 70) und der Beschwerdegegner kein Saisonnier ist, sondern über die Niederlassungsbewilligung C verfügt (Urteil S. vom 16. April 2002, I 640/00 [Zusammenfassung in HAVE 2002 S. 308]). Damit gehört der Versicherte vielmehr einer Ausländerkategorie an, für welche der monatliche Männer-Bruttolohn im Anforderungsniveau 4 sogar etwas über dem entsprechenden, nicht nach dem Merkmal der Nationalität differenzierenden Totalwert liegt (Lohnstrukturerhebung 2000 S. 47 Tabelle TA12 sowie Lohnstrukturerhebung 2002 S. 59 Tabelle TA12). Es ist denn auch dieser Totalwert die massgebende Vergleichsgrösse und nicht etwa das Einkommen der Schweizer (wie es die Vorinstanz angenommen hat), da sich Tabellenlöhne aus den Einkommen der In- und Ausländer zusammensetzen. 2.6 Die IV-Stelle führt in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde zwar zu Recht aus, "dass Teilzeitangestellte nicht zwingend weniger als Vollzeittätige verdienen (zum Beispiel in Beschäftigungsbereichen, in denen Teilzeitarbeit Nischen auszufüllen vermag, die arbeitgeberseits stark nachgefragt und dementsprechend entlohnt werden ...)." Jedoch wird das Invalideneinkommen hier allein aufgrund statistischer Angaben festgesetzt, so dass die statistisch erhärtete Tatsache der Lohneinbusse von teilzeitarbeitenden Männern im massgebenden Anforderungsniveau 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten) zu berücksichtigen ist (vgl. Lohnstrukturerhebung 2000 S. 24 T8 sowie Lohnstrukturerhebung 2002 S. 28 T8), auch wenn in diesem Rahmen der prozentuale Minderverdienst nicht schematisch dem Abzug gleichzusetzen ist (vgl. BGE 126 V 79 Erw. 5b/aa). 2.7 Damit sind

