

TI_GERICHTE 35.2019.41 vom 25. Mai 2020

TI Tribunale d'appello, 2020-05-25, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2019.41

FR: TI_GERICHTE 35.2019.41 du 25 mai 2020

IT: TI_GERICHTE 35.2019.41 del 25 maggio 2020

Erwägungen

E. 20

luglio 2018 e riferimenti ivi menzionati). L'Alta Corte ha inoltre precisato che la questione del "sensibile miglioramento" di cui all'art. 19 cpv. 1 LAINF va valutata in funzione dell'entità del previsto aumento oppure del ripristino della capacità lavorativa, nella misura in cui quest'ultima è pregiudicata dalle sequele infortunistiche (DTF 134 V 109 consid. 4.3 e riferimenti). 2.4.2. Nel caso di specie, con la decisione su opposizione impugnata, la CO 1 ha posto termine alle prestazioni di corta durata a contare dal 1° novembre 2013, e ciò facendo essenzialmente capo al parere del proprio medico consulente (cfr. doc. 11, p. 7). In effetti, a margine della visita fiduciaria del 9 settembre 2016, il dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica, ha al riguardo affermato che "con riferimento al tenore degli atti a disposizione, lo stato di salute della signora RI 1 può ragionevolmente venir ritenuto stazionario a decorrere dall'autunno del 2013, data della visita di controllo da parte del dr. _____, in occasione della quale la paziente riferiva di star bene dopo l'intervento di protesi del ginocchio sinistro. (...). Le misure terapeutiche adottate vengono rivolte primariamente al mantenimento dello stato di salute attuale. In funzione dell'ulteriore decorso, in particolare per quanto attiene alla spalla destra e al ginocchio sinistro, potrebbero potenzialmente entrare in linea di conto degli interventi di cambio della protesi." (doc. 6, p. 11 – il corsivo è del redattore). La ricorrente sostiene che il proprio stato di salute infortunistico non poteva essere considerato stabilizzato dal mese di novembre 2013, in quanto anche dopo quel momento le terapie sono continuate, così come dimostrato dalla documentazione prodotta (cfr. doc. I, p. 28 ss., doc. XII, p. 2 s. e doc. XVI, p. 2 s.). Questo Tribunale già nella sentenza 35.2017.45 del 23 ottobre 2017 aveva indicato, a titolo abbondanziale, che "... dalle certificazioni specialistiche prodotte in corso di causa dalla ricorrente, non emergono chiari elementi atti a far dubitare del fatto che, nel novembre 2013, le condizioni di salute dell'assicurata fossero stabilizzate (cfr., in particolare, i doc. II, MM e LL)." (doc. 7, p. 9). Chiamato ora a pronunciarsi su questo aspetto, il TCA continua a ritenere che la valutazione espressa dal dott. _____ possa validamente costituire da fondamento al proprio giudizio. Del resto, dalla documentazione agli atti non emergono elementi suscettibili di generare dei dubbi, nemmeno lievi, circa il fatto che al momento in cui la CO 1 ha dichiarato estinto il diritto alle prestazioni di corta durata (cfr., su questo aspetto, RAMI 2005 U 557 p. 388; STF 8C_651/2016 del 15 dicembre 2016 consid. 4.1, 8C_184/2017 del 13 luglio 2017 consid. 2.2, 8C_303/2017 del 5 settembre 2017 consid. 6.3.1 e 8C_537/2018 del 22 gennaio 2019 consid. 4.2 e riferimenti), lo stato di salute infortunistico dell'insorgente fosse stabilizzato. L'8 luglio 2019 il dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica, ha d'altronde precisato di essere stato consultato due volte nel corso del 2013, l'8 gennaio e il 24 ottobre, e di aver prescritto della fisioterapia per il ginocchio operato in occasione della prima delle due. In seguito vi è stata una pausa di tre anni. Una consultazione si è di nuovo resa necessaria soltanto nel mese di settembre 2016,

