

TI_GERICHTE 35.2014.19 vom 9. Oktober 2014

TI Tribunale d'appello, 2014-10-09, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2014.19

FR: TI_GERICHTE 35.2014.19 du 9 octobre 2014

IT: TI_GERICHTE 35.2014.19 del 9 ottobre 2014

Regeste

Incidente stradale con politrauma ortopedico. Negata adeguatezza nesso causale tra infortunio e disturbi psichici. Determinazione del grado d'invalidità tenuto conto dei soli disturbi organici. Determinazione entità guadagno assicurato: rinvio atti all'amministrazione

Erwägungen

E. 49

cpv. 2 della Legge sull'organizzazione giudiziaria (cfr. STF 8C_452/2011 del 12 marzo 2012; STF 8C_855/2010 dell'11 luglio 2011; STF 9C_211/ 2010 del 18 febbraio 2011; 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 R DAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA H 304/99 del 22 dicembre 2000; STFA I 623/98 del 26 ottobre 1999). Nel merito 2.2. Oggetto della lite è l'entità della rendita d'invalidità spettante alla ricorrente, come pure l'entità del guadagno assicurato su cui calcolare la rendita stessa. Preliminarmente, questa Corte è però tenuta a esaminare se l'Istituto assicuratore resistente era legittimato a negare la propria responsabilità a proposito dei disturbi psichici denunciati da RI 1, oppure no. 2.3. Secondo l'art. 6 cpv. 1 LAINF, per quanto non previsto altrimenti dalla legge, le prestazioni assicurative sono effettuate in caso d'infortuni professionali, d'infortuni non professionali e di malattie professionali. Il diritto alle prestazioni risultante da un infortunio assicurato presuppone l'esistenza di un nesso di causalità naturale tra l'evento dannoso e il danno alla salute. Questa condizione è adempiuta qualora si possa ammettere che, senza l'evento infortunistico, il danno alla salute non si sarebbe potuto verificare o non si sarebbe verificato nello stesso modo. Non occorre, invece, che l'infortunio sia stato la sola o immediata causa del danno alla salute; è sufficiente che l'evento, se del caso unitamente ad altri fattori, abbia comunque provocato un danno all'integrità corporale o psichica dell'assicurato, vale a dire che l'evento appaia come una conditio sine qua non del danno. È questione di fatto lo stabilire se tra evento infortunistico e danno alla salute esista un nesso di causalità naturale; su detta questione amministrazione e giudice si determinano secondo il principio della probabilità preponderante - insufficiente essendo l'esistenza di pura possibilità - applicabile generalmente nell'ambito dell'apprezzamento delle prove in materia di assicurazioni sociali (DTF 129 V 177 consid. 3. p. 181, 402 consid. 4.3 p. 406). 2.4. Se un infortunio ha semplicemente scatenato un processo che sarebbe comunque insorto anche senza questo evento, il nesso di causalità naturale tra i disturbi accusati dall'assicurato e l'infortunio deve essere negato se lo stato morboso preesistente è ritornato ad essere quello che era prima dell'infortunio (status quo ante) oppure se ha raggiunto lo stadio che sarebbe prima o poi subentrato anche senza l'infortunio (status quo sine) (RAMI 1992 U 142 p. 75 consid. 4b;

A. Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, p. 469; U. Meyer-Blaser, Die Zusammenarbeit von Richter und Arzt in der Sozialversicherung, in Bollettino dei medici svizzeri 71/1990, p. 1093). Il solo fatto che la sintomatologia sia apparsa soltanto dopo un infortunio, non basta per stabilire un rapporto di causalità naturale con questo medesimo infortunio (ragionamento “ post hoc, ergo propter hoc ”; cfr. DTF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341s.; RAMI 1999 U 341 p. 408s. consid. 3b). Occorre di principio ricercarne l’eziologia e verificare, su questa base, l’esistenza del nesso di causalità con l’evento assicurato. Pertanto, in materia d’infortunio del tipo “colpo di frusta” alla colonna cervicale, di trauma equivalente oppure di trauma cranio-cerebrale, senza dimostrazione di un sostrato organico oggettivabile, l’esistenza di un legame causale naturale tra l’infortunio e l’incapacità lavorativa o di guadagno, deve di principio essere ammessa in presenza di un quadro clinico tipico caratterizzato da disturbi multipli, quali diffusi mal di testa, vomito, vertigini, disturbi della concentrazione e della memoria, facile stanchevolezza, disturbi visivi, irritabilità, labilità affettiva, depressione, cambiamento della personalità, ecc.. L’esistenza di un infortunio di questo tipo così come delle sue conseguenze, presuppone delle attendibili certificazioni medico-specialistiche (cfr. DTF 119 V 335 consid. 1, 117 V 359 consid. 4b; in merito alle misure istruttorie necessarie, si veda la DTF 134 V 109 consid. 9 p. 122s.).

