

## **TI\_GERICHTE 35.2017.82 vom 9. Juli 2018**

TI Tribunale d'appello, 2018-07-09, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_35.2017.82](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2017.82)

FR: TI\_GERICHTE 35.2017.82 du 9 juillet 2018

IT: TI\_GERICHTE 35.2017.82 del 9 luglio 2018

### **Regeste**

Negata adeguatezza a nesso causale tra infortunio (incidente stradale) e disturbi psichici, risp. disturbi privi di sostrato organico. Negato diritto a rendita d'invalidità (raffronto dei redditi). Negato diritto all'IMI

### **Erwägungen**

#### **E. 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 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, 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. 2.4 s. 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 dal 9 febbraio al 6 marzo 2015 presso l'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_. Durante la degenza ella è stata sottoposta a tre interventi operatori: fasciotomia, debridement delle ferite e posa di fissatore esterno femoro-tibiale sinistro (9 febbraio 2015), second look chirurgico (11 febbraio 2015) e riduzione cruenta con osteosintesi a livello della tibia prossimale (17 febbraio 2015). In data 13 settembre

2016 ha avuto luogo l'asportazione del materiale di osteosintesi (degenza 13 – 15 settembre 2016 presso la Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_). Il 16 febbraio 2017 si è proceduto alla correzione delle cicatrici presenti a livello del polpaccio sinistro (degenza 16 – 18 febbraio 2017 presso la Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_). Per il resto, le cure che gli sono state prestate sono consistite essenzialmente in una farmacoterapia e nell'esecuzione di (numerose) cicli di fisioterapia, dapprima in regime di day hospital (presso la Clinica di riabilitazione \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_), successivamente a livello ambulatoriale. È d'altronde utile segnalare che l'Alta Corte ha negato l'adempimento di questo criterio, trattandosi di un assicurato che nel luglio 2007, a seguito della caduta da una terrazza, aveva riportato fratture a livello dei calcagni e del corpo vertebrale di L3, e che perciò era stato sottoposto a quattro interventi operatori tra il 2007 e il 2011 (cfr. STF 8C\_933/2014 del 22 aprile 2015 consid. 3.2.2.2) oppure 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; in questo senso, si veda pure la STF 8C\_175/2010 del 14 febbraio 2011 consid. 5.4), Il Tribunale federale ne ha per contro riconosciuto la realizzazione, trattandosi di un assicurato, vittima di un incidente della circolazione stradale con commotio cerebri, frattura al gomito sinistro, frattura della patella del ginocchio sinistro e frattura del plateau tibiale destro, che aveva dovuto subire (in particolare) sette interventi chirurgici, l'ultimo dei quali eseguito più di sette anni dopo l'evento infortunistico (cfr. STF 8C\_137/2014 del 5 giugno 2014 consid. 7.3). Da parte sua, il TCA ne ha ammesso l'adempimento in una sentenza 35.2014.2 del 17 settembre 2014 consid. 2.12, riguardante un assicurato, anch'egli vittima di un incidente stradale, le cui conseguenze avevano necessitato di ben dieci operazioni chirurgiche, l'ultima delle quali eseguita a distanza di sei anni e mezzo circa dall'infortunio. Anche il criterio del decorso sfavorevole della cura e le complicazioni rilevanti intervenute, non è adempiuto. 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 presente fattispecie, è vero che il decorso delle cure è stato segnato dall'apparizione di una CRPS di tipo I al piede e alla gamba sinistra, tuttavia dalle carte processuali emerge che la patologia in questione è progressivamente regredita senza lasciare sequele di rilievo. In queste condizioni, può rimanere indeciso se sono soddisfatti il criterio dei dolori somatici persistenti e quello 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 le turbe psichiche (così come le difficoltà cognitive risultate prive di

sostrato organico oggettivabile) di cui soffre la ricorrente, non costituiscono una conseguenza adeguata dell'evento infortunistico occorso il 9 febbraio 2015. Se ne deduce quindi che l'assicuratore resistente era legittimato a negare la propria responsabilità al riguardo. Di conseguenza, questi disturbi non potranno essere presi in considerazione nell'ambito della valutazione del diritto alla rendita d'invalidità e all'indennità per menomazione dell'integrità.