im Rahmen des Abzuges die leidensbedingten Einschränkungen des Versicherten (vgl. Erw. 2.4) sowie die Möglichkeit, nur noch Teilzeit arbeiten zu können (Erw. 2.6 hievor), zu berücksichtigen. Da die IV-Stelle in Verfügung und Einspracheentscheid keinen Abzug wegen Teilerwerbstätigkeit berücksichtigt hat, obwohl dies angemessen gewesen wäre, lag für das kantonale Gericht ein triftiger Grund vor, sein Ermessen an die Stelle desjenigen der Verwaltung zu setzen; die abweichende Ermessensausübung erweist sich deshalb insoweit als näher liegend (vgl. Erw. 2.3 hievor). Indessen hat die Vorinstanz zu Unrecht auch den Ausländerstatus des Beschwerdegegners berücksichtigt (Erw. 2.5 hievor). Die IV-Stelle hat jedoch die leidensbedingten Einschränkungen - angesichts der Beschwerden - mit einem Abzug von 10% vom Tabellenlohn berücksichtigt; wird auch der Tatsache Rechnung getragen, dass der Beschwerdegegner nur noch teilerwerbstätig sein kann, erscheint - gesamthaft gesehen - das Ermessen der Vorinstanz als näher liegend. Damit hatte diese genügend triftige Gründe, um vom Abzug der Verwaltung abzuweichen, so dass ein solcher in Höhe von 15% vorzunehmen ist, was zu einem Invaliditätsgrad von 52% und damit zum Anspruch auf eine halbe Invalidenrente führt." (STFA succitata) In un'altra pronunzia del 25 luglio 2005 nella causa Y., U 420/04, consid. 2 - riguardante un assicurato straniero, nato nel 1961 e al beneficio di un permesso di domicilio, totalmente abile in attività lavorative leggere da un profilo dell'impegno fisico - lo stesso TFA ha nuovamente applicato una decurtazione del 15% ("Dem Beschwerdegegner sind aus medizinischer Sicht unbestrittenermassen keine schweren Arbeiten mehr zumutbar (vgl. Erw. 2.5.1 hievor), sodass er den bisher ausgeübten Tätigkeiten nicht mehr nachgehen kann. Mit den von der SUVA verfügten 15% wird sowohl dem Verlust, Schwerarbeit leisten zu können, als auch der leidensbedingten Einschränkung, die für sich nicht sehr ausgeprägt ist, angemessen Rechnung getragen"). In una sentenza del 25 aprile 2005 nella causa R., inc. 35.2004.104, il TCA ha fornito alcune indicazioni circa le modalità secondo le quali deve essere applicata la riduzione percentuale sul reddito statistico da invalido, argomentando: " Su quest'ultimo punto, il TCA ha attentamente esaminato alcune recenti sentenze federali e ne ha ricavato l'impressione di una prassi non sempre coerente. A titolo di esempio, in una sentenza del 14 febbraio 2005 nella causa T., I 594/04, consid. 2.3, il TFA ha indicato che l'età dell'assicurato (47 anni al momento del rilascio della decisione impugnata) non rappresentava un fattore di riduzione, stabilendo inoltre che i lavoratori ausiliari, su un mercato equilibrato del lavoro, vengono richiesti a prescindere dalla loro età e quindi che, in queste attività, l'età di per sé non influisce sul livello retributivo. Per conto, in una pronunzia del 20 gennaio 2005 nella causa R., I 138/04, consid. 4.3., la stessa Alta Corte federale ha applicato una riduzione sul reddito statistico da invalido, trattandosi di un assicurato di 35 anni, dichiarato completamente abile in attività semplici e ripetitive nel settore dei servizi, "en regard de l'âge de l'assuré et des limitations résultant de l'atteinte à sa santé" (la sottolineatura è del redattore). In un'altra sentenza del 23 febbraio 2004 nella causa M., B 67/04, consid. 3.3.2 - concernente un assicurato di 54 anni al beneficio di un permesso di domicilio - l'Alta Corte non ha ritenuto che l'età costituisca un fattore di riduzione. Del resto, con riferimento all'art. 28 cpv. 4 OAINF (cfr. consid. 2.4.), la giurisprudenza federale ha stabilito che questa disposizione torna applicabile agli assicurati che, alla data di inizio della rendita di invalidità, hanno un'età attorno ai 60 anni (cfr. DTF 123 V 419 consid. 1b; SVR 1995 UV 35, p. 105 consid. 2b). Al fine di garantire l'uguaglianza di trattamento fra assicurati (circa la necessità di introdurre dei criteri obiettivi allo scopo di evitare disparità di trattamento, cfr. DTF 123 V 104 consid. 3e, DTF 115 V 138ss. consid. 6-7, 405ss., consid. 4-6; STFA del 24 febbraio 2005 nella causa S., U

