

## **TI\_GERICHTE 35.2017.32 vom 17. August 2017**

TI Tribunale d'appello, 2017-08-17, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_35.2017.32](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2017.32)

FR: TI\_GERICHTE 35.2017.32 du 17 août 2017

IT: TI\_GERICHTE 35.2017.32 del 17 agosto 2017

### **Erwägungen**

#### **E. 3**

dicembre 2013, l'assicurata ha riportato un "trauma da investimento pedone-automobile del 3.12.2013 con/su: 1) Trauma cranico e ferita lacero contusa occipitale; 2) Frattura dislocata del naso; 3) Frattura intraarticolare del radio distale destro; 4) Frattura articolazione sacro-iliaca destra e ramo ileopubico e ischio pubico con coinvolgimento acetabolare; 5) Ustione di 2° grado glutea sinistra" (cfr. doc. 3). Nel prosieguo, ha presentato delle problematiche neurologiche/ortopediche/reumatologiche e psichiche (che sono state ritenute, solo in parte, riconducibili all'infortunio: cfr. doc. 133, 147 e 196). A proposito di questo criterio, 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, di 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. STF8C\_566/2013 del 18 agosto 2014, consid. 6.2.2).

Ora, conformemente alla giurisprudenza, 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 (cfr. STF8C\_507/2010 del 18 ottobre 2010 consid. 5.3.4), non fanno parte della cura medica ai sensi del criterio in discussione. Inoltre, provvedimenti quali la fisioterapia, la chiropratica, l'agopuntura, la terapia cranio-sacrale, l'osteopatia, nonché le sedute di neuropsicologia/psicoterapia, non possono essere definiti come particolarmente gravosi (cfr. STF8C\_726/2010 del 19 novembre 2010 consid. 4.1.3 e 8C\_655/2010 del 15 novembre 2010 consid. 4.2.4 e riferimenti).

Il TF ha del resto deciso in questo senso in una sentenza 8C\_401/2009 del 10 settembre 2009 consid. 3.4.3, riguardante un assicurato, vittima di un trauma distorsivo cervicale, che aveva beneficiato, oltre a una terapia antidolorifica medicamentosa, di una riabilitazione stazionaria e di fisioterapia ambulatoriale, nonché, in seguito, anche di cure psichiatriche/psicoterapiche, e in una sentenza 8C\_387/2011 del 20 settembre 2011 consid. 3.3.3, concernente un assicurato, vittima di un incidente stradale concomitante con contusione del rachide lombare, il cui trattamento era consistito essenzialmente in controlli presso il medico curante e in sedute di fisioterapia. L'Alta Corte ha ritenuto che nemmeno la degenza in clinica nel periodo 20 novembre 2007-17 gennaio 2008, la seguente ergoterapia ambulatoriale e l'ulteriore ospedalizzazione dal 20 luglio al 21 agosto 2008, potevano giustificare la realizzazione di questo criterio, precisato che per la realizzazione del criterio della specifica cura medica protratta e gravosa, la prassi pone delle esigenze decisamente più elevate. Il TCA, 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 diecimila operazioni chirurgiche, l'ultima delle quali eseguita a distanza di sei anni e mezzo circa dall'evento traumatico.

Del resto, secondo la giurisprudenza, questo criterio non può già essere considerato realizzato quando un determinato provvedimento medico non si rivela finalmente efficace (cfr. SVR 2009 UV 41 p. 142 consid. 5.6.1). Anche il criterio 6 ("il decorso sfavorevole della cura e le complicazioni rilevanti intervenute"), non è realizzato. 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\_213/2011 del 7 giugno 2011 consid. 8.2.5e 8C\_80/2009 del 5 giugno 2009 consid. 6.5 e riferimenti). In questo senso, il Tribunale federale ha negato la realizzazione di questo criterio anche nel caso di un decorso indiscutibilmente protratto (cfr. STF 8C\_402/2011 del 10 febbraio 2012 consid. 5.4).