2.3. Diritto a una rendita d'invalidità? 2.3.1. Giusta l'art. 18 cpv. 1 LAINF, l'assicurato invalido (art. 8 LPGA) almeno al 10 per cento a seguito d'infortunio ha diritto alla rendita di invalidità. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. Il TFA, in una sentenza 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 LPGA; l'art. 8 cpv. 1 LPGA, a sua volta, corrisponde al previgente art. 18 cpv. 2 prima frase LAINF, motivo per il quale occorre concludere che non vi sono stati cambiamenti di rilievo in seguito all'introduzione della LPGA. Da parte sua, l'art. 16 LPGA prevede, che per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato invalido potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido. L'Alta Corte, nella sentenza U 192/03 del 22 giugno 2004, citata in precedenza, ha rilevato che anche l'art. 16 LPGA non ha modificato la valutazione del grado di invalidità dell'assicurato previsto dai precedenti art. 28 cpv. 2 LAI e art. 18 cpv. 2 seconda frase LAINF. Nella stessa pronuncia la nostra Massima Istanza ha quindi concluso che in ambito LAINF la giurisprudenza relativa ai concetti di inabilità lavorativa, inabilità al guadagno e invalidità continua a mantenere la sua validità anche in seguito all'introduzione della LPGA. Su questi aspetti 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.

2.3.2. 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 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 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 . 2.3.3. Nella presente fattispecie, l'assicuratore LAINF convenuto ha negato all'assicurata il diritto a una rendita d'invalidità,

facendo essenzialmente capo, per quanto riguarda l'esigibilità lavorativa, alla relativa valutazione espressa dal medico \_\_\_\_\_ in occasione della visita di chiusura (cfr. doc. 285, p. 7). In quell'occasione, il dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia, dopo aver dichiarato che la ricorrente sarebbe in grado di svolgere in misura completa la professione d'impiegata di commercio, per la quale già possiede una formazione, ha così descritto l'esigibilità lavorativa: " (...) L'assicurata può molto spesso sollevare pesi fino a 5 kg fino all'altezza dei fianchi. Spesso pesi fino a 10 kg fino all'altezza dei fianchi. Di rado pesi superiori ai 10 kg ma mai superiori ai 25 kg. Molto spesso può sollevare oltre l'altezza del petto pesi superiori ai 5 kg. Molto spesso può effettuare lavori leggeri di precisione e lavori medi. Di rado lavori pesanti ma mai lavori molto pesanti. Molto spesso può effettuare lavori che comportano la rotazione della mano. Molto spesso può eseguire lavori sopra la testa, lavori con rotazione del busto. Molto spesso può effettuare lavori in posizione seduta/inclinata in avanti e spesso lavori in piedi/inclinati in avanti. Molto spesso può mantenere la posizione inginocchiata ma talvolta la posizione in flessione delle ginocchia. Molto spesso può mantenere la posizione seduta e spesso la posizione in piedi. Molto spesso può camminare per tragitti oltre i 50 m ma solo talvolta per tragitti lunghi, su terreni accidentati e salire e scendere le scale. Di rado può salire e scendere scale a pioli. L'uso delle due mani è possibile. Non vi sono problemi di equilibrio." (doc. 210, p. 5) Con la propria impugnativa, l'assicurata contesta che il parere del dott. \_\_\_\_\_ sarebbe atto a dimostrare, con un sufficiente grado di verosimiglianza, che ella potrebbe esercitare l'attività d'impiegata di commercio nella misura del 100%, non disponendo il medico \_\_\_\_\_ di alcuna specifica formazione in materia d'integrazione professionale (cfr. doc. I, p. 4 s.).

