

TI_GERICHTE 35.2020.47 vom 25. Mai 2020

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2020.47

FR: TI_GERICHTE 35.2020.47 du 25 mai 2020

IT: TI_GERICHTE 35.2020.47 del 25 maggio 2020

Erwägungen

E. 1

Può gentilmente prendere posizione all'affermazione dell'assicurata concernente la stabilizzazione dello stato di salute ad 2 – ad 8 a pag. 5 ss. Condivido pienamente quanto espresso dal dr. _____ nella sua perizia. Cito la visita del Prof. dr. _____ del 20.06.2013 nella quale si era deciso per la conclusione del trattamento in presenza di un ginocchio stabile, liberamente mobile, senza evidenza di ipotrofia muscolare focale di rilievo. ... in assenza di misure terapeutiche ragionevolmente esigibili suscettibili di incidere significativamente sulla natura e l'entità dei postumi somatici strutturali riconducibile all'evento in causa ... A partire quindi dalla chiusura della cura medica da parte dell'ortopedico Prof. dr. _____ è ragionevole considerare la stabilizzazione dello stato di salute ovvero dal 20.06.2013 e questo anche a distanza di oltre 12 mesi dalla plastica ligamentare. (...).

E. 3

Lei conferma che lo stato di salute dell'assicurata con verosimiglianza preponderante si è stabilizzato a far tempo dal 20 giugno 2013? Sì per quanto sopra riportato. (...).

E. 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, STF 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 8/07 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. Nella DTF 129 V 472 consid. 4.2.2, l'Alta Corte ha verificato, in base a una valutazione statistica compiuta dall'INSAI, che il salario medio risultante dalle DPL si situava soltanto leggermente sotto quello secondo l'ISS (in questo senso, si veda pure la STF 8C_647/2013 del 4 giugno 2014 consid. 7.2). Con comunicazione del 19 ottobre 2018, l'INSAI ha informato il Tribunale federale e tutti i Tribunali cantonali delle assicurazioni che, a partire dal 1° gennaio 2019, avrebbe cessato di utilizzare le DPL e avrebbe applicato unicamente i dati statistici RSS (cfr. STF 8C_368/2018 del 28 marzo 2019 consid. 4.3). 2.3.8. Nella presente fattispecie, l'amministrazione ha quantificato in fr. 51'797.52 il reddito da invalido, applicando la TA1 2012, media totale, livello di qualifica 1, donne, riportato su 41.7 ore e aggiornato al 2013 (cfr. doc. A1). Il legale dell'assicurata, nel ricorso, ha contestato il calcolo dell'amministrazione, ritenendo non corretto il riferimento fatto ai dati salariali statistici relativi a tutti i settori economici, anziché, come sarebbe stato maggiormente opportuno alla luce delle sue limitazioni, al solo settore dei servizi. Il patrocinatore dell'assicurata ha quindi fissato in fr. 50'155 il reddito da invalido afferente al solo settore dei servizi (doc. I). Nella risposta di causa, l'assicuratore LAINF ha, innanzitutto, ricordato che, secondo la giurisprudenza, di principio, si utilizza il salario medio totale dell'intero settore privato della RSS TA1 (cfr. DTF 144 I 102 consid. 5.2. pag. 110 con riferimenti; 8C_534/2019 del 18 dicembre 2019 consid. 5.2.; 8C_471/2017 consid. 4.2). Solo in casi eccezionali il Tribunale federale, nel caso di persone che erano attive in un preciso settore da molto tempo prima dell'infortunio e per le quali è difficilmente possibile lavorare in altri settori, ha fatto riferimento al reddito medio statistico dei singoli settori e ciò solamente se ritenuto necessario per tenere conto delle possibilità di sfruttamento della capacità residua (cfr. DTF 133 V 545, 9C_237/2007 del 24 agosto 2007 consid. 5.1., 8C_457/2017 dell'11 ottobre 2017 consid. 6.2.). Sulla base di tali considerazioni, l'assicuratore infortuni ha ritenuto non esservi motivo per non utilizzare il salario medio totale dell'intero settore privato della tabella RSS TA1, visto che "le limitazioni cui è soggetta la ricorrente suggerisce che quest'ultima potrebbe sfruttare la sua capacità lavorativa residua in tutti i rami del settore privato e non soltanto nel settore 3 servizi" (cfr. doc. VII). Chiamato a pronunciarsi, questo Tribunale condivide il modo di agire dell'amministrazione, non reputando sussistere, nel caso di specie, delle circostanze eccezionali che permettano di ritenere sfruttabile la capacità di lavoro residua dell'interessata solo in un determinato settore e non, come di norma, facendo riferimento al salario medio totale dell'intero settore privato della tabella RSS TA1. Ora, utilizzando i dati forniti dalla tabella RSS 2012 TA1, l'assicurata, svolgendo nel 2012 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. 4'112.-. Riportando questo dato su 41.7 ore, esso ammonta a fr. 4'286.76 mensili oppure a fr. 51'441.12 per l'intero anno (fr. 4'286.76 x 12). Tenuto conto del rincaro, si ottiene, per il 2013, un reddito annuo di fr. 51'797.52. 2.3.9. Il patrocinatore della ricorrente ha contestato il fatto che