2.5. Il diritto alle prestazioni assicurative presuppone pure l’esistenza di un nesso di causalità adeguata tra l’evento dannoso e il danno alla salute. In caso di danno alla salute fisica, il nesso di causalità adeguata è generalmente ammesso, dal momento in cui è accertata la causalità naturale (cfr. DTF 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103). Per contro, la giurisprudenza ha elaborato più criteri per valutare l’adeguatezza del nesso di causalità tra un infortunio e dei disturbi psichici sviluppati successivamente dalla vittima. Essa ha dapprima classificato gli infortuni in tre categorie, a seconda della dinamica: gli infortuni insignificanti o leggeri (per esempio, una caduta o scivolata banale), gli infortuni di media gravità e gli infortuni gravi. Per procedere a tale classificazione, non si deve considerare il modo in cui l’infortunio è stato vissuto dall’interessato ma piuttosto l’evento traumatico in quanto tale da un punto di vista oggettivo. In presenza di un infortunio di media gravità, occorre prendere in considerazione un certo numero di criteri, di cui i più importanti sono: - le circostanze concomitanti particolarmente drammatiche o la particolare spettacolarità dell’infortunio; - la gravità o particolare caratteristica delle lesioni lamentate, segnatamente la loro idoneità, secondo l’esperienza, a determinare disturbi psichici; - la durata eccezionalmente lunga della cura medica; - i disturbi somatici persistenti; - la cura medica errata che aggrava notevolmente gli esiti dell’infortunio; - il decorso sfavorevole della cura e le complicazioni rilevanti intervenute; - il grado e la durata dell’incapacità lavorativa dovuta alle lesioni fisiche. Non in ogni caso è necessario che tutti i criteri appena menzionati siano presenti. La presenza di un unico criterio può bastare per ammettere l’adeguatezza del nesso di causalità quando l’infortunio va classificato fra quelli al limite della categoria degli eventi gravi. Per contro, in presenza di un infortunio che si situa al limite di quelli insignificanti o leggeri, le circostanze da considerare devono cumularsi oppure rivestire un’importanza particolare affinché si possa ammettere il carattere adeguato del nesso di causalità (DTF 115 V 140s., consid. 6c/aa e bb e 409s., consid. 5c/aa e bb, 117 V 384, consid. 4c; RAMI 2002 U 449, p. 53ss. consid. 4a).

2.6. Nella concreta evenienza, dalla decisione su opposizione impugnata emerge che la CO 1 ha negato che la problematica psichica costituisca una conseguenza adeguata dell’evento infortunistico del maggio 2008, ritenuto che quest’ultimo “... deve essere qualificato - ai sensi della predetta giurisprudenza - come leggero, al più come medio al limite di quelli leggeri, posta la ridotta

velocità e l'assenza di qualsivoglia spettacolarità dell'incidente. (...). Nemmeno possono essere ammesse le circostanze concomitanti addotte in opposizione, che d'acchito non appaiono tali, né quanto al loro numero, né quanto all'intensità, da suffragare l'esistenza di un nesso causale ai sensi dell'invalsa giurisprudenza del TF." (doc. 145, p. 3).

L'assicuratore ha implicitamente lasciato aperta la questione riguardante la causalità naturale. Con la propria impugnativa, l'assicurata sostiene invece che l'infortunio di cui è rimasta vittima andrebbe classificato fra quelli di media gravità ma al limite della categoria superiore, tenuto conto soprattutto delle lesioni riportate in quell'occasione. Per quanto concerne i criteri di rilievo, ella ha affermato che il sinistro in questione è "... occorso con una collusione diretta fisica del corpo con una vettura sulle strisce pedonali. Di per sé si tratta senz'altro di un sinistro oltremodo impressionante. In secondo luogo ha comportato, nei fatti, la cessazione ex abrupto della propria attività lucrativa e quindi il coinvolgimento sociale. Inoltre la medesima è rimasta in cura per ben cinque anni. È assodato che le conseguenze del sinistro sono costantemente dolorose e che si protraggono nel tempo." (doc. I, p. 4).

2.7. Nell'esaminare l'adeguatezza del legame causale, bisogna avantutto procedere alla classificazione dell'incidente occorso alla ricorrente. Per quanto riguarda la dinamica del sinistro del 19 maggio 2008, dalla documentazione agli atti si evince che l'insorgente stava attraversando la strada sulle strisce pedonali, quando è stata investita da un'autovettura (cfr. doc. 45 e 47). Tenuto conto della dinamica oggettiva dell'evento e precisato che, in questo contesto, non devono essere prese in considerazione le conseguenze dell'infortunio, nè le circostanze concomitanti (cfr. SVR 2008 UV Nr. 8 p. 26), il sinistro occorso all'assicurata può essere classificato tra gli eventi di grado medio in senso stretto. Si osserva che la Corte federale, in una sentenza U 228/06 del 4 maggio 2007, ha qualificato come infortunio di grado medio il sinistro occorso a un'assicurata investita da un'autovettura mentre stava attraversando le strisce pedonali. Ella aveva riportato la frattura delle due ossa della gamba sinistra, un trauma cranico con perdita di conoscenza, delle ferite lacero-contuse al cuoio capelluto e al labbro superiore, come pure delle contusioni multiple. In un altro giudizio U 142/03 del 12 gennaio 2004, il TFA ha classificato quale infortunio di grado medio, escludendo però che si trattasse di un sinistro al limite della categoria degli eventi gravi, l'evento in cui un assicurato era stato investito da un'autovettura, subendo contusioni alla schiena, ai gomiti ed escoriazioni. La nostra Massima Istanza ha, poi, proceduto a un'identica classificazione in una sentenza U 183/00 del 29 gennaio 2001, in cui un motociclista si era scontrato con un'autovettura proveniente in senso inverso che gli aveva tagliato la strada nello svoltare a sinistra. A seguito della collisione, l'assicurato era scivolato assieme alla propria moto e si era ritrovato immobilizzato sotto una vettura parcheggiata a qualche metro di distanza. Dei terzi erano rapidamente intervenuti per liberarlo e per togliere il contatto alla moto. Trasportato all'ospedale, i sanitari avevano diagnosticato un trauma cervicale, nonché delle contusioni a livello della spalla, del gomito e della caviglia sinistra. Da parte sua, il TCA ha ammesso l'esistenza di un infortunio di grado medio propriamente detto, trattandosi di un'assicurata che era stata investita sulle strisce pedonali da un automobilista, riportando la frattura del tubercolo maggiore dell'omero sinistro (cfr. STCA 35.2012.30 del 13 maggio 2013 consid. 2.4.6, cresciuta in giudicato). In una sentenza 8C_897/2009 del 29 gennaio 2010 consid. 4.5, pubblicata in SVR 2010 UV Nr. 25 p. 100 seg., il TF ha ribadito che - in caso di infortuni che fanno parte della categoria di grado medio vera e propria -, devono essere adempiuti almeno tre dei criteri di rilievo affinché possa essere riconosciuta l'esistenza del nesso causale adeguato (si veda pure la STF 8C_634/2013 del 7 maggio 2014; nella STF