2.3.4. Attentamente vagliato l'insieme della documentazione medica, vista anche l'assenza di pareri specialistici divergenti, il TCA ritiene di poter validamente far capo al parere del medico fiduciario dell'amministrazione, ragione per la quale, tenuto conto del solo danno infortunistico organico oggettivamente (in proposito, cfr. supra consid. 2.2.6. in fine), è da considerare accertato, perlomeno con il grado di verosimiglianza richiesto dalla giurisprudenza federale, che la ricorrente potrebbe svolgere, a tempo pieno e con un rendimento completo, la professione d'impiegata di commercio (per la quale è al beneficio di un attestato federale di capacità [cfr. doc. 112, p. 1] e proprio per esercitare la quale l'assicurazione per l'invalidità ha disposto dei provvedimenti d'intervento tempestivo sotto forma di corsi di formazione [tedesco e informatica; cfr. doc. 126 e doc. 236]). In particolare, questo Tribunale non vede il motivo per cui uno specialista in chirurgia ortopedica e traumatologia che vanta una grande esperienza nella medicina assicurativa (e quindi anche nella valutazione della capacità/esigibilità lavorativa), qual è indubbiamente il dott. \_\_\_\_\_, dovrebbe incontrare delle difficoltà a immaginare il genere di mansioni che è chiamato a svolgere un impiegato di commercio e a individuare gli eventuali relativi impedimenti risultanti dal danno alla salute infortunistico. Del resto, dal sito web del Centro \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ (www.\_\_\_\_\_) risulta che, sebbene il genere di attività possa effettivamente variare da settore a settore (studi legali e notarili, fiduciarie, pubblica amministrazione, assicurazioni, banche, ...), resta il fatto che le mansioni che un impiegato di commercio è chiamato a svolgere sono sempre di tipo amministrativo (contatti e relazioni, corrispondenza e documentazione, elaborazione e calcoli, gestione delle informazioni e consulenza, utilizzo delle tecnologie dell'informazione e comunicazione, nonché acquisti e vendite), implicanti quindi un limitato impegno fisico. In queste condizioni, l'insorgente non può essere seguita allorquando rimprovera all'istituto

assicuratore resistente di aver omesso di consultare preliminarmente uno specialista in integrazione professionale. 2.3.5. Si tratta ora di valutare le conseguenze economiche del danno alla salute infortunistico. Per quanto concerne il reddito da valido, secondo l'assicuratore infortuni resistente, senza il danno alla salute, la ricorrente, nel 2017, avrebbe realizzato un guadagno annuo lordo pari a fr. 62'500 per un'attività a tempo pieno (cfr. doc. 257, p. 2; in proposito, va evidenziato che per stabilire tanto il reddito da invalido quanto quello da valido, occorre riferirsi a una persona occupata a tempo pieno, indipendentemente dal fatto che prima del sinistro la persona assicurata svolgesse un'attività lavorativa a tempo parziale - cfr. DTF 135 V 287 consid. 3.2 e riferimenti ivi citati). Questo dato – desunto da informazioni fornite direttamente dall'ex datore di lavoro (cfr. doc. 215) e peraltro non contestato dall'insorgente - può essere fatto proprio dal TCA.

2.3.6. 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 a 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 ("Descrizione dei posti di lavoro"). 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 32.2007.165 del 7 aprile 2008 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. Grisanti, Nuove regole per la valutazione dell'invalidità., in: RtiD II-2006,

p. 311 seg., in particolare p. 326-327) (...)"'. Con sentenza 8C\_399/2007 del 23 aprile 2008 al consid. 6.2, il Tribunale federale ha lasciato aperta la questione a sapere se l'adeguamento va ammesso solo nel caso in cui il valore fosse chiaramente sotto la media ("deutliche Abweichung"). Tale è di regola stata ritenuta una differenza del 10% (SVR 2004 UV no. 12 p. 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 ancora di recente dal TF, segnatamente nella DTF 141 V 1 consid. 5. 2.3.7. Nel caso concreto, dal rapporto di cui al doc. 257 risulta che l'amministrazione ha quantificato in fr. 61'435 il reddito da invalido, applicando la tabella RSS 2014 TA 1, ramo 77, 79-82, livello di qualifica 2, donne, senza operare decurtazioni di sorta né a titolo di gap salariale né a titolo di deduzione sociale. Utilizzando quindi i dati forniti dalla tabella RSS 2014 TA 1 (al momento in cui è stata emanata la decisione su opposizione impugnata, l'edizione più recente della tabella TA 1 a disposizione dell'amministrazione, era appunto quella del 2014 - cfr. STF 8C\_228/2017 del 14 giugno 2017 consid. 4.1.7), l'assicurata, lavorando nel 2014 nel ramo delle attività amministrative e dei servizi di supporto (livello di qualifica 2) 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. 4'811. Riportando questo dato su 42.1 ore, esso ammonta a fr. 5'063.57 mensili oppure a fr. 60'762.84 per l'intero anno (fr. 5'063.57 x 12). Dopo adeguamento all'indice dei salari nominali, si ottiene, per il 2017, un reddito annuo di fr. 61'005.89. 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, allorquando 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 di specie, al momento in cui è stata emanata la decisione su opposizione impugnata, non esisteva ancora un contratto collettivo di lavoro dei negozi delle stazioni di servizio in Svizzera (entrato in vigore soltanto il 1° febbraio 2018), ragione per la quale la determinazione dell'eventuale gap salariale va eseguita prendendo in considerazione il salario statistico usuale nel settore (e quindi non il salario minimo d'assunzione risultante dal contratto collettivo di lavoro). L'assicurata, quale dipendente della \_\_\_\_\_, avrebbe realizzato nel 2017 un reddito annuo di fr. 62'500 per un'occupazione a tempo pieno. Tale reddito si situa sopra il salario medio nazionale per