a causa di una riacutizzazione della sciatalgia a destra (cfr. doc. C 1). Quindi, la ricorrente si era, dapprima, sottoposta a delle sedute di fisioterapia ambulatoriale (prescritte dal dott. _____ – cfr. doc. B 1) e, in seguito, aveva consultato il _____ di _____ (Servizio di neurochirurgia a partire da gennaio 2017 – doc. B 2 e Centro per la terapia del dolore a partire da marzo 2017 – doc. B 3), il dott. _____ della Clinica _____ di _____ (doc. C 11; clinica presso la quale ella è poi rimasta degente dal 21 agosto al 9 settembre 2017 – doc. C 13) e il neurochirurgo dott. _____ (settembre 2017 - doc. C 12), sino ad arrivare, il 2 dicembre 2017, all'intervento chirurgico di prolungamento e stabilizzazione L4/L5, L5/S1, con revisione e stabilizzazione in L5, estrazione delle viti del corpo vertebrale di L5 (cfr. rapporto di uscita 2 gennaio 2018 della Clinica _____ – doc. C 14, p. 2). Laddove la patrocinatrice dell'assicurata sostiene che le cure sono continuate successivamente all'ultimo consulto presso il dott. _____ (cfr. doc. I, p. 28 ss.), deve essere precisato che esse sono in realtà riprese soltanto allorché si è riacutizzata la problematica a livello lombare, quindi a distanza di tre anni. In questo contesto, è pure utile segnalare che dal referto 2 gennaio 2018 del reumatologo dott. _____ emerge che egli ha in realtà rivisto la ricorrente soltanto dopo l'operazione del 2 dicembre 2017, in occasione della degenza 12-27 dicembre 2017 presso la Clinica _____ (doc. C 14, p. 2). Tutto ben considerato, alla luce della convergente documentazione medica a disposizione, secondo il TCA, risulta dunque corretta la decisione dell'assicuratore resistente di dichiarare estinto dal novembre 2013 il diritto alle prestazioni di corta durata e di procedere alla valutazione di quella di lunga durata (rendita d'invalidità e IMI). In simili condizioni, questo Tribunale può esimersi dal disporre ulteriori misure istruttorie, segnatamente porre delle domande complementari al medico consulente della CO 1, così come interpellare i medici curanti specialisti dell'assicurata, ritenendo che le circostanze giuridicamente rilevanti siano già state adeguatamente accertate. In proposito, va ricordato che, per costante giurisprudenza, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato (valutazione anticipata delle prove), si rinuncerà ad assumere altre prove (cfr. STF 9C_632/2012 del 10 gennaio 2013; STF 9C_231/2012 del 24 agosto 2012), senza che ciò costituisca una lesione del diritto di essere sentito sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata).