Visto che l'obbligo a prestazioni dell'assicuratore LAINF va negato facendo difetto l'adeguatezza, questa Corte ritiene che la questione relativa all'esistenza del nesso di causalità naturale tra l'infortunio e il danno alla salute (psichico) possa restare insoluta (cfr., in proposito, SVR 3/2012 UV5 consid. 5.1 e giurisprudenza ivi citata).

In siffatte circostanze, appare quindi superfluo dare seguito alle richieste di audizione della psichiatra curante e di esperimento di una perizia psichiatrica formulate più volte dal patrocinatore dell'insorgente nel gravame (cfr. doc. I).

Stante quanto precede, il reddito "da valida" della ricorrente, nel 2015, ammontava a fr. 49'254.15.

Stante quanto precede, il reddito "da valida" della ricorrente, nel 2015, ammontava a fr. 54'061.95.

## **E. 24**

dicembre 2002). Per quanto riguarda il criterio 2 ("la gravità o particolare caratteristica delle lesioni lamentate, segnatamente la loro idoneità, secondo l'esperienza, a determinare disturbi psichici"), nell'infortunio del 3 dicembre 2013, l'assicurata ha riportato un trauma da investimento pedone-automobile del 3.12.2013 con/su: 1) Trauma cranico e ferita lacero contusa occipitale; 2) Frattura dislocata del naso; 3) Frattura intraarticolare del radio distale destro; 4) Frattura articolazione sacro-iliaca destra e ramo ileopubico e ischio pubico con coinvolgimento acetabolare; 5) Ustione di 2° grado glutea sinistra" (cfr. doc. 3). Nel prosieguo, ha presentato delle problematiche neurologiche/ortopediche/reumatologiche e psichiche (che sono state ritenute, solo in parte, riconducibili all'infortunio: cfr. doc. 133, 147 e 196). A proposito di questo criterio, 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, di 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. STF 8C\_566/2013 del 18 agosto 2014, consid. 6.2.2). Tenuto conto di quanto precede, secondo questo Tribunale, non si può parlare di lesioni gravi o particolarmente caratteristiche (in questo senso, si vedano la STF