un'attività equivalente (cioè fr. 55'804; cfr. Tabella TA 1 2014, p.to 47 “ Commercio al dettaglio ”, livello di qualifica 2, donne: fr. 4'380 riportato su 41.8 ore/settimana = fr. 4'577.10 x 12 mesi = fr. 54'925.20 e aggiornato al 2017), ragione per la quale non vi è spazio per una decurtazione del reddito statistico da invalido a titolo di gap salariale. 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'istituto assicuratore non ha applicato alcuna riduzione sul reddito statistico da invalido, precisando che "... le limitazioni fisiche non hanno nessun influsso nell'attività amministrativa." (doc. 257, p. 1). Da parte sua, la ricorrente non ha sollevato alcuna specifica obiezione in proposito (cfr. doc. I). 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), questo Tribunale ritiene di poter condividere l'agire dell'amministrazione. Del resto, anche volendo applicare una decurtazione del 5% per tenere conto del danno alla salute infortunistico (la sola che potrebbe eventualmente entrare in linea di conto), il grado d'invalidità non raggiungerebbe comunque la soglia minima legale. Il reddito da invalido ammonta dunque a fr. 61'005.89 . Il grado di invalidità dell'assicurata - stabilito confrontando i fr. 61'005.89 al reddito che ella avrebbe potuto conseguire se non fosse intervenuto l'infortunio, e cioè fr. 62'500 – risulta essere del 2.39%, arrotondato al 2% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2. Visto che il grado dell'invalidità non raggiunge la soglia minima legale del 10% (cfr. art. 18 cpv. 1 LAINF), a ragione l'assicuratore resistente ha negato all'assicurata il diritto alla rendita. 2.4. Diritto a un'IMI? 2.4.1. Secondo l'art. 24 cpv. 1 LAINF, l'assicurato ha diritto ad un'equa indennità se, in seguito all'infortunio, accusa una menomazione importante e durevole all'integrità fisica o mentale. Tale indennità è assegnata in forma di prestazione in capitale. Essa non deve superare l'ammontare massimo del guadagno annuo assicurato all'epoca dell'infortunio ed è scalata secondo la gravità delle menomazioni. Il Consiglio federale emana disposizioni particolareggiate sul calcolo dell'indennità (art. 25 cpv. 1 e 2 LAINF). 2.4.2. L'art. 36 cpv. 1 OAINF definisce i presupposti per la concessione dell'indennità giusta l'art. 24 LAINF: una menomazione dell'integrità è considerata durevole se verosimilmente sussisterà tutta la vita almeno con identica gravità ed importante se l'integrità fisica o mentale è alterata in modo evidente o grave. In questa valutazione dovrà essere fatta astrazione dalla capacità di guadagno ed anche dalle circostanze personali dell'assicurato: secondo la giurisprudenza, infatti, la gravità della menomazione si stima soltanto in funzione di accertamenti medici senza ritenere, all'opposto delle indennità per torto morale secondo il diritto privato, le eventuali particolarità dell'assicurato (cfr. RAMI 2000 U 362, p. 42-43; DTF 113 V 218 consid. 4; RAMI 1987 U 31, p. 438). La parte della riparazione del torto morale contemplata dagli artt. 24ss. LAINF è, dunque, soltanto parziale: gli aspetti soggettivi del danno (segnatamente il pretium doloris e il pregiudizio estetico) ne sono esclusi (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 121). 2.4.3. Giusta l'art. 36 cpv. 2 OAINF, l'indennità è calcolata in base alle direttive contenute nell'Allegato 3 dell'OAINF. Una tabella elenca una serie di lesioni indicando per ciascuna il tasso normale di indennizzo, corrispondente ad una percentuale dell'ammontare massimo del guadagno assicurato. Questa tabella -