80/04, consid. 4.2.1), questo Tribunale – chiamato peraltro, in talune circostanze, a direttamente quantificare la riduzione percentuale (cfr., ad esempio, la STFA del 25 febbraio 2003 nella causa P., U 329 + 330/01) – e visto che il problema si pone in modo analogo in alcuni importanti settori delle assicurazioni sociali (assicurazione per l'invalidità, previdenza professionale, assicurazione contro gli infortuni e assicurazione contro le malattie), ritiene di dover fornire le seguenti indicazioni. Ad ognuno dei fattori di rilievo indicati dalla giurisprudenza federale corrisponde una decurtazione del 5%. Per quanto riguarda specificatamente la riduzione percentuale legata alla limitazione addebitabile al danno alla salute, l'esistenza, in un caso concreto, di impedimenti di una particolare gravità, che in genere limitano l'assicurato anche nell'esercizio di un'attività sostitutiva, può comunque giustificare l'applicazione di una riduzione più elevata (cfr., in questo senso, la STFA del 16 febbraio 2005 nella causa C., I 559/04, consid. 2.2, in cui la Corte federale ha avallato la riduzione decisa dall'amministrazione (15%), trattandosi di un assicurato abile soltanto parzialmente in attività leggere, la STFA del 17 febbraio 2005 nella causa B., I 1/04, consid. 4.3.4, in cui è stata applicata una decurtazione del 10% per tenere conto delle difficoltà legate al danno alla salute e la STFA del 23 febbraio 2005 nella causa B., I 632/04, consid. 4.2.2, in cui è stata confermata una riduzione del 15% per ragioni di salute). La presenza cumulativa di più fattori legittima l'applicazione della riduzione massima del 25% (cfr., in questo senso, la STFA del 4 febbraio 2003 nella causa S., U 311/02, consid. 4.3). Nella già citata sentenza del 23 febbraio 2004 nella causa M., il TFA ha applicato una deduzione globale del 15% motivata dagli impedimenti legati al danno alla salute, ritenendo assenti gli altri fattori di riduzione (anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione)." (STCA succitata, consid. 2.11.) 2.4.12. In concreto, l'assicuratore LAINF resistente ha applicato al reddito da invalido una riduzione percentuale del 10% per tenere conto delle limitazioni dell'assicurata (doc. 54). Va qui rilevato che, per costante giurisprudenza, il Giudice non può scostarsi dalla valutazione dell'amministrazione senza fondati motivi (cfr. DTF 126 V 80 consid. 5b/dd e 6). Egli può tuttavia farlo in presenza di validi motivi. Ad esempio, in una sentenza 8C\_675/2008 del 22 ottobre 2008, il Tribunale federale ha confermato, visti i validi motivi adottati dall'istanza cantonale, l'aumento della percentuale di riduzione del salario statistico decisa dal primo giudice per tenere adeguatamente conto delle circostanze specifiche del caso concreto, osservando: " 2. 2.1 Die Frage, ob die von der IV-Stelle angenommene, bloss 50%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit angesichts der zahlreichen somatischen Befunde (beidseitige Knie- und Rückenbeschwerden, dilatative Kardiomyopathie [Herzmuskelerkrankung], Amaurose links), deren Berücksichtigung bei der Beurteilung der verbliebenen Arbeitsfähigkeit nur teilweise gesichert ist, den konkreten Verhältnissen gerecht zu werden vermag, liess das kantonale Gericht in seinem Entscheid vom 5. August 2008 trotz erheblichen Zweifeln offen. Zur Zusprechung einer ganzen Invalidenrente und damit zur Gutheissung des von ihm zu prüfenden Rechtsmittels gelangte es bereits, weil es der Auffassung war, im Rahmen eines Einkommensvergleichs sei bei der Bestimmung des Invalideneinkommens ein höherer als der von der Verwaltung angenommene behinderungsbedingte Abzug von den in der LSE statistisch ausgewiesenen Löhnen zuzubilligen. Dabei hat es in seinem Entscheid dargelegt, die IV-Stelle habe einzig wegen dem unabdingbaren Erfordernis einer körperlich leichten, wechselseitigen Tätigkeit einen Abzug von 15 % gewährt; wegen der vielschichtigen Polymorbidität müsse aber mit einem weit unterdurchschnittlichen Einkommen gerechnet werden, weshalb sich der nach der Rechtsprechung maximal zulässige behinderungsbedingte Abzug von 25 % ( BGE 126 V