8C_566/2013, precedentemente citata, l'Alta Corte ha confermato che, in presenza di un infortunio medio-lieve, serve il cumulo di almeno quattro criteri). Per costante giurisprudenza, nell'apprezzamento dell'adeguatezza del nesso di causalità in materia di turbe psichiche, vanno considerati unicamente i disturbi di natura organica che si trovano in una relazione di causalità, naturale e adeguata, con il sinistro assicurato (cfr. RAMI 1999 U 341 p. 409 e RAMI 1993 U 166, p. 94 consid. 2c e riferimenti). Innanzitutto, all'infortunio subito dall'assicurata non può essere negata una certa spettacolarità, ma non si può parlare di una particolare spettacolarità. Al riguardo, è utile precisare che, secondo la giurisprudenza, il criterio in questione è da valutare oggettivamente e non in base alle sensazioni soggettive, rispettivamente ai sentimenti di paura provati dalla persona assicurata. In ogni infortunio di media gravità è insita una certa spettacolarità, la quale non è tuttavia ancora sufficiente per ritenere adempiuto il criterio (consid. 3.5.1 non pubblicato della DTF 137 V 199). Occorre considerare la dinamica dell'infortunio in quanto tale e non il danno alla salute che ne è conseguito. Non si tiene conto del successivo processo di guarigione (cfr. STF 8C_738/2011 del 3 febbraio 2012 consid. 7.3.1). Il TFA è del resto giunto alla medesima conclusione nel caso, citato in precedenza, di un'assicurata investita da un'automobile mentre attraversava le strisce pedonali (cfr. STF U 228/06 del 4 maggio 2007 consid. 3.5). Nell'incidente stradale del 9 maggio 2008, la ricorrente ha riportato fratture a livello del bacino e dei corpi vertebrali di L4 e L5. A proposito del criterio delle lesioni organiche gravi o particolarmente idonee a provocare un'elaborazione psichica abnorme, la giurisprudenza ha precisato che il fatto che le conseguenze infortunistiche abbiano costretto l'assicurato a cambiare professione, non basta per ritenerlo soddisfatto. Il criterio in questione implica l'esistenza di lesioni fisiche gravi o, trattandosi della loro particolare natura, delle lesioni interessanti organi ai quali l'uomo attribuisce una particolare importanza soggettiva come ad esempio la perdita di un occhio oppure la mutilazione della mano dominante (cfr. la STF 8C_566/2013 succitata, consid. 6.2.2). Alla luce di quanto precede, secondo questa Corte, l'assicurata ha riportato senz'altro dei seri danni alla salute ma questi ultimi non costituiscono ancora delle lesioni organiche gravi o particolarmente idonee a provocare un'elaborazione psichica abnorme ai sensi della giurisprudenza (in questo senso, si vedano del resto la STF 8C_991/2009 del 6 maggio 2010 consid. 7.3 a proposito di una frattura della vertebra D7 con residua deformazione a cuneo, la 8C_737/2008 del 29 maggio 2009 consid. 4.3 relativa a delle fratture del naso, del bacino, delle costole IV, V e X a destra e di un pneumotorace, la STF U 73/07 del 5 settembre 2007 consid. 3 concernente una frattura di D7-D8, la STFA U 36/05 e U 38/05 del 16 gennaio 2006 consid. 3.4. riguardante una frattura stabile del bacino con frattura superiore e inferiore dell'osso pubico, una frattura a livello della colonna vertebrale toracale, nonché un trauma renale, la STFA U 31/03 e 342/03 del 30 novembre 2004 relativa a una frattura del corpo vertebrale di L1, nonché la STFA U 260/01 del 28 marzo 2002 consid. 3c concernente una frattura da compressione delle vertebre D10 e D11, come pure una frattura della clavicola). Dalle carte processuali non risulta neppure che l'insorgente sia rimasta vittima di una cura medica errata e notevolmente aggravante degli esiti dell'evento traumatico. Questo Tribunale ritiene che non si possa parimenti pretendere che la cura medica dipendente dall'evento infortunistico sia stata eccezionalmente lunga. Per ammettere l'adempimento di questo criterio, non ci si deve basare unicamente sull'aspetto temporale. Occorre parimenti considerare la natura e l'intensità del trattamento e se ci si può attendere un miglioramento delle condizioni di salute dell'assicurato (cfr. STF 8C_577/2007 del 23 gennaio 2008 consid. 7 e riferimento ivi citato). In questo senso, un