2.5. Grado dell'invalidità?

2.5.1. 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 previgenti 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. 2.5.2. 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 . 2.5.3. Nel caso concreto, ai fini della determinazione dell'entità dell'invalidità, la CO 1 ha dichiarato la ricorrente non più in grado di svolgere la sua precedente professione di ausiliaria di cure ma, d'altra parte, abile in attività sostitutive adeguate in misura del 50% (doc. 9, p. 1 s.). Dal referto 2 gennaio 2017 del dott. _____, risulta in effetti che il fiduciario ha considerato RI 1 inabile al lavoro in misura praticamente completa nell'attività di assistente di cura, mentre ha ritenuto ragionevolmente esigibili, nella misura massima del 50%, "attività particolarmente leggere, variabili, con possibilità di cambio regolare della posizione, senza movimenti ad ampio raggio e in rotazione dell'arto superiore destro, senza carichi in flessione prolungati o ripetuti del ginocchio sinistro, senza posizioni o movimenti inergonomici per il tronco" (doc. 6, p. 11 e 12). Chiamata a pronunciarsi in proposito, questa Corte constata innanzitutto che l'insorgente non ha sollevato alcuna specifica obiezione a proposito della valutazione della capacità lavorativa residua. È comunque utile precisare che, contrariamente a quanto si sostiene nel ricorso (doc. I, p. 33), l'assicuratore non ha affatto concluso che l'assicurata "manterrebbe un'abilità lavorativa al 50% come assistente di cura". La capacità lavorativa residua del 50% è infatti riferita a un'attività alternativa che rispetti i limiti funzionali descritti dal medico fiduciario. D'altro canto, dalla documentazione medica agli atti non emergono elementi suscettibili di generare dei dubbi - nemmeno lievi - a proposito della correttezza del parere espresso dal dott. _____, specialista proprio nella materia che qui interessa e con alle spalle un'ampia esperienza nella medicina infortunistica e assicurativa. In conclusione, stante quanto appena esposto, richiamato inoltre l'obbligo che incombe all'assicurato 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 riferimenti ivi citati), è da ritenere dimostrato, perlomeno con il grado della verosimiglianza preponderante abitualmente applicato nel settore delle assicurazioni sociali (DTF 138 V 218 consid. 6 e riferimenti), che RI 1 sarebbe stata in grado di svolgere un'attività lavorativa compatibile con le limitazioni derivanti dal danno alla salute infortunistico, in misura del 50%. 2.5.4. Si tratta ora di valutare le conseguenze economiche del danno alla salute infortunistico. Preliminarmente, occorre precisare 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 è insorto il diritto alla rendita di invalidità (in casu , i redditi del 2013). Per determinare il reddito da valido , l'amministrazione ha utilizzato il reddito conseguito nel 2005, al momento dell'infortunio (quindi fr. 49'102.95, ossia fr. 3'777.15/mese x 13 mensilità), l'ha riportato su un grado d'occupazione del 100% (quindi fr. 70'147.07) e l'ha adeguato all'indice dei salari nominali fino all'anno in cui l'assicurata ha raggiunto l'età di pensionamento AVS (quindi fr. 72'124.65). Per quanto riguarda invece il reddito da invalido , l'istituto convenuto l'ha quantificato in fr. 19'425.45 , facendo capo ai dati salariali statistici pubblicati periodicamente dall'Ufficio federale di statistica (RSS tabella TA 1 2012, media totale, donne, livello di competenze 1), aggiornati al 2013, applicando una deduzione corrispondente al grado d'incapacità lavorativa in attività sostitutive adeguate (50%) e una decurtazione del 25% a titolo di riduzione sociale ex DTF 126 V 80. Con la propria impugnativa, la ricorrente sostiene che il reddito da valido corrisponderebbe al salario massimo (10. aumento) previsto dal CCL per il personale occupato presso le case per anziani (ROCA) per la classe 21, aggiornato "semmai" sino al 2013, quindi fr. 72'072 (fr. 5'544/mese x 13 mensilità) nel 2007, più gli adeguamenti all'indice dei salari nominali (cfr. doc. I, p. 34). Le modalità con le quali è stato stabilito il reddito con invalidità e, pertanto, la sua entità, non sono per contro oggetto di alcuna specifica contestazione da parte dell'insorgente. Al riguardo, questo Tribunale osserva che la LAINF - a differenza della LAI -, prevede una norma specifica, l'art. 28 cpv. 4 OAINF, secondo la quale se a causa della sua età l'assicurato non riprende più un'attività lucrativa dopo l'infortunio (variante I) o se la diminuzione della capacità di guadagno è essenzialmente dovuta alla sua età avanzata (variante II), sono determinanti per valutare il grado d'invalidità i redditi che potrebbe conseguire un assicurato di mezza età vittima di un danno alla salute della stessa gravità. Mediante questa disposizione, da una parte, si tiene conto del fatto che accanto all'invalidità dipendente dall'infortunio, che di principio è la sola ad essere assicurata, anche l'età avanzata costituisce causa di disoccupazione, rispettivamente di incapacità al guadagno. Dall'altra, si considera che le rendite di invalidità dell'assicurazione contro gli infortuni vengono corrisposte sino alla morte degli assicurati (art. 19 cpv. 2 LAINF), e - in deroga all'art. 17 cpv. 1 LPGA - non possono più essere rivedute dal momento in cui l'avente diritto raggiunge l'età di pensionamento secondo l'art. 21 LAVS (art. 22 LAINF). L'art. 28 cpv. 4 OAINF persegue perciò lo scopo di evitare l'attribuzione di rendite durevoli comportanti anche una componente di rendita di vecchiaia (DTF 122 V 418 consid. 3a e riferimenti ivi citati). Secondo la giurisprudenza l'età è avanzata se l'assicurato ha all'incirca sessant'anni al momento della nascita del diritto alla rendita. L'età media si situa invece intorno ai 42 o tra i 40 e i 45 anni (DTF 122 V 418 consid. 1b, 426 consid. 2). In virtù della norma in questione, si deve fare astrazione dal fattore età non soltanto per la fissazione del reddito da invalido, ma anche per stabilire il reddito da valido (DTF 114 V 310 consid. 2; consid. 7b/aa non pubblicato della sentenza DTF 122 V 426). Nel caso