riconosciuta conforme alla legge - non costituisce un elenco esaustivo (cfr. RAMI 2000 U 362, p. 43; DTF 124 V 32; DTF 113 V 219 consid. 2a; RAMI 1988 U 48 p. 235 consid. 2a e sentenze ivi citate). Deve essere intesa come una norma valida "nel caso normale" (cifra 1 cpv. 1 dell'allegato). Le menomazioni extra-tabellari sono indennizzate secondo i tassi previsti tabellarmente per menomazioni di analoga gravità (cifra 1 cpv. 2 dell'allegato). La perdita totale dell'uso di un organo è equiparata alla perdita dell'organo stesso. In caso di perdita parziale l'indennità sarà corrispondentemente ridotta; tuttavia nessuna indennità verrà versata se la menomazione dell'integrità risulta inferiore al 5% (cifra 2 dell'allegato). Se più menomazioni all'integrità fisica o mentale, causate da uno o più infortuni sono concomitanti, l'indennità va calcolata in base al pregiudizio complessivo (art. 36 cpv. 3 1a frase OAINF). Si prende in considerazione in modo adeguato un peggioramento prevedibile della menomazione dell'integrità. E' possibile effettuare revisioni solo in casi eccezionali, ovvero se il peggioramento è importante e non era prevedibile (art. 36 cpv. 4 OAINF). Peggioramenti non prevedibili non possono, naturalmente, essere anticipatamente considerati. Nel caso in cui un pregiudizio alla salute si sviluppi nel quadro della prognosi originaria, la revisione dell'indennità per menomazione è, di principio, esclusa. Per contro, l'indennità dev'essere di nuovo valutata, quando il danno è peggiorato in una misura maggiore rispetto a quanto pronosticato (cfr. RAMI 1991 U 132, p. 308ss. consid. 4b e dottrina ivi menzionata).

2.4.4. L'INSAI ha allestito una serie di tabelle, dalla griglia molto più serrata, che integrano quella dell'ordinanza. Semplici direttive di natura amministrativa, esse non hanno valore di legge e non vincolano il giudice (cfr. STFA I 102/00 del 22 agosto 2000; DTF 125 V 377 consid. 1c; STFA del 7 dicembre 1988 nella causa P.; RAMI 1989 U 71, p. 221ss.). Tuttavia, nella misura in cui esprimono unicamente valori indicativi, miranti a garantire la parità di trattamento di tutti gli assicurati, esse sono compatibili con l'annesso 3 all'OAINF (RAMI 1987 U 21, p. 329; DTF 113 V 219, consid. 2b; DTF 116 V 157, consid. 3a).

2.4.5. L'assicuratore LAINF resistente, sentito il parere del proprio medico \_\_\_\_\_, ha rifiutato l'assegnazione alla ricorrente di un'IMI (cfr. doc. 285, p. 9). A margine della visita di chiusura del 17 gennaio 2017, il dott. \_\_\_\_\_ ha in effetti negato che fossero adempiuti i presupposti per riconoscere l'esistenza di una menomazione importante e durevole dell'integrità fisica (cfr. doc. 210, p. 5). Prima di procedere all'emanazione della decisione su opposizione impugnata, l'amministrazione ha ancora invitato il medico fiduciario in questione a motivare il proprio parere. Con apprezzamento del 12 giugno 2017, il dott. \_\_\_\_\_ ha enunciato in particolare le seguenti considerazioni: " (...) Secondo la tabella 18.2 rispettivamente 18.3 una IMI per un danno della cute viene attribuita solo per lesioni estetiche particolarmente importanti. Pongo qui l'esempio di un difetto dei capelli che dà diritto a un 5%. Dermatosi grave a livello delle mani dà diritto altresì al 5%. Depigmentazione delle mani 10%. Mancanza di un padiglione auricolare 10%. Nella situazione attuale, soprattutto dopo l'intervento eseguito dalla dott.ssa med. \_\_\_\_\_ anche in base alle fotografie sottopostemi, residua ancora una cicatrice in fase di guarigione a livello posteriore della gamba sinistra che secondo il mio parere non costituisce un danno estetico importante da giustificare una attribuzione della IMI almeno del 5%. Anche le altre patologie della gamba, in particolare la caviglia, non costituiscono secondo il mio giudizio i presupposti di una IMI. Il risultato cosmetico dopo l'intervento eseguito dalla dott.ssa med. \_\_\_\_\_ è veramente molto buono, confermo quindi la mia presa di posizione per quanto riguarda il non riconoscimento di una IMI." (doc. 278, p. 3 s.) Con la propria impugnativa l'insorgente, dal profilo formale, lamenta una violazione del diritto di essere sentito a causa di una carente motivazione della