75 E. 5b/cc S. 80) rechtfertige. 2.2 Die Vorinstanz hat damit entgegen der Argumentation in der Beschwerdeschrift ihr Ermessen nicht missbraucht, sondern sogar triftige Gründe für ihre von der Ansicht der Verwaltung abweichende Ermessensausübung angeführt. Angesichts der dem Bundesgericht bezüglich der Höhe eines behinderungsbedingten Abzuges zustehenden Überprüfungsbefugnis besteht kein Anlass zu einer Korrektur des angefochtenen Entscheids." Nel caso di specie, questo Tribunale ritiene che la riduzione del 10% stabilita dall'Istituto assicuratore resistente non sia sufficiente, per i motivi che seguono. Il TCA rileva innanzitutto che, nella presente fattispecie, a dipendenza del danno alla salute, l'assicurata è stata giudicata in grado di esercitare l'attività di segretaria o attività analoga ripetitiva e non necessitante di apprendimento importante, né di presa di decisioni, ma nella misura del 50%. Ora, secondo la giurisprudenza federale, non è possibile rinunciare a decurtare il reddito statistico per il solo fatto che l'assicurato possa svolgere un'attività adeguata soltanto in misura parziale: " In der Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird richtig festgehalten, dass einer gesundheitlich bedingten Einschränkung der Leistungsfähigkeit grundsätzlich nicht durch einen Abzug vom Tabellenlohn im Sinne der Rechtsprechung gemäss BGE 126 V 75 Rechnung zu tragen ist. Vielmehr ist von einer entsprechend eingeschränkten Arbeitsfähigkeit auszugehen. Es kann mit anderen Worten keinen Unterschied machen, im Rahmen eines Vollzeitpensums lediglich 75 % der ohne gesundheitliche Beeinträchtigung zu erwartenden Leistung oder bei einem Arbeitspensum von 75 % die volle Leistung zu erbringen. Der erwähnte Abzug vom Tabellenlohn will der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass die verbliebene Arbeitsfähigkeit aus bestimmten Gründen (persönliche, berufliche und leidensspezifische Merkmale) nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg auf dem in Betracht fallenden (ausgeglichenen) Arbeitsmarkt verwertet werden kann (BGE 126 V 80 oben). So kann es beispielsweise aus betriebswirtschaftlicher Sicht durchaus eine Rolle spielen, ob bei einem entsprechend reduzierten Arbeitspensum eine volle Leistung möglich ist, oder ob dieselbe Leistung lediglich im Rahmen eines Vollzeitpensums erbracht werden kann und auch bei reduziertem Arbeitspensum mit einer gewissen Leistungseinbusse zu rechnen ist. Im Weiteren kann einer erschwerten Verwertbarkeit der trotz des Gesundheitsschadens noch zumutbaren Arbeitsfähigkeit allenfalls dadurch Rechnung getragen werden, dass bei der Ermittlung des Invalideneinkommens auf der Grundlage der Lohnstrukturerhebungen des Bundesamtes für Statistik auf einen anderen als auf den durchschnittlichen Lohn in allen Wirtschaftszweigen des privaten Sektors («Total») abgestellt wird (BGE 129 V 483 Erw. 4.3.2; RKUV 2001 Nr. U 439 S. 347 [U 240/99]). Diese Ausnahmeregelung kommt indessen nur zum Zuge, wenn der Verwertbarkeit der verbliebenen Arbeitsfähigkeit derart enge Grenzen gesetzt sind, dass praktisch alle Tätigkeiten eines bestimmten Wirtschaftszweiges ausser Betracht fallen (RKUV 2001 Nr. U 439 S. 348 f. Erw. 3c/cc).“ (STFA del 15 marzo 2006 nella causa L., U 471/05) Inoltre , occorre evidenziare che in una sentenza I 793/06 del 4 ottobre 2007, pubblicata in plädoyer 1/08 pag. 69 e seg., l'Alta Corte ha ancora avuto modo di confermare la necessità di procedere ad una riduzione del reddito da invalido nel caso in cui l'assicurato sia in grado di svolgere un'attività adeguata unicamente a tempo parziale. Tale riduzione deve essere stabilita in maniera precisa. In quel caso, relativo a un assicurato ancora abile al lavoro soltanto in misura del 50%, la riduzione del reddito è stata quantificata al 10% (contrariamente a quanto ritenuto dai primi giudici, che avevano considerato corretta una riduzione del 9%). Per quel che riguarda la percentuale di riduzione per gli impedimenti alla salute, in una sentenza 8C 604/2007 del 7 aprile 2008, il Tribunale federale, contrariamente ai primi giudici, ha ritenuto corretta la