trattamento che serve unicamente a conservare le condizioni di salute già esistenti, non ha di principio rilevanza nel quadro dell'esame dell'adeguatezza (STFA U 246/03 dell'11 febbraio 2004 consid. 2.4s. e U 37/06 del 22 febbraio 2007 consid. 7.3). Provvedimenti diagnostici e semplici visite di controllo (cfr. STF 8C_327/2008 del 16 febbraio 2009 consid. 4.2), come pure la somministrazione di farmaci antidolorifici e la prescrizione di manipolazioni, sono stati giudicati insufficienti a fondare questo criterio (cfr. STF 8C_507/2010 del 18 ottobre 2010 consid. 5.3.4). Nel caso di specie, dalla documentazione agli atti emerge che RI 1 ha soggiornato, dapprima, presso il Reparto di chirurgia dell'Ospedale regionale di _____ (dal 9 maggio al 2 giugno 2008), degenza durante la quale non è però stata sottoposta ad alcun intervento chirurgico (cfr. doc. 18, p. 2) e, in seguito, in due tempi diversi, presso la Clinica di riabilitazione _____ di _____ (dal 2 giugno al 22 luglio 2008 e dal 19 maggio al 15 giugno 2009). Per il resto, le cure che le sono state prestate sono consistite essenzialmente nella somministrazione di medicinali (analgesici/antinfiammatori e antidepressivi) e nell'esecuzione di fisioterapia a livello ambulatoriale, cure miranti a controllare i dolori e a mantenere la tonicità muscolare, segnatamente a livello del tronco, con dunque una funzione piuttosto conservativa (cfr., ad esempio, la perizia 10 marzo 2009 del chirurgo ortopedico dott. _____, doc. 54, p. 4: "Sul piano terapeutico ritengo opportuno che la signora RI 1 prosegua con le misure a suo tempo in atto, rivolte alla gestione della componente algica e al rinforzo nei limiti di quanto effettivamente possibile della muscolatura del tronco. Questo nel contesto di un programma individualizzato di misure da svolgersi in maniera autonoma sotto sorveglianza fisioterapica." - il corsivo è del redattore). È d'altronde utile segnalare che l'Alta Corte federale ha negato l'adempimento di questo criterio, trattandosi di un'assicurata, vittima di un incidente stradale con diverse fratture a livello dell'estremità superiore destra, che era stata sottoposta a quattro interventi chirurgici, che era stata ospedalizzata in due occasioni (la prima per circa tre settimane, la seconda per oltre un mese) e che, per il resto, le era stata prescritta una terapia farmacologica e l'esecuzione di fisio- ed ergoterapia ambulatoriale (cfr. STF 8C_729/2012 del 4 aprile 2013 consid. 8.3). Questo Tribunale, da parte sua, ne ha invece ammesso la realizzazione in una sentenza 35.2014.2 del 17 settembre 2014 consid. 2.12, riguardante un assicurato, vittima di un incidente della circolazione, le cui conseguenze avevano necessitato di ben dieci operazioni chirurgiche, l'ultima delle quali eseguita a distanza di sei anni e mezzo circa dall'evento traumatico. Anche il criterio del decorso sfavorevole della cura e le complicazioni rilevanti intervenute non è soddisfatto. In merito è utile sottolineare che dalla cura medica e dai notevoli disturbi non si può dedurre un decorso sfavorevole e/o delle complicazioni rilevanti. Sono inoltre necessarie delle circostanze particolari che hanno pregiudicato la guarigione. L'assunzione di molti medicinali e l'esecuzione di diverse terapie non basta per ammettere questo criterio. Lo stesso vale per il fatto che, nonostante regolari terapie, l'assicurato lamenta ancora disturbi e non ha raggiunto una (completa) capacità lavorativa (cfr. STF 8C_80/2009 del 5 giugno 2009 consid. 6.5 e riferimenti). Nel caso di specie, è vero che le terapie instaurate non hanno comportato una completa risoluzione dei disturbi denunciati dall'assicurata, nel senso che egli soffre ancora di dolori al rachide lombo-sacrale. Tuttavia, occorre innanzitutto considerare che il loro decorso è stato influenzato dal sovrapporsi della nota problematica psichica - che, come tale, non può essere considerata nella valutazione dell'adeguatezza -, così come è stato segnalato da più parti (cfr. doc. 59: "Dato che da mesi la sintomatologia, nonostante una fisioterapia (...) e la somministrazione di paracetamolo era praticamente invariata ho introdotto recentemente dell'amitriptilina (Tryptizol) in

ragione di dosi progressive (attualmente 20 mg alla sera) notando un netto miglioramento del riposo notturno e, in parte, dei dolori.”, doc. 80: “Nel frattempo consiglierai comunque di aggiungere o riprendere un antidepressivo già per altro testato in passato con successo al fine di agire anche sulla componente sopratentoriale che comunque sembra importante per la paziente .” e doc. 126, 4: “Bisogna comunque notare come l’infortunio abbia provocato pure delle problematiche di natura psicologica, per le quali l’assicurata é attualmente in cura specialistica. Questa patologia può almeno in parte influire pure sulla manifestazione dei suoi dolori e sulla loro evoluzione negativa .” - il corsivo é del redattore). D’altra parte, non sono nemmeno ravvisabili quelle particolari circostanze la cui presenza, secondo la giurisprudenza federale, sarebbe necessaria per ammettere un decorso sfavorevole e/o l’insorgere di rilevanti complicazioni. In queste condizioni, può rimanere indeciso se sono adempiuti il criterio dei dolori somatici persistenti e quello del grado e durata dell’incapacità lavorativa , poiché questi due criteri da soli, in presenza di un infortunio di media gravità in senso stretto, non potrebbe comunque giustificare l’adeguatezza del nesso di causalità (cfr. RDAT 2003 II n. 67 p. 276, U 164/02 consid. 4.7; RSAS 2001 p. 431, U 187/95). In conclusione, se ne deduce che l’infortunio assicurato non ha avuto, secondo il corso ordinario delle cose e l’esperienza della vita, un significato decisivo per l’instaurazione dei disturbi psichici di cui soffre l’insorgente: l’adeguatezza del nesso di causalità non può, quindi, venire ammessa. Può pertanto rimanere indeciso se la problematica psichica costituisce oppure no una conseguenza naturale del sinistro del maggio 2008. Visto quanto precede, l’assicuratore LAINF resistente era dunque legittimato a definire il diritto alle prestazioni di lunga durata, segnatamente quello alla rendita d’invalidità, facendo astrazione da tali disturbi.