8C\_795/2012 del 28 novembre 2012 consid. 5.3.2., riguardante un'assicurata vittima di un trauma cranio-cerebrale con emorragia subaracnoidea frontale a sinistra, che aveva reliquato cefalee come pure disturbi dell'olfatto e del gusto, in cui il TF ha negato che il criterio in discussione fosse adempiuto, anche soltanto in forma semplice, e la STF 8C\_52/2008 del 5 settembre 2008 consid. 8.2, concernente un assicurato che, caduto dopo essere stato urtato da un'autovettura, aveva accusato una commotio cerebri, una contusione toracica a destra con una serie di fratture costali, nonché alcune ferite lacero-contuse alla parte sinistra del volto). Per quanto riguarda il criterio 3 (" la durata eccezionalmente lunga della cura medica "), questo Tribunale ritiene che non si possa parimenti pretendere che la cura medica dipendente dall'evento infortunistico sia stata eccezionalmente lunga. Dagli atti di causa emerge infatti che, dopo l'iniziale degenza presso la Clinica di \_\_\_\_\_ (degenza dal 3 al 18 dicembre 2013; cfr. doc. 55) e l'intervento del 27 giugno 2014 di asportazione del materiale dell'osteosintesi effettuata il 5 dicembre 2013, le cure prestate a RI 1 sono essenzialmente consistite nell'esecuzione di fisioterapia, in una terapia medicamentosa (soprattutto antalgica e antidepressivi/ansiolitici), in provvedimenti diagnostici e visite di controllo da parte del medico curante e di vari specialisti come pure in sedute di psicoterapia. Ora, conformemente alla giurisprudenza, 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 (cfr. STF 8C\_507/2010 del 18 ottobre 2010 consid. 5.3.4), non fanno parte della cura medica ai sensi del criterio in discussione. Inoltre, provvedimenti quali la fisioterapia, la chiropratica, l'agopuntura, la terapia cranio-sacrale, l'osteopatia, nonché le sedute di neuropsicologia/psicoterapia, non possono essere definiti come particolarmente gravosi (cfr. STF 8C\_726/2010 del 19 novembre 2010 consid. 4.1.3 e 8C\_655/2010 del 15 novembre 2010 consid. 4.2.4 e riferimenti). Il TF ha del resto deciso in questo senso in una sentenza 8C\_401/2009 del 10 settembre 2009 consid. 3.4.3, riguardante un assicurato, vittima di un trauma distorsivo cervicale, che aveva beneficiato, oltre a una terapia antidolorifica medicamentosa, di una riabilitazione stazionaria e di fisioterapia ambulatoriale, nonché, in seguito, anche di cure psichiatriche/psicoterapiche, e in una sentenza 8C\_387/2011 del 20 settembre 2011 consid. 3.3.3, concernente un assicurato, vittima di un incidente stradale con commotio cerebri e contusione del rachide lombare, il cui trattamento era consistito essenzialmente in controlli presso il medico curante e in sedute di fisioterapia. L'Alta Corte ha ritenuto che nemmeno la degenza in clinica nel periodo 20 novembre 2007-17 gennaio 2008, la seguente ergoterapia ambulatoriale e l'ulteriore ospedalizzazione dal 20 luglio al 21 agosto 2008, potevano giustificare la realizzazione di questo criterio, precisato che per la realizzazione del criterio della specifica cura medica protratta e gravosa, la prassi pone delle esigenze decisamente più elevate. Il TCA, 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. Per quanto riguarda il criterio 5 (" la cura medica errata che aggrava notevolmente gli esiti dell'infortunio "), 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. Del resto, secondo la giurisprudenza, questo criterio non può già essere considerato realizzato quando un determinato provvedimento medico non si rivela finalmente efficace (cfr. SVR 2009 UV 41 p. 142 consid. 5.6.1). Anche il criterio 6 (" il decorso sfavorevole della cura e le complicazioni rilevanti intervenute "), non è

realizzato. 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\_213/2011 del 7 giugno 2011 consid. 8.2.5 e 8C\_80/2009 del 5 giugno 2009 consid. 6.5 e riferimenti). In questo senso, il Tribunale federale ha negato la realizzazione di questo criterio anche nel caso di un decorso indiscutibilmente protratto (cfr. STF 8C\_402/2011 del 10 febbraio 2012 consid. 5.4). Nella concreta evenienza, non sono invero 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 (4) dei " dolori somatici persistenti " e quello (7) del " grado e durata dell'incapacità lavorativa dovuta alle lesioni fisiche " , poiché anche se ciò dovesse essere il caso, in presenza di un infortunio di media gravità in senso stretto, la realizzazione di due criteri 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 esito a quanto precede, si deve concludere che i disturbi psichici di cui soffre la ricorrente, non costituiscono una conseguenza adeguata dell'evento infortunistico occorso il 3 dicembre 2013. Se ne deduce quindi che l'assicuratore resistente era legittimato a negare al riguardo la propria responsabilità. Visto che l'obbligo a prestazioni dell'assicuratore LAINF va negato facendo difetto l'adeguatezza, questa Corte ritiene che la questione relativa all'esistenza del nesso di causalità naturale tra l'infortunio e il danno alla salute (psichico) possa restare insoluta (cfr., in proposito, SVR 3/2012 UV5 consid. 5.1 e giurisprudenza ivi citata). In siffatte circostanze, appare quindi superfluo dare seguito alle richieste di audizione della psichiatra curante e di esperimento di una perizia psichiatrica formulate più volte dal patrocinatore dell'insorgente nel gravame (cfr. doc. I).