riduzione percentuale del 10% del reddito statistico stabilita dall'amministrazione, per tener conto unicamente delle limitazioni funzionali derivanti dal danno alla salute di un assicurato, che da un punto di vista medico era risultato pienamente abile al lavoro in attività adatte al suo stato di salute. L'Alta Corte ha sottolineato che nella fattispecie in esame, l'attribuzione di una riduzione del 15%, stabilita dai primi giudici, senza motivazione, anziché del 10%, come operato dall'amministrazione, non era giustificata, dato che l'età, la nazionalità, gli anni di servizio presso il precedente datore di lavoro e il tasso di occupazione esigibile (del 100%) dall'assicurato non costituivano degli elementi capaci di influire sul reddito da invalido dell'interessato sul mercato del lavoro. Tutto ben considerato, quindi, conformemente alla giurisprudenza appena citata, il TCA è dell'avviso che con una riduzione globale del 20% (cfr. anche Ufficio federale di statistica, *Enquête suisse sur la structure des salaires - Panorama salarial 2006*, Neuchâtel 2008, pag. 16 T2\*) si tenga adeguatamente conto delle specifiche circostanze del caso concreto, ossia del fatto che lavorando a tempo parziale (50%; cfr. consid. 2.4.7.) l'interessata può percepire un salario inferiore rispetto ad una persona impiegata al 100%, degli impedimenti funzionali derivanti dal danno alla salute e della sua età (nata nel 1952; a quest'ultimo riguardo cfr. pure STF I 870/05 del 2 maggio 2007 consid. 9), come peraltro richiesto dall'assicurata (cfr. doc. I). Partendo da un salario da invalido di fr. 62'450.-- (cfr. consid. 2.4.10.) e ritenuta un'esigibilità dal profilo medico del 50% (cfr. consid. 2.4.7.), ammettendo una riduzione del 20%, il reddito ipotetico dell'insorgente ammonta a fr. 24'980.-- [fr. 31'225.-- - (fr. 31'2256.-- x 20 : 100)]. Confrontando ora questo dato con l'importo di fr. 76'781.-- corrispondente al reddito che l'insorgente avrebbe conseguito da valida nell'anno 2006 (cfr. consid. 2.4.8.), emerge un'incapacità al guadagno pari a 67.47%, arrotondato al 67% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2. = SVR 2004 UV Nr. 11 pag. 41). Ne discende che l'insorgente ha diritto a una rendita del 67% dal gennaio 2006.

2.5. Indennità per menomazione dell'integrità Questa Corte deve verificare se il riconoscimento all'assicurata di un'IMI del 50% da parte dell'assicuratore LAINF resistente è corretto oppure no.

2.5.1. 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, mentale o psichica. 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).

2.5.2. 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, mentale o psichica, indipendentemente dalla capacità di guadagno, 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). Questi concetti sono stati ribaditi in un sentenza U 349/06 dell'11 luglio 2007 nel quale il Tribunale federale ha

rilevato: " Occorre poi ricordare al ricorrente, come già spiegato dal giudice cantonale, che secondo giurisprudenza la menomazione dell'integrità è valutata in modo astratto, uguale per tutti. Da questo profilo, l'IMI si distingue quindi dall'indennità per torto morale ai sensi del diritto civile, per il quale si procede ad una valutazione individuale del danno avuto riguardo alle particolarità del caso. Contrariamente alla valutazione del torto morale secondo il diritto privato, la fissazione dell'IMI può prendere a base criteri medici di carattere generale, risultanti da esami comparativi di postumi infortunistici analoghi, senza tener conto delle specifiche limitazioni che la lesione è suscettibile di comportare per un determinato assicurato. In altri termini, l'importo dell'IMI non dipende dalle circostanze del caso concreto, ma da una valutazione medico-teorica del danno alla salute fisica o psichica, prescindendo da fattori di carattere soggettivo ( DTF 115 V 147 consid. 1; cfr. DTF 133 V 224 ). In quest'ordine di idee, la Corte cantonale ha rettamente rilevato che la circostanza che l'insorgente, a causa delle conseguenze dell'infortunio, possa essere stato costretto a modificare le proprie abitudini di vita, non può essere presa in considerazione nella valutazione della menomazione all'integrità di cui è portatore." 2.5.3. Secondo 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, mentale o psichica, causate da uno o più infortuni sono concomitanti, l'indennità va calcolata in base al pregiudizio complessivo (art. 36 cpv. 3 1a frase OAINF; cfr. SVR 2008 UV Nr. 10). 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). 2.5.4. L'CO 1 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). Al riguardo in una sentenza 8C\_472/2007 del 9 giugno 2008 il Tribunale federale ha rilevato: " 3.4 La table 1.2. prévoit, en ce qui concerne l'épaule, un taux d'atteinte à l'intégrité de 30 pour cent pour une épaule bloquée en adduction, de 10 pour cent