2.8. Entità della rendita d’invalidità. 2.8.1. Giusta l’art. 18 cpv. 1 LAINF, l’assicurato invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 10 per cento a seguito d’infortunio ha diritto alla rendita di invalidità. Secondo l’art. 8 cpv. 1 LPGGA, è considerata invalidità l’incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. Il TFA, in una sentenza U 192/03 del 22 giugno 2004, pubblicata in RAMI 2004 U 529, p. 572ss., ha rilevato che l’art. 18 LAINF rinvia direttamente all’art. 8 LPGGA; l’art. 8 cpv. 1 LPGGA, a sua volta, corrisponde al previgente art. 18 cpv. 2 prima frase LAINF, motivo per il quale occorre concludere che non vi sono stati cambiamenti di rilievo in seguito all’introduzione della LPGGA. Da parte sua, l’art. 16 LPGGA prevede, che per valutare il grado d’invalidità, il reddito che l’assicurato invalido potrebbe conseguire esercitando l’attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l’eventuale esecuzione di provvedimenti d’integrazione, tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido. L’Alta Corte, nella sentenza U 192/03 del 22 giugno 2004, citata in precedenza, ha rilevato che anche l’art. 16 LPGGA non ha modificato la valutazione del grado di invalidità dell’assicurato previsto dai precedenti art. 28 cpv. 2 LAI e art. 18 cpv. 2 seconda frase LAINF. Nella stessa pronuncia la nostra Massima Istanza ha quindi concluso che in ambito LAINF la giurisprudenza relativa ai concetti di inabilità lavorativa, inabilità al guadagno e invalidità continua a mantenere la sua validità anche in seguito all’introduzione della LPGGA. Su questi aspetti si veda pure la DTF 130 V 343. Due sono, dunque, di norma gli elementi costitutivi dell’invalidità: 1. il danno alla salute fisica o psichica (fattore medico) 2. la diminuzione della capacità di guadagno (fattore economico). Tra il danno alla salute e l’incapacità di guadagno deve inoltre intercorrere un nesso causale adeguato (fattore causale). Nell’assicurazione obbligatoria contro gli infortuni deve esserci inoltre un nesso causale, naturale ed adeguato, tra il danno alla salute e l’infortunio.

2.8.2. 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, poichè 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 I 871/02 del 20 aprile 2004 e la STFA I 162/01 del 18 marzo 2002). L'invalidità, proprio perchè 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, benchè invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili, in un mercato del lavoro equilibrato, dopo l'adozione di eventuali provvedimenti integrativi (cfr. art. 16 LPGA). I due redditi da porre a raffronto sono necessariamente ipotetici. L'ipotesi deve però poggiare su solide basi, avere un fondamento oggettivo. La giurisprudenza federale ha, più volte, confermato il principio che, nella determinazione dell'invalidità, non c'è la possibilità di fondarsi su una valutazione medico-teorica del danno alla salute dovuto all'infortunio e che occorre, sempre, basarsi sulle conseguenze economiche di tale danno. Il TFA ha avuto modo di confermare che alla perdita di guadagno effettiva in un rapporto di lavoro stabile si può far capo solo eccezionalmente, se l'assicurato può esaurire pienamente presso la ditta in cui da lungo tempo lavora tutta la sua residua capacità lavorativa (STFA U 25/94 del 30 giugno 1994). La perdita di guadagno effettiva può corrispondere alla perdita di guadagno computabile soltanto se - le condizioni sono cumulative - ogni riferimento al mercato del lavoro in generale, tenuto conto dei rapporti di lavoro particolarmente stabili, si avvera praticamente inutile, se l'assicurato esercita un'attività ragionevolmente esigibile nella quale si deve considerare che sfrutti al massimo la sua capacità di lavoro residua e se il reddito corrisponde ad una prestazione di lavoro e non ad un salario sociale (RAMI 1991 U 130, p. 270ss. consid. 4a; conferma di giurisprudenza). Le ragioni, inerenti l'azienda, che rendono impossibile l'utilizzazione ottimale della rimanente capacità di produzione, devono essere considerate soltanto se, sul mercato del lavoro generale, non esiste una possibilità d'impiego, esigibile dall'assicurato, che gli permetterebbe di valorizzare meglio la propria residua capacità di lavoro (RAMI 1991 succitata, consid. 4d). I. Termine: reddito da invalido La misura dell'attività che si può ragionevolmente esigere dall'invalido va valutata in funzione del danno alla salute, avuto riguardo alle circostanze personali come l'età, le attitudini psico-fisiche, l'istruzione, la formazione professionale. Secondo la giurisprudenza, per la fissazione dei redditi ipotetici, non vanno considerate circostanze che non riguardano l'invalidità vera e propria. Particolarità quali formazione professionale o conoscenza linguistiche carenti hanno, in quest'ambito, rilevanza se sono causa di un reddito inferiore alla media. In tal caso, esse vanno o considerate nella determinazione dei due redditi da porre a confronto o non considerati affatto (RAMI 1993 U 168, p. 97ss., consid. 5a, b). Nel valutare la possibilità di sfruttare la residua capacità lavorativa e tradurla in capacità di guadagno non si terrà conto di difficoltà contingenti del mercato del lavoro ma ci si collocherà nell'ipotesi di un mercato equilibrato, nella situazione, cioè, in cui offerta e