2.3. Condizioni di salute infortunistiche stabilizzate al 1° novembre 2014?

2.3.1. Giusta l'art. 10 LAINF, l'assicurato ha diritto alla cura appropriata dei postumi d'infortunio (cfr. DTF 109 V 43 consid. 2a; art. 54 LAINF) e, in applicazione dell'art. 16 LAINF, l'assicurato totalmente o parzialmente incapace di lavorare (art. 6 LPGa) a seguito d'infortunio, ha diritto all'indennità giornaliera. Il diritto all'indennità giornaliera nasce il terzo giorno successivo a quello dell'infortunio. Esso si estingue con il ripristino della piena capacità lavorativa, con l'assegnazione di una rendita o con la morte dell'assicurato. Parimenti, il diritto alle cure cessa qualora dalla loro continuazione non sia da attendersi un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato: 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. Ghélew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), Losanna 1992, p. 41ss.). 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.

2.3.2. Nel caso di specie, dovendo fare astrazione dai disturbi (psichici) di cui soffre l'insorgente per i motivi già detti (cfr. consid. 2.2.4), il TCA, attentamente vagliato l'insieme della documentazione medica agli atti (in particolare, la perizia amministrativa

del 6 ottobre 2016 del Prof. dr. med. \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia e traumatologia e chirurgia toracica, di cui al doc. 196), osserva di non aver motivo di scostarsi da quanto deciso dalla CO 1, confermando la chiusura della pratica per quanto concerne i postumi di infortunio del 3 dicembre 2013 a far tempo dal 1° novembre 2014. Del resto lo stesso patrocinatore dell'assicurata ha riconosciuto che, dal profilo fisico, lo stato di salute della sua assistita si è stabilizzato il 1° novembre 2014 (cfr. doc. I).

2.4. Entità del grado dell'invalidità.

2.4.1. 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.

2.4.2. 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 che egli incontra nell'esplicare determinate funzioni. Il medico indicherà per prima cosa se l'assicurato può ancora svolgere la sua professione, precisando quali sono le controindicazioni in quell'attività e in altre analoghe. Egli valuterà finalmente il grado dell'incapacità lavorativa che gli impedimenti provocano sia nella professione attuale sia nelle altre relativamente confacenti (cfr., su questi aspetti, la STFA I 871/02 del 20 aprile 2004 e la STFA I 162/01 del 18 marzo 2002). L'invalidità, proprio perché concetto essenzialmente economico, si misura raffrontando il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora o potrebbe realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili, in un mercato del lavoro equilibrato, dopo l'adozione di eventuali provvedimenti integrativi (cfr. art. 16 LPGGA). I due redditi da porre a raffronto

sono necessariamente ipotetici. L'ipotesi deve però poggiare su solide basi, avere un fondamento oggettivo. La giurisprudenza federale ha, più volte, confermato il principio che, nella determinazione dell'invalidità, non c'è la possibilità di fondarsi su una valutazione medico-teorica del danno alla salute dovuto all'infortunio e che occorre, sempre, basarsi sulle conseguenze economiche di tale danno. Il TFA ha avuto modo di confermare che alla perdita di guadagno effettiva in un rapporto di lavoro stabile si può far capo solo eccezionalmente, se l'assicurato può esaurire pienamente presso la ditta in cui da lungo tempo lavora tutta la sua residua capacità lavorativa (STFA U 25/94 del 30 giugno 1994). La perdita di guadagno effettiva può corrispondere alla perdita di guadagno computabile soltanto se - le condizioni sono cumulative - ogni riferimento al mercato del lavoro in generale, tenuto conto dei rapporti di lavoro particolarmente stabili, si avvera praticamente inutile, se l'assicurato esercita un'attività ragionevolmente esigibile nella quale si deve considerare che sfrutti al massimo la sua capacità di lavoro residua e se il reddito corrisponde ad una prestazione di lavoro e non a 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 . 2.4.3. Nella concreta evenienza, l'assicuratore LAINF convenuto ha negato all'assicurata una rendita d'invalidità a