pour une épaule mobile jusqu'à 30 degrés au dessus de l'horizontale, et de 15 pour cent pour une épaule mobile jusqu'à l'horizontale. En l'espèce, il ressort des constatations du docteur E. \_\_\_\_\_ - qui se fondent sur un examen clinique approfondi et dont il n'y a pas lieu de remettre en cause l'exactitude - que la mobilité de l'épaule est réduite jusqu'à l'horizontale (l'abduction active atteint l'horizontal tandis que la flexion active est possible un peu au dessus de l'horizontal). Le taux de 15 pour cent retenu par la CNA et les premiers juges correspond dès lors bien au handicap du recourant." 2.5.5. Nel caso in esame l'assicuratore LAINF resistente ha riconosciuto alla ricorrente il diritto a un'IMI del 50% sulla base del referto degli specialisti del \_\_\_\_\_ (cfr. doc. 54). I medici menzionati, in relazione alla presenza di una menomazione importante e durevole dell'integrità fisica, nel gennaio 2007, hanno attestato che: " Sur le plan néurologique, la comitialité post-traumatique traitée correspond à une perte de l'intégrité de 30%. Sur le plan neuropsychologique, les troubles neuropsychologiques modérés séquellaires correspondent à un perte à l'intégrité de 20%. Il existe donc globalement, sur le plan somatique, en tant que conséquence de l'événement accidentel du 2.4.1994, une perte à l'intégrité de 50%. " (Doc. 48 pag. 25) Essi hanno, inoltre, ribadito che l'assicurata non è affetta da disturbi psichici (cfr. doc. 48 pag. 25; consid. 2.4.4.). L'assicurata ha chiesto un'IMI del 70%, rilevando che non è stata sufficientemente considerata la componente dovuta all'epilessia post-traumatica, la quale, oltre a compromettere il suo quadro medico attuale, può comportare il peggioramento futuro della sua situazione (cfr. doc. I). Questa Corte, chiamata a pronunciarsi su una questione di carattere medico, attentamente vagliata la documentazione presente all'inserto, in casu, ritiene di poter aderire all'apprezzamento dei medici del \_\_\_\_\_. In casu non si rivelano, pertanto, necessari ulteriori approfondimenti medici (cfr. consid. 2.4.7.). Contrariamente a quanto sostiene l'insorgente, gli specialisti di \_\_\_\_\_ hanno considerato l'aspetto dell'epilessia o sindrome comiziale (cfr. www.santepratique.fr). In effetti gli stessi hanno valutato in misura del 30% la menomazione cagionata dalla sindrome comiziale trattata (cfr. doc. 48 pag. 25), conformemente a quanto previsto dalla Tabella delle menomazioni dell'integrità all'Allegato 3 dell'OAINF. Relativamente ai disturbi neuropsicologici, peraltro approfonditamente indagati e valutati dai medici di \_\_\_\_\_ (cfr. doc. 48 pag. 12-17), questi ultimi hanno considerato che l'assicurata presenta una menomazione moderata valutata del 20%. Tale conclusione si rivela attendibile, ponendo mente alla Tabella 8 relativa alle complicazioni psichiche di lesioni cerebrali organiche. La medesima prevede che per una menomazione moderata, la quale implica una leggera diminuzione di certe funzioni cognitive, e meglio di un'attenzione sostenuta, della memorizzazione in occasione di esigenze accresciute o di certe funzioni esecutive complesse (pianificazione, risoluzione di problemi), venga attribuita un'IMI del 20% (cfr. p.to 3.3). Le limitazioni appena menzionate corrispondono a quelle di cui è affetta l'assicurata (cfr. doc. 48 pag. 14, 15, 20), e meglio di disturbi dove predominano i deficit di attenzione (in ogni caso il rendimento a un test di attenzione sostenuta nel tempo è di poco superiore al limite inferiore nella norma) e disturbi esecutivi con un rallentamento della lettura, difficoltà moderate di calcolo, un risultato al limite inferiore della norma di apprendimento di una serie di 15 parole (la memoria a breve termine è nella norma sia in modalità verbale che in modalità visuo-spaziale), degli elementi perseverativi, un'alterazione della flessibilità mentale e dell'attenzione, nonché un deficit nel ragionamento visuo-spaziale (cfr. doc. 48 pag. 20, 14). A titolo di raffronto giova osservare che secondo la Tabella 8 un'IMI del 35% viene assegnata in caso di disturbi da moderati a medi. Per menomazione media si intende una netta diminuzione delle performances di una

o più funzioni cognitive. L'attenzione, la memoria e le funzioni esecutive sono quasi sempre lese, inoltre dei disturbi possono interessare degli altri settori funzionali. Ciò non corrisponde, nemmeno parzialmente, alle condizioni neuropsicologiche dell'assicurata. Pertanto il riconoscimento alla ricorrente di un'IMI del 50% non presta il fianco a critiche.