concreto, al momento della decorrenza della rendita (cfr. STF 8C_164/2010 del 30 giugno 2010 consid. 5.2 e riferimenti ivi citati) , e meglio il 1° novembre 2013, RI 1 si trovava in età avanzata, ai sensi della succitata giurisprudenza, in quanto aveva compiuto 69 anni . Il presupposto personale per l'applicazione dell'art. 28 cpv. 4 OAINF è pertanto adempiuto (cfr. RAMI 1990 U 115 p. 389 consid. 4c-e). D'altro canto, in base alla documentazione medica, l'assicurata potrebbe ancora svolgere un'attività adeguata a tempo parziale (cfr. il consid. 2.5.3.), la quale dovrebbe essere reperita sul mercato generale del lavoro. In questo contesto, l'età di 69 anni costituirebbe senza dubbio un ostacolo. Per contro, considerando un'età media , l'insorgente potrebbe trovare un posto di lavoro idoneo. Nel caso di specie, occorre perciò procedere ai sensi dell'art. 28 cpv. 4 OAINF, cosicché il grado di invalidità dell'insorgente deve essere determinato mediante i redditi (da valido e da invalido) che avrebbe percepito un assicurato di mezza età, intorno ai 42 anni . In una sentenza U 220/95 del 18 novembre 1996, parzialmente pubblicata in DTF 122 V 426 - riguardante un assicurato di professione architetto dipendente, il quale, al momento della nascita del diritto alla rendita, aveva ampiamente superato il limite dei sessant'anni di cui all'art. 28 cpv. 4 OAINF -, il TFA ha precisato che per stabilire il reddito da valido, e dunque il reddito conseguibile senza l'infortunio da una persona di media età con le medesime capacità professionali e personali dell'assicurato, non ci si poteva semplicemente fondare sull'ultimo reddito da lui realizzato, adeguandolo al rincaro e all'aumento dei salari reali. In effetti, secondo l'Alta Corte, procedendo in tal senso si misconosceva il fatto che l'assicurato, dopo aver concluso un apprendistato quale disegnatore edile, si era perfezionato quale assistente tecnico. Egli disponeva pertanto di una formazione professionale completa, ciò che avrebbe consentito a un assicurato di media età con una corrispondente formazione di reperire dei posti di lavoro qualificati (e forse meglio retribuiti) nel settore della costruzione. Sempre secondo il TFA, questa circostanza andava quindi presa in considerazione nell'ambito dell'art. 28 cpv. 4 OAINF, anche se l'assicurato negli ultimi anni non aveva voluto svolgere l'attività di assistente tecnico. Nel caso di specie, dalla documentazione a disposizione del TCA non emergono elementi utili a determinare, con sufficiente attendibilità, i redditi da raffrontare, segnatamente quello senza invalidità. La causa deve dunque essere rinviata all'assicuratore resistente affinché raccolga tutti i dati utili a stabilire i redditi in questione conformemente ai dettami giurisprudenziali evocati in precedenza, in particolare quelli riguardanti la formazione scolastica e professionale dell'assicurata.

2.6. Entità del guadagno assicurato su cui calcolare l'indennità giornaliera e la rendita d'invalidità. Nel caso di specie, con la propria impugnativa, la ricorrente fa valere che l'importo dell'indennità giornaliera e quello della rendita d'invalidità avrebbero dovuto essere calcolati sul guadagno corrispondente a un'occupazione a tempo pieno, sebbene, nel frattempo, ella avesse formalmente ridotto il suo pensum al 70% (a suo dire, ella avrebbe di fatto continuato a lavorare a tempo pieno), tutto ciò in applicazione del disposto di cui all'art. 23 cpv. 1 OAINF (cfr. doc. I, p. 15 ss.). Dalle carte processuali si evince che l'assicuratore convenuto ha calcolato l'importo dell'indennità giornaliera in base al salario percepito dall'assicurata al momento del noto evento traumatico (quello che risulta dall'annuncio d'infortunio del 3 agosto 2005, dunque fr. 3'777.15/mese [cfr. doc. 3], donde un'indennità di fr. 107.60 /giorno {[fr. 3'777.15 x 13 mesi] x 80% : 365}). Per quanto concerne invece l'importo della rendita d'invalidità, la CO 1 l'ha stabilito in fr. 57'179 , prendendo in considerazione il guadagno concretamente realizzato dall'insorgente durante l'anno precedente l'infortunio, dunque durante il periodo 31 luglio 2004 - 30 luglio 2005 (cfr. doc. 9, p. 2). Chiamato a pronunciarsi al riguardo, il TCA rileva innanzitutto che, in ossequio