decorrere dal 1° dicembre 2014, facendo essenzialmente capo, per quanto riguarda l'esigibilità lavorativa, alla valutazione del 6 ottobre 2016 del Prof. dr. med. \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia e traumatologia e chirurgia toracica, giusta il quale " La presenza di dolori al polso destro (oggettivati dalla residua malposizione a baionetta del polso e dal deficit di flessione dorsale) nonché le cervicalgie persistenti pur se di gravo lieve (era appena cessato l'episodio di radiculopatia al braccio sinistro) fanno stimare la sua capacità lavorativa nella precedente attività di badante a partire dal 1. novembre 2014 per almeno 3 mesi ridotta al 25% per poi progredire al 50% fino al momento della mia visita e nel futuro. Alla paziente non possono essere sottoposti lavori pesanti di cura di pazienti incapaci di alzarsi, di lavarsi e di vestirsi. Non le si può sottoporre di stirare, di pulire vetri e di portare con la mano destra pesi superiori ai 2-3Kg. In attività leggere adeguate la paziente è abile al 100% (leggere attività nel servizio al bar, come badante di pazienti fisicamente autosufficienti, messaggeria). Va sottolineato in modo particolare la perfetta e intensa attività di deambulazione praticata dalla paziente anche a scopo di riabilitarsi. (...) " (cfr. doc. 196; n.d.r.: solo il corsivo è della redattrice). Si può, quindi, senz'altro ipotizzare - senza far riferimento alla difficoltà concreta di reperimento di posti di lavoro dovuta all'eccedenza della domanda, difficoltà che viene assicurata dall'assicurazione contro la disoccupazione e non dall'assicurazione contro l'invalidità (cfr. DTF 110 V 276 consid. 4c; RCC 1991 p. 332 consid. 3b; P. Omlin, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, Friburgo 1995, p. 83) - che la ricorrente sia in grado di mettere a frutto la sua residua capacità lavorativa in attività professionali più leggere da un profilo dell'impegno fisico rispetto a quella originariamente esercitata (di badante). Del resto deve essere ricordato che il principio dell'esigibilità configura un aspetto del principio della proporzionalità. Secondo la dottrina questo principio permette di pretendere da una persona un determinato comportamento anche se presenta degli inconvenienti (Peter, Die Koordination der Invalidenrente, Schulthess 1997 p. 71 e dottrina ivi citata), anche in virtù del principio della riduzione del danno. Ai fini dell'accertamento dell'invalidità ci si deve fondare su un mercato del lavoro equilibrato e quindi fittizio; ci dev'essere cioè un certo equilibrio tra domanda e offerta di posti di lavoro e un'offerta di posti diversificati in relazione con le capacità professionali, intellettuali e fisiche. Si tratta pertanto di un concetto teorico e astratto (DTF 110 V 276). Un assicurato non può pertanto avvalersi dell'impossibilità congiunturale di trovare un posto di lavoro per pretendere una rendita (ZAK 1984 p. 347). Ciò non è il caso se - ipotesi non realizzata nella fattispecie - l'attività ammissibile è possibile solo in forma talmente limitata, che il mercato generale del lavoro praticamente non la conosce o se il suo esercizio è reso possibile solo grazie alla collaborazione irrealistica di un datore di lavoro medio (cfr. ZAK 1989 p. 322 consid. 4a; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, p. 114). In conclusione, stante quanto sopra esposto, richiamato inoltre l'obbligo che incombe all'assicurata di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer-Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweiz. Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 61; DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 221), è da ritenere dimostrato, secondo il grado della verosimiglianza preponderante abitualmente applicato nel settore delle assicurazioni sociali (DTF 138 V 218 consid. 6 pag. 221 con riferimenti), che RI 1 è in grado di svolgere, a tempo pieno e