decisione impugnata mentre, nel merito, contesta genericamente la fondatezza della valutazione espressa dal medico \_\_\_\_\_ (cfr. doc. I). A proposito della pretesa violazione del diritto di essere sentito, va rilevato che, per costante giurisprudenza, il diritto di essere sentito comprende pure la pretesa di ottenere una decisione motivata, che impone all'autorità di pronunciarsi nei considerandi sulle allegazioni delle parti, riferendosi agli argomenti da esse addotti. Tale obbligo intende evitare che l'autorità, nell'esercizio dei suoi poteri decisionali, si lasci guidare da ragioni non pertinenti e, d'altro canto, consentire al cittadino di farsi una chiara idea della portata della decisione che lo riguarda per poterla, se del caso, impugnare. A tale fine, ogni atto decisionale deve menzionare, anche se brevemente, le considerazioni che hanno determinato il convincimento, ritenuto comunque che l'autorità non è tenuta a prendere esplicitamente posizione su ogni allegazione di fatto o di diritto, ma può limitarsi ai punti essenziali e all'esame delle argomentazioni di parte atte a influire sul giudizio (cfr. DTF 121 III 331 consid. 3b, 118 V 58; STF 2A.418/2001 del 5 marzo 2002, parzialmente pubblicata in PRA 8/2002, p. 679 ss.; Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, Zurigo 1993, p. 100; M. Albertini, *Der verfassungsmässige Anspruch auf rechtliches Gehör im Verwaltungsverfahren des modernen Staates*, Berna 2000, p. 368 ss.). Nella concreta evenienza, il TCA constata che dalla decisione su opposizione del 20 giugno 2017 emergono in modo chiaro le ragioni per cui a RI 1 è stato negato il diritto a un'IMI. L'amministrazione ha in effetti fatto esplicito riferimento ai motivi contenuti nell'apprezzamento 12 giugno 2017 del dott. \_\_\_\_\_, ai quali ha riconosciuto pieno valore probatorio (cfr. doc. 285, p. 9). In queste circostanze, la censura di decisione immotivata deve essere senz'altro respinta. Per quanto concerne il merito, chiamata a pronunciarsi su una questione di carattere squisitamente medico, constatato che agli atti non figura alcuna divergente valutazione specialistica, questa Corte ritiene che l'apprezzamento della menomazione all'integrità espresso dal chirurgo ortopedico dott. \_\_\_\_\_, possa validamente costituire da fondamento al proprio giudizio. Il TCA ricorda in particolare che i disturbi psichici e quelli neuropsicologici, nella misura in cui non costituiscono delle conseguenze adeguate dell'evento traumatico del febbraio 2015 (cfr. supra consid. 2.2.6. in fine), non possono essere presi in considerazione nella valutazione della menomazione dell'integrità. In conclusione, anche per quanto riguarda il diritto all'IMI, il ricorso di RI 1 non può dunque essere accolto.

### **E. 36**

cpv. 1 OAINF definisce i presupposti per la concessione dell'indennità giusta l'art. 24 LAINF: una menomazione dell'integrità è considerata durevole se verosimilmente sussisterà tutta la vita almeno con identica gravità ed importante se l'integrità fisica o mentale è alterata in modo evidente o grave.

In questa valutazione dovrà essere fatta astrazione dalla capacità di guadagno ed anche dalle circostanze personali dell'assicurato: secondo la giurisprudenza, infatti, la gravità della menomazione si stima soltanto in funzione di accertamenti medici senza ritenere, all'opposto delle indennità per torto morale secondo il diritto privato, le eventuali particolarità dell'assicurato (cfr. RAMI 2000 U 362, p. 42-43; DTF 113 V 218 consid. 4; RAMI 1987 U 31, p. 438).