agli articoli 15 cpv. 1 e cpv. 2 seconda frase LAINF e 22 cpv. 3 e 4 OAINF, l'indennità giornaliera e la rendita sono calcolate entrambe in base al guadagno assicurato, il quale è però determinato secondo modalità diverse. Per il calcolo delle indennità giornaliere è considerato guadagno assicurato l'ultimo salario riscosso prima dell'infortunio; per il calcolo delle rendite, quello riscosso durante l'anno precedente l'infortunio. Eventuali modifiche di reddito che sarebbero presumibilmente subtrate dopo l'insorgenza del rischio assicurato (aumento reale del salario, avanzamenti di carriera, modifiche del tempo di lavoro, ecc.), non vengono di principio prese in considerazione, nemmeno qualora fossero dimostrate nel caso concreto (cfr. A.P. Holzer, *Der versicherte Verdienst in der obligatorischen Unfallversicherung*, in SZS/RSAS 2010, p. 203). Inoltre, a proposito dell'invocato art. 23 cpv. 1 OAINF (rispettivamente, art. 24 cpv. 1 OAINF per quanto riguarda la rendita d'invalidità), va segnalato che le eventualità enumerate nelle disposizioni d'ordinanza appena menzionate (quindi, servizio militare, servizio civile, servizio di protezione civile, infortunio, malattia, maternità e lavoro ridotto [nonché la disoccupazione, trattandosi dell'art. 24 cpv. 1 OAINF]), sono esaustive (cfr. DTF 139 V 161 consid. 4.2.3; cfr. pure Holzer, art. cit., p. 216 s. e la nota n. 79), e ciò al di là di quanto potrebbe prevedere il "pieghevole SuvaCare" richiamato in sede di ricorso. D'altro canto, è utile osservare che, in una sentenza U 298/00 dell'11 giugno 2001, il TFA ha chiaramente sancito, con riferimento al disposto dell'art. 10 cpv. 3 OADI, che può essere considerato disoccupato (totale o parziale) ai sensi dell'art. 24 cpv. 1 OAINF, soltanto colui che si è annunciato all'assicurazione contro la disoccupazione e che si sottomette ai relativi obblighi, non essendo sufficiente "... che si trovi in una condizione analoga a quelle del disoccupato o della persona che potrebbe disporre delle indennità per lavoro ridotto.". Inoltre, laddove l'avv. RA 1 pretende che tanto l'indennità giornaliera quanto la rendita d'invalidità andrebbero calcolate in base a un guadagno assicurato di fr. 72'072, corrispondente al salario che l'assicurata avrebbe conseguito nel 2007 senza il danno alla salute, giova sottolineare che le regole e i principi posti alla base della fissazione del guadagno assicurato non corrispondono a quelli relativi alla determinazione del reddito da valido. Infatti, per fissare il guadagno assicurato si considera, di principio, ciò che è stato effettivamente percepito al momento, rispettivamente prima dell'infortunio (cfr. art. 15 LAINF; 22 OAINF; STF 8C_290/2007 del 7 luglio 2008), mentre per determinare il reddito da valido si considera un reddito ipotetico. Del resto, sul tema, in una sentenza U 308/04 del 16 gennaio 2006, l'Alta Corte si è espressa nei seguenti termini: "(...). 3.3. Quant à la différence de plus de 9'000 fr. entre le revenu sans invalidité retenu par l'office AI (59'824 fr.) et le gain annuel assuré par la CNA (50'903 fr.), elle n'est pas pertinente et relève d'une confusion entre la notion de gain assuré - seul déterminant en matière de rente - qui se fonde sur la situation réelle de l'assuré avant l'accident et celle de revenu sans invalidité par quoi il faut entendre le gain hypothétique que l'assuré réaliserait sans invalidité, ce qui ne correspond pas forcément au gain effectivement obtenu avant la survenance de l'éventualité assurée (gain assuré; ATF 122 V 316 consid. 2a et les références).". In esito a tutto quanto precede, la decisione su opposizione impugnata merita conferma anche a proposito dell'entità del guadagno assicurato su cui sono state calcolate l'indennità giornaliera e la rendita d'invalidità. Sebbene non sia oggetto della presente vertenza, il TCA precisa che, secondo l'art. 25 cpv. 1 LAINF, l'indennità per menomazione dell'integrità (IMI) viene calcolata sull'importo massimo del guadagno assicurato (cfr. art. 22 cpv. 1 OAINF), in vigore al momento dell'infortunio. Nella DTF 127 V 456 ss. (= RAMI 2002 U 451, p. 61 ss.), la Corte federale ha inoltre stabilito che il guadagno annuo assicurato vigente il giorno