2.6. Interessi di mora 2.6.1. L'assicurata ha chiesto che sull'IMI le vengano riconosciuti interessi di mora al 5% a far tempo dal 1° gennaio 2008 (cfr. doc. I pag. 10; 57). L'art. 26 cpv. 1, in vigore dal 1° gennaio 2003, prevede che i crediti di contributi dovuti o di contributi indebitamente riscossi sottostanno rispettivamente a interessi di mora o remunerativi. Il Consiglio federale può prevedere eccezioni per importi esigui e termini di breve durata. Per il cpv. 2 dell'art. 26 LPGA sempre che l'assicurato si sia pienamente attenuto all'obbligo di collaborare, l'assicurazione sociale deve interessi di mora sulle sue prestazioni dopo 24 mesi dalla nascita del diritto, ma al più presto 12 mesi dopo che si è fatto valere il diritto. Nel Rapporto della Commissione del Consiglio nazionale della sicurezza sociale e della sanità (FF 1999), a pag. 3949, inoltre, si afferma che: "(...) La Commissione ritiene che gli interessi di mora siano opportuni in caso di ritardo sia per i contributi che per le prestazioni. Non vi è alcun motivo di far valere tale normativa solo per uno di questi aspetti. Interessi di mora possono benissimo essere giustificati in caso di restituzione di contributi. La Commissione propone pertanto di disciplinare nel capoverso 1 l'aspetto dei contributi e nel capoverso 2 l'aspetto delle prestazioni." Per l'art. 7 cpv. 1 OPGA il tasso d'interesse di mora è del 5 per cento all'anno. A proposito del tasso d'interesse, Kieser, ATSG-Kommentar, Zurigo 2003, pag. 306 n. 25 ad art. 26, afferma: "Damit kann im Sozialversicherungsrecht grundsätzlich ein allgemeiner Zinssatz festgesetzt werden, wobei grundsätzlich bei ausstehenden Beiträgen und verspätet zugesprochenen Leistungen derselbe Satz gelten soll. Dieser wird mit Art. 7 Abs. 1 ATSV mit 5% bestimmt. Damit ist aber nicht ausgeschlossen, dass - eine entsprechende gesetzliche Grundlage vorausgesetzt - im Einzelgesetz gestützt auf weitere Ueberlegungen ein höherer Zinssatz festgelegt wird. Hätte es an einer Festlegung des Zinssatzes gefehlt, wäre ebenfalls von einem Satz von 5% auszugehen gewesen, wie es in der ständigen bisherigen Rechtsprechung bei einer Verzugszinspflicht angenommen wurde (vgl. SVR 2001 BVG Nr. 16; Rhinow/KRAHENMANN, 93; Zurcher, Verzugszinsen, 197)." Nel caso in esame, in applicazione di quanto appena osservato, la ricorrente ha diritto di principio agli interessi di mora calcolati sull'IMI dovutale (al riguardo cfr. STCA dell'8 giugno 2004 nella causa M., 36.2003.38, massimata in RtiD I-2005 N. 54 pag. 202).