domanda sostanzialmente si controbilancino (cfr. RAMI 1994 U 187, p. 90 consid. 2b; DTF 115 V 133; STFA del 30 giugno 1994 succitata). Specifica dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni è la norma di cui all'art. 28 cpv. 4 OAINF: " Se a causa della sua età l'assicurato non riprende più un'attività lucrativa dopo l'infortunio o se la diminuzione della capacità di guadagno è essenzialmente dovuta alla sua età avanzata, sono determinanti per valutare il grado d'invalidità i redditi che potrebbe eseguire un assicurato di mezza età vittima di un danno alla salute della stessa gravità." II. Termine: reddito conseguibile senza invalidità : Nel determinare il reddito conseguibile senza invalidità ci si baserà per quanto possibile sulla situazione antecedente l'infortunio. Se ne ipotizzerà l'evoluzione futura partendo dall'assunto che senza di esso la situazione si sarebbe mantenuta sostanzialmente stabile (cfr. STFA del 15 dicembre 1992 nella causa G.I.M.). Ci si discosterà da questa proiezione solo se le premesse per modifiche di qualche rilievo sono già date al momento dell'infortunio o se particolari circostanze ne rendono il verificarsi altamente probabile (cfr. RAMI 1993 U 168, p. 97ss., consid. 5b; 4a, b). Il grado di invalidità corrisponde alla differenza, espressa in percentuale, tra il reddito ipotetico conseguibile senza invalidità e quello, non meno ipotetico, conseguibile da invalido . 2.8.3. Nella concreta evenienza, l'esigibilità lavorativa dipendente dai soli postumi infortunistici organici non é oggetto di contestazione da parte della ricorrente. Essa trova il proprio fondamento nel rapporto 28 marzo 2011 del dott. _____, spec. FMH in malattie reumatiche, elaborato nell'ambito della perizia bidisciplinare del Servizio di accertamento medico (SAM) di Bellinzona, disposta dalla Cassa malati _____. Secondo lo specialista in questione, RI 1 sarebbe ancora in grado di svolgere "... lavori fisicamente medio-leggeri, che non richiedano particolari sforzi per la colonna vertebrale (sollevamento ripetuto di pesi superiori ai 10 kg, movimenti ripetuti di flessione ed estensione del tronco, lavori prolungati in posizioni inergonomiche), nella misura di circa il 50%. Si potrebbe ad esempio trattare di lavori in fabbrica, sempre che sia data la possibilità di cambiare frequentemente di posizione, da svolgersi in parte da seduta ed in parte in piedi. Potrebbe pure lavorare quale ausiliaria presso un distributore di benzina oppure quale badante, sempre che non debba accudire a persone fortemente debilitate che richiedano importanti sforzi fisici per il transfer o per le misure di igiene personale." (doc. 126, p. 5; si veda pure il doc. 173, p. 2, in cui il dott. _____ ha ribadito il proprio apprezzamento). Tutto ben considerato, il TCA non ha alcun motivo per discostarsi dalla valutazione espressa dal dott. _____, la quale può dunque validamente servire da base per il presente giudizio. 2.8.4. Si tratta ora di valutare le conseguenze economiche del danno alla salute infortunistico. Per quanto concerne il reddito da valido , secondo la CO 1, l'insorgente avrebbe guadagnato nel 2009, senza il danno alla salute, un importo annuo di fr. 44'850 (cfr. doc. 122, p. 3). Al riguardo, questa Corte rileva che, in ossequio alla DTF 128 V 174 consid. 4a, per la valutazione del grado d'invalidità fanno stato i redditi riferiti all'anno in cui é insorto il diritto alla rendita di invalidità (in casu , i redditi del 2013). D'altro canto, essa constata che il reddito ritenuto dall'Istituto assicuratore é quello utilizzato dall'Ufficio assicurazione invalidità nella decisione formale del 26 agosto 2010, fatto proprio dal TCA nella sentenza 32.2010.73 del 28 novembre 2011 consid. 2.6.1., cresciuta in giudicato incontestata, nota al patrocinatore dell'assicurata. Sulla scorta di quanto precede, l'importo di fr. 44'850 (riferito all'anno 2009) deve quindi essere adeguato all'indice dei salari nominali sino al 2013 (cfr. la relativa tabella pubblicata nel sito web dell'Ufficio federale di statistica), cosicché esso ammonta a fr. 46'554.30 . 2.8.5. Per quanto riguarda il reddito da invalido , la giurisprudenza federale si fonda sui criteri fissati nelle sentenze pubblicate in DTF 126 V 75 seg. e in DTF 129 V 472 seg. Nella prima

sentenza di principio la Corte ha stabilito che ai fini della determinazione del reddito da invalido fa stato in primo luogo la situazione professionale e salariale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti) . Qualora difettino indicazioni economiche effettive, possono, conformemente alla giurisprudenza, essere ritenuti i dati forniti dalle statistiche salariali. La questione di sapere se e in quale misura al caso i salari fondati su dati statistici debbano essere ridotti dipende dall'insieme delle circostanze personali e professionali del caso concreto (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione), criteri questi che l'amministrazione è tenuta a valutare globalmente. La Corte ha precisato, al riguardo, come una deduzione massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Il Tribunale federale delle assicurazioni ha poi ancora rilevato, nella medesima sentenza, che, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione. Nella seconda sentenza di principio il TFA ha fissato i criteri da adempiere affinché il reddito da invalido possa essere validamente determinato sulla base dei salari DPL. In quella sede, la nostra Corte federale ha rilevato che, oltre a produrre almeno cinque DPL, l'assicuratore infortuni è tenuto a fornire indicazioni sul numero totale dei posti di lavoro entranti in linea di considerazione a dipendenza dell'impedimento concreto, come pure sul salario più elevato, su quello più basso, nonché su quello medio del gruppo cui è fatto riferimento. L'Alta Corte, relativamente ai dati statistici, ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17, STFA del 5 settembre 2006 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 di sapere se l'adeguamento va ammesso solo nel caso in cui il valore fosse chiaramente sotto la media ("deutliche Abweichung"). Tale è di regola stata ritenuta una differenza del 10% (SVR 2004 UV no. 12 pag. 45 consid. 6.2; dell'8% nella sentenza U 463/06 del 20 novembre 2007; nella sentenza pubblicata in SVR 2008 IV Nr. 49 consid. 2.3. l'Alta Corte non ha ritenuto rilevante un gap salariale del 4%). La questione è stata definitivamente risolta con la DTF 135 V 297, sentenza in cui la nostra Massima Istanza ha stabilito che se il guadagno effettivamente conseguito diverge di almeno il 5% dal salario statistico usuale nel settore, esso è considerevolmente inferiore alla media ai sensi della DTF 134 V 322 consid. 4 p. 325 e può giustificare - soddisfatte le ulteriori condizioni -, un parallelismo dei redditi da raffrontare. Questo parallelismo si effettua però soltanto per la parte percentuale eccedente la soglia del 5%. Inoltre, le condizioni per una deduzione a titolo di parallelismo e per circostanze personali e professionali sono interdipendenti, nel senso che i medesimi fattori che incidono sul reddito