dell'infortunio è determinante anche nel caso in cui fra l'evento assicurato e l'assegnazione dell'IMI sia trascorso un lungo periodo, ad esempio qualora la menomazione all'integrità sia subentrata soltanto a seguito di una ricaduta oppure di postumi tardivi. 2.7. Ricaduta del 2017: diritto alle prestazioni sanitarie? 2.7.1. In virtù dell'art. 11 OAINF, l'assicuratore LAINF è tenuto a riprendere l'erogazione delle prestazioni assicurative in caso di ricadute o conseguenze tardive (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), Lausanne 1992, p. 71 e A. Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Berna 1985, p. 277). Né la LAINF né l'OAINF prevedono, al riguardo, un limite temporale. Pertanto, la pretesa potrà essere fatta valere anche qualora la ricaduta o le conseguenze tardive appaiono, per la prima volta, dieci o vent'anni dopo l'infortunio assicurato, e ciò indipendentemente dal fatto che, a quel momento, l'interessato sia o meno ancora assicurato. Rilevante è soltanto l'esistenza di un nesso di causalità (cfr. STFA U 122/00 del 31 luglio 2001). Secondo la giurisprudenza, si è in presenza di una ricaduta quando un danno alla salute, che si presumeva guarito, si riacutizza, di modo che esso necessita di cura medica e causa incapacità lavorativa. Per contro, si parla di postumi tardivi quando un danno alla salute apparentemente guarito produce, nel corso di un periodo di tempo prolungato, delle modificazioni organiche o psichiche, comportanti sovente uno stato patologico differente (cfr. DTF 118 V 296 consid. 2c e riferimenti, 105 V 35 consid. 1c e riferimenti). 2.7.2. È già stato indicato che le prestazioni di cura medica enumerate all'art. 10 cpv. 1 LAINF devono essere corrisposte fintantoché da esse ci si possa attendere un notevole miglioramento dello stato di salute infortunistico della persona assicurata (cfr. supra, consid. 2.4.1.). Il diritto alla cura medica cessa con la nascita del diritto alla rendita (art. 19 cpv. 1 seconda frase LAINF). Determinata la rendita, le prestazioni sanitarie e il rimborso delle spese (art. 10 a 13) sono accordati, a norma dell'art.