con un rendimento completo, un'attività lavorativa compatibile con le limitazioni derivanti dal danno alla salute infortunistico. Del resto lo stesso patrocinatore dell'assicurata ha precisato di non contestare la totale capacità lavorativa in attività molto leggere come descritto dal Prof. dr. med. \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia e traumatologia e chirurgia toracica, nella perizia amministrativa allestita il 6 ottobre 2016 (cfr. doc. I). Da ultimo, va respinta la censura ricorsuale, giusta la quale alla ricorrente non potrebbe essere imputato un reddito "da invalida", non essendo collocabile (58enne al momento dell'incidente e 59enne al momento della stabilizzazione del caso, a livello fisico, al 1° novembre 2014; menomata fisicamente e con una formazione molto limitata). A questo proposito, giova difatti ricordare che, come già esposto al considerando 2.4.2 e come correttamente rilevato dalla CO 1 nei propri allegati, giusta l'art. 28 cpv. 4 OAINF, norma specifica della LAINF, " 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 ." 2.5. Si tratta ora di valutare le conseguenze economiche del danno alla salute infortunistico. 2.6. Per quanto concerne il reddito da valido, secondo l'assicuratore infortuni resistente, senza il danno alla salute infortunistico, RI 1, nel 2015, avrebbe realizzato un guadagno annuo lordo di fr. 49'254.15 (corrispondente al salario di fr. 47'064.- percepito nel 2011, prima della disoccupazione, in qualità di "cameriera" presso una pensione di \_\_\_\_\_, aggiornato al 2015). Questo dato - desunto dall'estratto conto individuale (cfr. doc. 85.1) e, peraltro, non contestato dal patrocinatore della ricorrente - può senz'altro essere fatto proprio da questa Corte (STF 8C\_728/2016 del 21 dicembre 2016 consid. 3.1 con riferimenti ). Stante quanto precede, il reddito "da valida" della ricorrente, nel 2015, ammontava a fr. 49'254.15 . 2.7. 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. Questa giurisprudenza è stata confermata anche recentemente dal TF, segnatamente in DTF 139 V 592 e nella sentenza 8C\_898/2015 del 13 giugno 2016 al consid. 3.3. L'Alta Corte, relativamente ai dati statistici, ha difatti 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 8/07 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. Questa giurisprudenza è stata confermata anche recentemente dal TF, segnatamente in DTF 141 V 1 consid. 5. 2.8. Dalle tavole processuali risulta che la CO 1 ha determinato in fr. 54'061.95 il reddito " da invalida ", applicando la tabella TA1 2014, attività semplici e ripetitive, livello 1, donne, riportato sulle 41.7 ore nonché aggiornato al 2015, e operando successivamente una decurtazione 15% a titolo di deduzione sociale ( " per tenere conto delle limitazioni funzionali e dell'età dell'assicurata " ), giungendo così all'importo di fr. 45'952.65 (doc. 201 e 211). Il patrocinatore dell' assicurata contesta il dato ritenuto dall'Istituto assicuratore, osserva che il reddito "da invalida" di fr. 54'061.95 determinato dalla CO 1 deve essere ridotto a fr. 51'716.85 ( " corrispondente al reddito da valida da calcolato dalla parte resistente oltre alla franchigia del "5%", e meglio CHF 49'254,15 + 5% " ), dato che il salario della sua cliente, prima dell'infortunio in questione, era ben inferiore alla media svizzera. Il TCA osserva che , utilizzando i dati forniti dalla tabella RSS 2014 TA 1 , l'assicurata, svolgendo nel 2014 una professione che presuppone qualifiche inferiori (livello di qualifica 1) 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. 4'300.-. Riportando questo dato su 41.7 ore ( cfr. dati pubblicati sul sito web dell'UFS; a questo proposito, si veda la STF 8C\_480/2010 del