l'amministrazione non abbia proceduto, come invece avrebbe dovuto (a suo modo di vedere), ad un parallelismo dei redditi, applicando al reddito da invalido un gap salariale (doc. XI/1). Nella decisione su opposizione impugnata (cfr. doc. A2) e, poi, in sede di risposta di causa, l'amministrazione ha spiegato le ragioni che ostano al riconoscimento di un parallelismo dei redditi, rilevando che: " 8e) Per quanto concerne il caso concreto si ricorda che l'assicurata, secondo le dichiarazioni dei due ex datori di lavoro, nel 2013 se non fosse stata vittima dell'infortunio in questione avrebbe potuto guadagnare presso l'_____ in qualità di cameriera ai piani CHF 22'002.50 (1'692.15 x 13, occupazione al 50%) e presso il _____ in qualità di ausiliaria di pulizie CHF 9'492.60 (occupazione al 12%). 8f) Come si vedrà di seguito, il reddito da valido dell'assicurata in qualità di ausiliaria delle pulizie e di cameriera ai piani non si situa sotto la media dei salari per un'attività equivalente. Infatti, secondo il Contratto Collettivo di Imprese di Pulizia e Facility Services 2020, il salario minimo annuale per il personale addetto alle pulizie risulta essere tra CHF 37'977.60 e CHF 41'068.80. Per quanto concerne il settore dell'industria alberghiera e della ristorazione, per un/a collaboratore/-trice a tempo pieno senza apprendistato professionale secondo il contratto collettivo 2017-2020, il salario lordo annuale minimo è di CHF 44'421. L'importo di CHF 50'798.50 come reddito ipotetico da valido non è quindi inferiore ai due salari minimi previsti dai contratti collettivi per le attività svolte dall'assicurata." (Doc. VII) Per quanto riguarda la questione del gap salariale, va rilevato che, in una sentenza 8C_141/2016, 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). Giova qui pure ricordare che questa Corte non ha applicato alcuna riduzione a titolo di gap salariale nella STCA 35.2017.121 del 20 marzo 2018, consid. 2.2.6, considerato che in quel caso i dipendenti della società (nazionale) in questione sottostavano a un proprio contratto collettivo di lavoro e venivano retribuiti nel rispetto dei salari minimi ivi previsti. Nel caso concreto, il TCA condivide le considerazioni espresse dall'amministrazione a proposito del fatto che il reddito da valido fissato per l'assicurata non risulti inferiore ai salari minimi previsti dai contratti collettivi nazionali di categoria per le attività svolte dall'interessata, e ciò con riferimento anche ai CCL in vigore nel 2013 (anno di riferimento nella fattispecie qui in esame). Il legale dell'assicurata, del resto, non ha fornito elementi che possano dimostrare il contrario. 2.3.10. 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, nella decisione su opposizione impugnata - scostandosi dalla riduzione del 10% accordata con la decisione del 25 giugno 2018 "per le limitazioni funzionali" (cfr. doc. Z219) - l'assicuratore convenuto ha operato una decurtazione del 5% sul reddito statistico da invalido così giustificata: " Ora, considerando l'insieme delle