non possono giustificare contemporaneamente una deduzione a titolo di parallelismo e una deduzione per circostanze personali e professionali. 2.8.6. Nella presente fattispecie, anche in questo caso, l'amministrazione ha fatto capo al dato considerato dall'UAI nella propria decisione di rendita (fr. 52'455.60), tutelato da questo Tribunale nella pronuncia citata in precedenza (cfr. STCA 32.2010.73 consid. 2.6.2.). In quanto riferito all'anno 2009, il valore in questione non può essere utilizzato, come tale, nella presente sentenza. Utilizzando i dati forniti dalla tabella TA1, l'assicurata, svolgendo nel 2010 una professione che presuppone qualifiche inferiori nel settore privato svizzero (a proposito della rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439, p. 347ss. e SVR 2002 UV 15, p. 47ss.), avrebbe potuto realizzare, in media, un salario mensile lordo pari a fr. 4'225. Riportando questo dato su 41.6 ore (cfr. tabella pubblicata sul sito web dell'UFS), esso ammonta a fr. 4'394 mensili oppure a fr. 52'728 per l'intero anno (fr. 4'394 x 12). Dopo adeguamento all'indice dei salari nominali (+2.7% - cfr. la relativa tabella pubblicata sul sito web dell'UFS), si ottiene, per il 2013, un reddito annuo di fr. 54'151.65. L'assicurata, se avesse continuato a lavorare a tempo pieno in qualità di ausiliaria di lavanderia, avrebbe guadagnato, nel 2013, fr. 46'554.30/anno per un'occupazione a tempo pieno (cfr. consid. 2.9.4.). Tale reddito si situa leggermente al di sopra della media dei salari per un'attività equivalente (tabella TA 1 2010, p.to 55 "servizi di alloggio", livello di qualifica 4: fr. 3'508 riportato su 42.4 ore/settimana = fr. 3'718.48 x 12 mesi = fr. 44'621.76 + adeguamento all'indice dei salari nominali sino al 2013 = fr. 45'826.54). Pertanto, non entra in linea di conto nessuna decurtazione del reddito statistico a titolo di gap salariale (cfr. consid. 2.9.5. in fine). Considerato che la capacità lavorativa residua in attività sostitutive adeguate è limitata al 50% (cfr. il consid. 2.8.3.), il reddito statistico da invalido deve essere ridotto in proporzione e si attesta pertanto a fr. 27'075.82 (risultato intermedio). 2.8.7. 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). Nella concreta evenienza, l'assicuratore convenuto ha operato una decurtazione del 10% sul reddito statistico da invalido (già ridotto del 50% per tenere conto del limitato grado di capacità lavorativa in attività adeguate - cfr. doc. 122, p. 3). Va rilevato che identica riduzione è stata applicata dal TCA nel suo giudizio 32.2010.73 cresciuto in giudicato (cfr. il consid. 2.6.4. di quella pronuncia). Ora, tenuto conto che, in ambito di assicurazione per l'invalidità, è stata ritenuta una residua capacità lavorativa del 40% (poiché si è considerata anche la patologia psichiatrica), una riduzione percentuale del 10% è da ritenere, a maggior ragione, non arbitraria in materia LAINF, dove l'abilità lavorativa residua è più elevata (50%). Il reddito da invalido, tenuto conto di una decurtazione sociale del 10%, ammonta quindi a fr. 24'368.23 (90% di fr. 27'075.82). 2.8.8. Il grado di invalidità dell'insorgente - determinato confrontando i fr. 24'368.23 al reddito che ella avrebbe potuto conseguire se non fosse intervenuto l'infortunio, e cioè fr. 46'554.30 - risulta essere del 47.65%, arrotondato al 48% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121, consid. 3.2. (= SVR 2004 UV Nr. 11 p. 41). Visto che, con la decisione su opposizione impugnata, l'assicuratore LAINF resistente ha posto l'assicurata al beneficio di una rendita d'invalidità del 47%, il ricorso deve essere accolto. 2.9. Entità del guadagno annuo assicurato. 2.9.1. A norma dell'art. 15 cpv. 1 LAINF, le indennità giornaliere e le rendite sono calcolate in base