La parte della riparazione del torto morale contemplata dagli artt. 24ss. LAINF è, dunque, soltanto parziale: gli aspetti soggettivi del danno (segnatamente il pretium doloris e il pregiudizio estetico) ne sono esclusi (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 121).

2.4.3. Giusta l'art. 36 cpv. 2 OAINF, l'indennità è calcolata in base alle direttive contenute nell'Allegato 3 dell'OAINF.

Una tabella elenca una serie di lesioni indicando per ciascuna il tasso normale di indennizzo, corrispondente ad una percentuale dell'ammontare massimo del guadagno assicurato.

Questa tabella - riconosciuta conforme alla legge - non costituisce un elenco esaustivo (cfr. RAMI 2000 U 362, p. 43; DTF 124 V 32; DTF 113 V 219 consid. 2a; RAMI 1988 U 48p. 235 consid. 2a e sentenze ivi citate). Deve essere intesa come una norma valida "nel caso normale" (cifra 1 cpv. 1 dell'allegato).

Le menomazioni extra-tabellari sono indennizzate secondo i tassi previsti tabellarmente per menomazioni di analoga gravità (cifra 1 cpv. 2 dell'allegato).

La perdita totale dell'uso di un organo è equiparata alla perdita dell'organo stesso. In caso di perdita parziale l'indennità sarà corrispondentemente ridotta; tuttavia nessuna indennità verrà versata se la menomazione dell'integrità risulta inferiore al 5% (cifra 2 dell'allegato).

Se più menomazioni all'integrità fisica o mentale, causate da uno o più infortuni sono concomitanti, l'indennità va calcolata in base al pregiudizio complessivo (art. 36 cpv. 3 1a frase OAINF).

Si prende in considerazione in modo adeguato un peggioramento prevedibile della menomazione dell'integrità. E' possibile effettuare revisioni solo in casi eccezionali, ovvero se il peggioramento è importante e non era prevedibile (art. 36 cpv. 4 OAINF).

Peggioramenti non prevedibili non possono, naturalmente, essere anticipatamente considerati.

Nel caso in cui un pregiudizio alla salute si sviluppi nel quadro della prognosi originaria, la revisione dell'indennità per

menomazione è, di principio, esclusa. Per contro, l'indennità dev'essere di nuovo valutata, quando il danno è peggiorato in una misura maggiore rispetto a quanto pronosticato (cfr. RAMI 1991 U 132, p. 308ss. consid. 4b e dottrina ivi menzionata).

2.4.4. L'INSAI ha allestito una serie di tabelle, dalla griglia molto più serrata, che integrano quella dell'ordinanza.

Semplici direttive di natura amministrativa, esse non hanno valore di legge e non vincolano il giudice (cfr. STFA I 102/00 del 22 agosto 2000; DTF 125 V 377 consid. 1c; STFA del 7 dicembre 1988 nella causa P.; RAMI 1989 U 71, p. 221ss.).

Tuttavia, nella misura in cui esprimono unicamente valori indicativi, miranti a garantire la parità di trattamento di tutti gli assicurati, esse sono compatibili con l'annesso 3 all'OAINF (RAMI 1987 U 21, p. 329; DTF 113 V 219, consid. 2b; DTF 116 V 157, consid. 3a).

2.4.5. L'assicuratore LAINF resistente, sentito il parere del proprio medico \_\_\_\_\_, ha rifiutato l'assegnazione alla ricorrente di un'IMI (cfr. doc. 285, p. 9).

A margine della visita di chiusura del 17 gennaio 2017, il dott. \_\_\_\_\_ ha in effetti negato che fossero adempiuti i presupposti per riconoscere l'esistenza di una menomazione importante e durevole dell'integrità fisica (cfr. doc. 210, p. 5).

Con la propria impugnativa l'insorgente, dal profilo formale, lamenta una violazione del diritto di essere sentito a causa di una carente motivazione della decisione impugnata mentre, nel merito, contesta genericamente la fondatezza della valutazione espressa dal medico \_\_\_\_\_ (cfr. doc. I).

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