circostanze nel caso concreto, ovvero che al momento determinante l'assicurata aveva l'età di 49 anni, che è di nazionalità bosniaca ma lavora in Svizzera da più di 27 anni, che il tasso di occupazione esigibile è del 100% e che secondo il nostro medico di fiducia dopo la stabilizzazione sono ancora possibili delle attività leggere con possibilità di cambiamento regolare della posizione senza sollecitazioni prolungate sotto carico del ginocchio sinistro, si ritiene giustificato, legata alla natura delle limitazioni funzionali, una riduzione al massimo del 5% sul reddito statistico (e non del 10% come deciso nella decisione del 25 giugno 2018).” (Doc. A2) Il patrocinatore della ricorrente ha contestato l'ammontare di tale riduzione percentuale, ritenendo che l'amministrazione non avesse motivo alcuno per ritornare sulla deduzione del 10% già accordata con la decisione del 25 giugno 2018. Inoltre, al di là di questo aspetto, il legale ha chiesto che venga applicata una riduzione sociale almeno del 20% (di cui il 15% per le limitazioni funzionali legate all'infortunio, suddiviso in 5% per le limitazioni funzionali esistenti anche in attività leggere e 10% per la capacità lavorativa limitata alle attività leggere) (cfr. doc. I). Nella risposta di causa, l'Istituto assicuratore ha spiegato le ragioni che impediscono, nel caso di specie, di accordare all'interessata una deduzione superiore rispetto a quella del 5% stabilita nella decisione su opposizione impugnata, rilevando come nessuno dei fattori entranti in linea di conto (e meglio età, limitata esperienza, limitazioni addebitabili al danno alla salute, nazionalità) giustifichi la maggiore deduzione sociale richiesta (cfr. doc. VII). Considerato il 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 che, operando una decurtazione del 5%, l'assicuratore LAINF non abbia abusato del proprio potere di apprezzamento. Mediante la riduzione in questione, l'istituto convenuto ha infatti debitamente tenuto conto degli effetti legati alla menomazione infortunistica. Le circostanze evidenziate con il ricorso non appaiono atte, come ben spiegato dall'amministrazione nella risposta di causa, a giustificare una più ampia riduzione percentuale. In proposito, va rilevato che il TF 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 lohnerhöhend 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). D'altra parte, 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 d'istruzione particolare (cfr., in questo senso, la DTF 137 V 71 consid. 5.3. e SVR 2002 Nr. UV 15 p. 49 consid. 3b; RCC 1991 p. 332 consid. 3b; STF 8C_709/2008 del 3 aprile 2009 consid. 2.3.). Un discorso analogo vale anche per l'assenza di esperienza in taluni ambiti di attività (cfr. STF 8C_103/2018 del 25 luglio 2018 consid. 5.2, 9C_467/2012 del 25 febbraio 2013 consid. 4.3.2). Infine, in una sentenza 8C_610/2017 del 3 aprile 2018 consid. 4.4, l'Alta Corte ha stabilito che, tenuto conto delle disposizioni dell'Allegato I all'ALC, un lavoratore cittadino

di uno Stato membro non è a priori svantaggiato rispetto a un lavoratore svizzero in ragione della sua nazionalità e del suo statuto di frontaliere (cfr. pure la STCA 35.2018.96 del 12 dicembre 2018, consid. 2.7). Tale soluzione si impone a maggior ragione, alla luce della più recente giurisprudenza federale (cfr. STF 8C_730/2019 del