al guadagno assicurato . Il cpv. 2 recita, da parte sua, che per il calcolo delle indennità giornaliera é considerato guadagno assicurato l'ultimo salario riscosso prima dell'infortunio; per il calcolo delle rendite, quello riscosso durante l'anno precedente l'infortunio. Il medesimo art. 15 al cpv. 3 permette, peraltro, al Consiglio federale di emanare disposizioni particolari. Per guadagno assicurato si deve intendere, in genere, tutte le somme versate all'assicurato dal suo datore di lavoro, e ciò allo scopo di remunerare un lavoro dipendente, prestato per un tempo determinato o indeterminato. Tali somme fanno parte del guadagno assicurato soltanto se si trovano in una relazione economica con il rapporto di lavoro. Si considera, pertanto, reddito derivante da un'attività salariata, non solo la retribuzione versata per il lavoro effettuato ma, di principio, anche le indennità o prestazioni che si trovano in una qualsiasi relazione con il rapporto di lavoro, nella misura in cui queste prestazioni non siano esenti da premio in virtù di disposizioni legali espresse (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 83 e giurisprudenza ivi menzionata). Di regola, é considerato guadagno assicurato il salario determinante ai sensi degli artt. 5 cpv. 2 LAVS e 6ss. OAVS (cfr. art. 22 cpv. 2 OAINF). L'art. 22 cpv. 4 OAINF prevede, nuovamente, che le rendite sono calcolate in base al salario pagato all'assicurato da uno o più datori di lavoro nel corso dell'anno precedente l'infortunio , inclusi gli elementi del salario non ancora versati che gli sono dovuti. Se il rapporto non è durato un anno intero, il salario ottenuto durante questo periodo è convertito in pieno salario annuo. Nel caso di un'attività temporanea la conversione è limitata alla durata prevista. Derogando al principio posto dagli artt. 15 cpv. 2 in fine LAINF e 22 OAINF, l'art. 24 OAINF definisce il salario determinante in alcuni casi speciali. Per quanto qui di interesse, il cpv. 1 recita così che se nel corso dell'anno precedente l'infortunio, il salario dell'assicurato è stato ridotto a causa di servizio militare, servizio di protezione civile, infortunio, malattia maternità, disoccupazione o lavoro ridotto, il guadagno assicurato è quello che l'assicurato avrebbe conseguito senza queste circostanze. Trattandosi della nozione di “ disoccupazione ” ai sensi dell'art. 24 cpv. 1 OAINF, in una sentenza U 298/00 dell'11 giugno 2001, l'Alta Corte ha stabilito che colui che non si annuncia all'assicurazione contro la disoccupazione e che non si sottomette ai relativi obblighi, non può poi appellarsi al fatto che, già antecedentemente alla domanda di prestazioni, egli avrebbe voluto lavorare a tempo pieno anziché a tempo parziale e, perciò, pretendere che il calcolo del guadagno assicurato venga effettuato in considerazione di una disoccupazione parziale conformemente all'art. 24 cpv. 1 OAINF. Secondo la nostra Massima Istanza, ciò é altrettanto poco ammissibile nell'ambito dell'assicurazione contro gli infortuni, quanto in quello dell'assicurazione contro la disoccupazione (per un caso di applicazione di questa giurisprudenza, si veda la STCA 35.2012.92 del 26 settembre 2013, nota al patrocinatore dell'assicurata). 2.9.2. Nel caso di specie, nella decisione su opposizione impugnata, la CO 1 ha quantificato in fr. 27'600 (fr. 3'450 x 8 mesi) il guadagno su cui calcolare la rendita d'invalidità (cfr. doc. 145, p. 4). In sede di risposta di causa, l'amministrazione ha corretto l'importo del guadagno assicurato in fr. 29'900 (fr. 3'737.50 x 8 mesi) per tener conto della tredicesima mensilità (cfr. doc. V, p. 4). Chiamata a pronunciarsi nella concreta evenienza, questa Corte rileva innanzitutto che l'anno di riferimento ex artt. 15 cpv. 2 seconda frase LAINF e 22 OAINF, corrisponde al periodo 9 maggio 2007 - 8 maggio 2008 . L'art. 24 cpv. 2 OAINF, richiamato dalla ricorrente, giusta il quale se il diritto alla rendita nasce più di cinque anni dopo l'infortunio o l'insorgenza della malattia professionale, determinante è il salario che l'assicurato avrebbe ottenuto nell'anno precedente l'inizio del diritto alla rendita se non si fossero verificati detti eventi, per quanto questo salario sia più elevato dell'ultimo riscosso

prima dell'infortunio o dell'insorgenza della malattia professionale, non può trovare applicazione nella concreta evenienza, posto che il diritto alla rendita é nato meno di cinque anni dopo l'infortunio (9 maggio 2008 - 1° marzo 2013). Dagli atti si evince che, dal 1994, l'insorgente si trova alle dipendenze dell'Albergo _____ di _____ in qualità di lavoratrice stagionale (dal contratto di lavoro da lei stipulato nel novembre 2007 risulta che la stagione 2008 é andata da marzo a ottobre - cfr. doc. 28). Durante la "stagione morta", ella ha beneficiato delle prestazioni dell'assicurazione contro la disoccupazione. Con la propria impugnativa, l'assicurata postula l'applicazione dell'art. 24 cpv. 1 OAINF, osservando che "in occasione dell'opposizione é stato allegato all'assicurazione tutta la documentazione che accertava la circostanza che la signora RI 1 si era collocata in disoccupazione durante l'interstagione 2007/2008. Questo dato é sufficiente perché venga ritenuto il salario sulle 12 mensilità e non già sulle 8 ritenute. (...). Ne discende che la rendita dev'essere calcolata come se il periodo di disoccupazione non fosse esistito, quindi ritenendo per tutto l'anno precedente il sinistro un importo mensile a titolo di salario in ordine di fr. 3'450.00 comprensivo della 13a mensilità. Pertanto il salario assicurato ai fini del calcolo della rendita ammonta a fr. 44'850.00 (fr. 3450.00 x 13 mensilità)." (doc. I, p. 3). Quanto sostenuto dalla ricorrente non può essere condiviso. In effetti, nella DTF 136 V 182 consid. 4.1, il Tribunale federale ha stabilito che, in presenza di un'attività lucrativa di tipo stagionale, non possono trovare applicazione né l'art. 22 cpv. 4 seconda frase OAINF ("Se il rapporto di lavoro non é durato un anno intero, il salario ottenuto durante questo periodo é convertito in pieno salario annuo.") né l'art. 24 cpv. 1 OAINF. La determinazione del guadagno assicurato deve quindi aver luogo soltanto in base alla terza frase dell'art. 22 cpv. 4 OAINF ("Nel caso di un'attività temporanea la conversione é limitata alla durata prevista."). Da notare che la fattispecie sub judice si differenzia da quella di cui alla STCA 35.2012.92 succitata, per il fatto che RI 1 lavorava per l'Albergo _____ con lo statuto di stagionale. In concreto, il TCA osserva che dalla documentazione a disposizione non emergono elementi sufficienti per stabilire il salario che l'assicurata ha effettivamente percepito lavorando alle dipendenze dell'Albergo _____, nel periodo 9 maggio 2007 - 8 maggio 2008. Pertanto, l'amministrazione - alla quale gli atti vengono rinviati -, dovrà chiarire questo aspetto interpellando il datore di lavoro dell'insorgente e, sulla base delle relative risultanze, stabilire di nuovo il guadagno annuo assicurato su cui calcolare la rendita d'invalidità, e ciò in ossequio all'art. 22 cpv. 4 terza frase OAINF.

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