E. 21

cpv. 1 lett. b e c LAINF, una volta raggiunta l'età di pensionamento (in casu , a decorrere dal 31 dicembre 2007, 64. anno di età compiuto nel mese di dicembre 2007) (cfr. STF 8C_50/2018 succitata, consid. 2). Stante ciò, al TCA non rimane che da esaminare se l'art. 21 cpv. 3 LAINF conferisce all'insorgente il diritto alle prestazioni sanitarie in ragione di una ricaduta, e ciò anche dopo il raggiungimento dell'età di pensionamento. In una sentenza UV.2017.00160 del 13 settembre 2018, pubblicata sul sito internet www.sozialversicherungsgericht.zh.ch/rechtsprechung , dopo aver constatato che sino a quel momento il Tribunale federale non aveva ancora fornito una risposta alla questione di sapere se l'art. 21 cpv. 3 LAINF conferisce ai beneficiari di rendita un diritto autonomo, ossia distinto dall'art. 21 cpv. 1 LAINF, alle prestazioni sanitarie e al rimborso delle spese ai sensi degli articoli 10-13 LAINF e aver proceduto a un'interpretazione letterale e storica di quella disposizione, tenuto conto dell'opinione espressa in proposito dalla dottrina (A. Maurer, Schw. Unfallversicherungsrecht, 2a edizione, p. 386 s. inclusa la nota 966 e OF-Kommentar KVG/UVG-Gehring, Zurigo 2018, n. 13 ad art. 21 LAINF), il Tribunale delle assicurazioni del Cantone Zurigo è giunto alla conclusione che i beneficiari di rendita parzialmente invalidi non possono dedurre dall'art. 21 cpv. 3 LAINF alcun diritto a prestazioni sanitarie e al rimborso delle spese, dopo il loro pensionamento. Trattandosi di una ricaduta o di postumi tardivi, presupposto imprescindibile per ammettere l'assunzione dei costi di cura nel caso dei beneficiari di rendita, è in effetti l'esistenza di una capacità lucrativa residua. Tutto ben considerato, accertato che nel frattempo l'Alta Corte federale non si è pronunciata sulla tematica in discussione, questa Corte non vede alcun valido motivo per discostarsi da quanto deciso dai giudici zurighesi. Se ne deduce pertanto che, in

concreto, la CO 1 era legittimata a negare l'assunzione dei costi di cura generati nell'ambito della ricaduta dell'infortunio assicurato annunciata nel 2017, ritenuto che a quel momento la ricorrente aveva raggiunto ormai da tempo l'età di pensionamento AVS. Sempre a proposito delle prestazioni sanitarie, in data 21 maggio 2020, la patrocinatrice dell'insogente ha postulato che questa Corte decida una "misura provvisoria di protezione d'urgenza, ovvero di concessione/restituzione dell'effetto sospensivo od ogni altra" (doc. XXIII, p. 5). Il TCA si limita a segnalare di avere già regolato questo aspetto con la decisione 35.2019.41 del 6 maggio 2019 (cfr. doc. VII). 2.8. Revisione della rendita d'invalidità in vigore alla chiusura della ricaduta del 2017? A margine della visita fiduciaria del 24 luglio 2018, il dott. _____ ha accertato che le condizioni di salute infortunistiche dell'assicurata si erano di nuovo stabilizzate (cfr. doc. 8, p. 10 s.) e che la capacità lavorativa residua in attività sostitutive adeguate si era nel frattempo ridotta dal 50 al 33,3% (cfr. doc. 8, p. 11). Con la propria decisione formale, l'amministrazione ha negato che fossero dati i presupposti per procedere a un aumento della rendita d'invalidità in vigore, siccome "... l'articolo 22 LAINF esclude una revisione della rendita d'invalidità dal mese in cui l'avente diritto raggiunge l'età di pensionamento, ..." (doc. 9, p. 3). L'art. 22 LAINF, prevede che, in deroga all'articolo 17 capoverso 1 LPGA, la rendita non può più essere riveduta dal mese in cui l'avente diritto riceve una rendita di vecchiaia dell'AVS, ma al più tardi dal momento in cui lo stesso raggiunge l'età di pensionamento secondo l'articolo 21 LAVS. Se l'assicurato presenta una domanda di revisione poco prima del termine, l'assicuratore è tenuto a dare avvio alla procedura, anche se la decisione di revisione sarà resa soltanto dopo che l'assicurato avrà raggiunto l'età limite. Parimenti, l'assicuratore può introdurre una procedura di revisione della rendita prima dell'età limite, a condizione che ne abbia informato l'assicurato; l'assicuratore può allora rendere la sua decisione ulteriormente (cfr. A. Maurer, op. cit., p. 393 e il riferimento giurisprudenziale ivi citato; Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 116). Nella concreta evenienza, RI 1 ha raggiunto l'età di pensionamento AVS nel mese di dicembre 2007, ragione per la quale non può in effetti entrare in linea di conto una revisione della rendita d'invalidità a seguito del peggioramento legato alla ricaduta del 2017.

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