2.6.2. Va ora esaminato a partire da quale momento gli interessi sono dovuti. Ai sensi dell'art. 26 cpv. 2 LPGA gli interessi sono dovuti dopo 24 mesi dalla nascita del diritto, ma al più presto 12 mesi dopo che si è fatto valere il diritto. Il diritto a interessi di mora in caso di prestazioni arretrate, il cui diritto è nato almeno 24 mesi prima, sono dovuti in ogni caso al più presto dal 1° gennaio 2003 (cfr. DTF 131 V 358 = RAMI 2005 pag. 443 = SVR 2006 UV Nr. 1 ). In concreto il diritto della ricorrente all'IMI è sorto, analogamente al diritto alla rendita, il 1° gennaio 2006 (cfr. consid. 2.3.; 2.4.12.). Per l'art. 7 cpv. 2 OPGA l'interesse di mora è calcolato ogni mese sulle prestazioni spettanti al beneficiario sino alla fine del mese precedente. Il suo decorso inizia il primo giorno del mese in cui è insorto il diritto e cessa alla fine del mese in cui è stato emesso l'ordine di pagamento. Kieser, op. cit., pag. 303 n. 21 ad art. 26, a proposito del momento a partire dal quale l'assicurato ha diritto alla prestazione, rammenta: " Das ATSG regelt die Entstehung des Anspruches auf Leistungen nicht generell, hält aber fest, dass für die Geltendmachung des Anspruchs eine Anmeldung erforderlich ist (art. 29 ATSG). Art. 26 Abs. 1 ATSG knüpft bei der Bestimmung der 24-monatigen Frist nicht an

diese Anmeldung an, sondern bestimmt, dass eine Verzugszinspflicht dann einsetzt, wenn seit der Entstehung des Anspruchs 24 Monate verstrichen sind. Dies ist im Sinne einer Mindestvoraussetzung zu verstehen. (...) Wann der Anspruch entsteht, wird vom Einzelgesetz bestimmt. (...) Wird die Anmeldung bei einem unzuständigen Versicherungsträger oder nicht formgerecht eingereicht, stellt sich die Frage, wann der Anspruch als geltend gemacht betrachtet werden kann. Art. 29 Abs. 3 ATSG stellt für die an die Anmeldung geknüpften Wirkungen in solchen Fällen dennoch auf die Postübergabe bzw. den Eingang beim (unzuständigen) Versicherungsträger ab." Considerando che è possibile beneficiare degli interessi 24 mesi dopo la nascita del diritto della prestazioni ma al più presto 12 mesi dopo che si è fatto valere il diritto (in casu quest'ultimo momento corrisponde all'annuncio della ricaduta del dicembre 2003, cfr. doc. 12), nel caso di specie gli interessi decorrono al più presto dal 1° gennaio 2008, ossia 24 mesi dopo il primo giorno del mese in cui è insorto il diritto alla prestazione (cfr. STCA 35.2005.83 del 13 giugno 2006, massimata in RtiD I-2007 N. 44 pag. 187). In simili condizioni, la CO 1 deve versare alla ricorrente interessi al 5% sull'IMI dal 1° gennaio 2008. 2.7. Vincente in causa, l'assicurato, patrocinato da un avvocato, ha diritto ad un'indennità per ripetibili da mettere a carico dell'assicuratore LAINF resistente (cfr. art. 61 cpv. 1 lett. g LPGa). Per questi motivi dichiara e pronuncia 1. Per quanto ricevibile, il ricorso è parzialmente accolto. § La decisione su opposizione impugnata è annullata nella misura in cui a RI 1 è stata assegnata una rendita di invalidità del 55% e non le sono stati assegnati interessi di mora sull'IMI. §§ La CO 1 è condannata a versare all'assicurata una rendita di invalidità del 67% a decorrere dal 1° gennaio 2006. §§§ La CO 1 sull'IMI del 50% deve corrispondere all'assicurata interessi al 5% dal 1° gennaio 2008. 2. Gli atti sono trasmessi alla \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ perché proceda ai sensi del consid. 2.2. 3. Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato. La CO 1 verserà all'assicurata l'importo di fr. 900.-- (IVA inclusa) a titolo di ripetibili parziali. 4. Comunicazione agli interessati i quali possono impugnare il presente giudizio con ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro 30 giorni dalla comunicazione. L'atto di ricorso, in 3 esemplari, deve indicare quale decisione è chiesta invece di quella impugnata, contenere una breve motivazione, e recare la firma del ricorrente o del suo rappresentante. Al ricorso dovrà essere allegata la decisione impugnata e la busta in cui il ricorrente l'ha ricevuta. Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni Il presidente  
Cattaneo

Fabio Zocchetti

Il segretario Daniele

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