10 marzo 2012 consid. 3.1.1), esso ammonta a fr. 4'482.75 mensili oppure a fr. 53'793 per l'intero anno (fr. 4'482.75 x 12). Dopo adeguamento all'indice dei salari nominali, si ottiene, per il 2015 (+ 0,5%), un reddito annuo di fr. 54'061.95. Per quanto riguarda la questione del gap salariale, va rilevato che, in una sentenza 8C\_141/2016 e 8C\_142/2016 del 17 maggio 2016 consid. 5.2.2.3, il TF ha stabilito che non erano dati i presupposti per aumentare il reddito da valido, allorché quest'ultimo è superiore al salario usuale del settore (in quella fattispecie, quello dell'edilizia), determinato in base al salario minimo d'assunzione previsto da un contratto collettivo di lavoro (in questo senso, si vedano pure la STF 8C\_537/2016 dell'11 aprile 2017 consid. 6, in cui la Corte federale ha precisato che questa giurisprudenza è applicabile, mutatis mutandis, ad altri settori nei quali è stato concluso un contratto nazionale o un contratto collettivo di lavoro, e la STF 8C\_643/2016 del 25 aprile 2017 consid. 4.3). Nel caso concreto, così come indicato dalla CO 1, il salario minimo secondo il contratto collettivo di lavoro per l'industria alberghiera e della ristorazione era pari nel 2011 a fr. 43'979.- (ovvero fr. 3'383.- x 13), dunque inferiore a quello che l'insorgente ha realizzato, sempre nel 2011, quale cameriera (fr. 47'064.- (cfr. doc. 85.1). In queste condizioni, non entra in linea di conto una decurtazione del reddito statistico da invalido a tale titolo. Stante quanto precede, il reddito "da valida" della ricorrente, nel 2015, ammontava a fr. 54'061.95. 2.9. 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). Con sentenza 9C\_179/2013 del 26 agosto 2013 al consid. 5.4 il TF ha confermato il principio posto dal TCA secondo cui la riduzione del salario statistico deve avvenire tramite l'utilizzo di multipli di 5, ritenuto come l'applicazione di tassi più frazionati si rivelerebbe problematica poiché siffatte riduzioni sarebbero difficilmente concretizzabili e quindi anche difficilmente verificabili in sede giudiziaria. Questa giurisprudenza è stata confermata anche recentemente dal TF, segnatamente nella sentenza 9C\_767/2015 del 19 aprile 2016 al consid. 4.6. Con sentenza 8C\_80/2013 del 17 gennaio 2014 al consid. 4.2 il TF ha rammentato che non è necessario procedere con deduzioni distinte per ogni fattore entrante in considerazione come le limitazioni legate all'età, gli anni di servizio, la nazionalità, la categoria del permesso di soggiorno o ancora il tasso d'occupazione. Occorre piuttosto procedere ad una valutazione globale, nei limiti del potere di apprezzamento, degli effetti di questi fattori sul reddito da invalido, tenuto conto dell'insieme delle circostanze concrete. 2.10. Nella concreta evenienza, l'Istituto assicuratore ha operato, in ossequio alla precitata giurisprudenza, una decurtazione del 15% a titolo di riduzione sociale sul reddito statistico da invalida " per tenere conto delle limitazioni funzionali e dell'età dell'assicurata " (doc. 201 e 211). Dal canto suo il rappresentante della ricorrente pretende che venga applicata alla suo assistito la deduzione massima del 25%, così suddivisa: 5% per causa dell'età; 5% a causa della sua formazione limitata e 15% a causa delle sue menomazioni fisiche e delle sue limitazioni funzionali (cfr. doc. I). Innanzitutto val qui la pena di ribadire che 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). A questo proposito giova inoltre ricordare che, a detta della nostra Massima Istanza, è soltanto il pieno adempimento di tutte le condizioni del caso (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado d'occupazione), che giustifica una riduzione pari al 25% (cfr. STF 9C\_655/2012 del 29 novembre 2012, consid. 3; Meyer Ulrich/Riechmuth Marco, in: Stauffer Hans-Ulrich/Cardinaux Basile, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), Commentario, 3 Ed., Zurigo 2014, ad art. 28a n. 100 e segg.). Ferma questa premessa, tenuto conto del riserbo di cui deve dare prova il giudice delle assicurazioni sociali nel sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione (cfr. DTF 137 V 71, 132 V 393 consid. 3.3), questa Corte ritiene che, operando una decurtazione del 15%, l'Istituto assicuratore non abbia abusato del proprio potere di apprezzamento. In particolare il TCA, ritiene che, mediante la riduzione in questione, l'Istituto convenuto abbia tenuto ampiamente conto degli effetti legati alla menomazione infortunistica. Val comunque la pena di puntualizzare che il Tribunale federale ha più volte negato la rilevanza del fattore "età" in relazione a lavoratori ausiliari, siccome essi "... auf dem massgebenden hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG) grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt werden und sich das Alter bei Männer-Hilfsarbeitertätigkeiten im Anforderungsniveau 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten) ab dem 40. Altersjahr bis zum Lebensalter 63/65 sogar lohn erhöhend auswirkt (LSE 2002 Tabelle TA9 S. 55, LSE 2004 Tabelle TA9 S. 65; vgl. auch AHI 1999 S. 237 E. 4c; Urteile U 11/07 vom 27. Februar 2008, E. 8.3, und 8C\_223/2007 vom 2. November 2007, E. 6.2.2).“ (STF 8C\_319/2007 del 6 maggio 2008 consid. 8.3; in questo senso, si vedano pure la STF 8C\_712/2012 del 30 novembre 2012 consid. 4.2.3, la STF 8C\_361/2011 del 20 luglio 2011, la STF 8C\_373/2008 del 28 agosto 2008 consid. 5.2.2.2 e la STF 8C\_292/2009 del 10 giugno 2009 consid. 5.2.1). Va anche osservato che il fatto di avere una limitata formazione professionale non giustifica ulteriori decurtazioni, considerato che le attività adeguate entranti in linea di conto (livello di qualifica 4, semplici e ripetitive) non richiedono né un'esperienza professionale diversificata, né un grado di istruzione particolare (cfr. in questo senso la DTF 137 V 71 consid. 5.3. e SVR 2002 n. U 15 p. 49 consid. 3b; RCC 1991 p. 332 consid. 3b; STF 8C\_709/2008 del 3 aprile 2009 consid. 2.3.). Il reddito da invalida di fr. 54'061.95 (cfr. consid. 2.8), tenuto conto di una decurtazione sociale del 15%, ammonta dunque a fr. 45'952.65 . 2.11. Il grado di invalidità della ricorrente - stabilito confrontando i fr. 45'952.65 annui al reddito che ella avrebbe potuto conseguire se non fosse intervenuto il danno alla salute infortunistico, e cioè fr. fr. 49'254.15 annui (cfr. consid. 2.6.) - è del 6,7% arrotondato al 7% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2. In siffatte circostanze è dunque a giusta ragione che la CO 1 - con la decisione del 2 dicembre 2016 (doc. 201), confermata con la decisione su opposizione impugnata (doc. 211) - si è rifiutata, a fronte di un discapito economico inferiore al 10% (art. 18 cpv. 1 LAINF), di accordare alla ricorrente una rendita d'invalidità. Nulla muta a questo riguardo il fatto che l'UAI abbia riconsiderato mediante decisione del 9 febbraio 2017 la decisione del 27 dicembre 2016 nel senso che RI 1 " ha diritto ad una rendita intera (grado AI pari al 100% dal 01.12.2014 al 31.12.2015, a tre quarti di rendita (grado AI pari al 66%) dal 01.01.2016 al 31.03. 2016 e mezza rendita (grado AI pari al 58%) a partire dal 01.04.2016 in avanti " (cfr. doc. 209.1), dal momento che la stessa, non di pertinenza dell'assicuratore resistente, è sostanzialmente riconducibile al danno alla

salute (fisico e psichico) extra-infortunistico. A ragione, pertanto, neppure il patrocinatore dell'insorgente pretende il contrario. 2.12. Sulla scorta delle considerazioni che precedono il gravame deve dunque essere respinto e la decisione su opposizione avversata confermata.

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