E. 6

luglio 2016, come già stabilito nella decisione su opposizione del 6 luglio 2016, poi sfociata nella STCA 35.2016.81 del 6 febbraio 2017. Al riguardo, il TCA evidenzia che, a quel momento, l'assicuratore LAINF non aveva (ancora) posto termine alle prestazioni relative alle cure mediche, sottolineando come le stesse "rimangono aperte fino alla prospettata valutazione degli eventuali postumi permanenti", aggiungendo che "gli atti saranno rinviati alla nostra sede regionale per il Ticino per emanare una decisione a tal proposito" (cfr. doc. Z175 pag. 6). Ora, è evidente che tale argomentazione non è più d'attualità nella presente vertenza, alla luce della valutazione peritale del dr. _____, con la quale sono stati chiariti quali siano i postumi infortunistici permanenti in relazione causale con l'infortunio, i quali danno diritto ad un'IMI, incontestata, del 10%. Accertata la stabilizzazione dello stato di salute in riferimento ai disturbi di origine traumatica al ginocchio sinistro, il TCA deve ancora esaminare se l'assicurata ha diritto ad una rendita di invalidità oppure no. 2.3. Diritto alla rendita d'invalidità? 2.3.1. Secondo 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. 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 RAMI 2004 U 529, citata in precedenza, ha rilevato che anche l'art. 16 LPGa non ha modificato le modalità per la fissazione 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 Corte federale ha quindi concluso che anche in ambito LAINF la giurisprudenza relativa ai concetti di incapacità lavorativa, incapacità al guadagno e invalidità continua a mantenere la sua validità anche in seguito all'introduzione della LPGa. 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 (fattore causale). Nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni deve esserci per giunta un nesso causale, naturale ed adeguato, tra il danno alla salute e l'infortunio. 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'espletto delle 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, STF I 871/02 del 20 aprile 2004 e STF 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 ch'egli può tuttora o potrebbe realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili, in un mercato del lavoro equilibrato, dopo l'adozione di eventuali provvedimenti integrativi (cfr. art. 16 LPGa). 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. 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. Ciò nondimeno, se il danno alla salute non è tale da imporre un cambiamento di professione, il giudizio sull'incapacità lavorativa non esprimerà valori superiori all'incapacità lavorativa indicata dal medico. Questo perché si suppone che esplicando tutto l'impegno professionale che la restante capacità lavorativa medico-teorica ancora permette di sviluppare, l'assicurato esprima una capacità di guadagno della medesima proporzione (cfr. RAMI 1993 U 168, p. 100; DTF 114 V 313 consid. 3b; STCA del 21 marzo 1995 nella causa S. F., 31 maggio 1995 nella causa E. D., 7 giugno 1995 nella causa M. Z., 26 febbraio 1996 nella causa G. P.). 2.3.2. Nel caso concreto, litigiosa è la valutazione dell'esigibilità lavorativa. Secondo l'Istituto assicuratore convenuto, in base all'apprezzamento peritale del dr. _____, l'assicurata sarebbe da ritenere completamente abile al lavoro in attività sostitutive adeguate. Secondo la ricorrente, invece, la sua abilità lavorativa risulterebbe limitata anche nello svolgimento di attività leggere adeguate, e ciò facendo capo principalmente a quanto attestato dal Prof. dr. _____ nelle sue certificazioni agli atti. Il TCA constata che la decisione su opposizione qui impugnata trova il proprio fondamento, per quanto riguarda l'apprezzamento dell'esigibilità lavorativa, nel rapporto peritale del dr. _____ dell'11 maggio 2018. In quell'occasione, il perito si è così espresso a proposito dell'esigibilità lavorativa: " (...)

E. 8

Domande concernenti impedimenti rilevanti e durevoli per un'invalidità nella professione: quali carichi corporali/attività/lavori l'assicurata non potrà più eseguire in maniera durevole a causa dei postumi d'infortunio? 8.1.1 Nella sua attuale professione di ausiliaria di pulizie/cameriera ai piani? Presenza di limitazioni nello svolgimento di attività lavorative che comportano delle sollecitazioni prolungate sotto carico del ginocchio sinistro. 8.1.2. Qual è la percentuale di questi impedimenti in rapporto ad un'attività al 100%? Con riferimento agli aspetti di pertinenza ortopedica riconducibili all'evento del 31.7.2009, nello svolgimento dell'attività di ausiliaria di pulizie/cameriera ai piani, la signora RI 1 risulta essere inabile al lavoro nella misura di 1/3.

E. 8.2

In un'altra attività? Capacità lavorativa completa nello svolgimento di attività leggere con possibilità di cambiamento regolare della posizione senza sollecitazioni prolungate sotto carico del ginocchio sinistro." (Doc. ZM67 pag. 15) Tale valutazione è stata contestata dal legale dell'assicurata, il quale ha fondato le proprie obiezioni ricorsuali sul referto medico del 9 ottobre 2019 relativo alla visita medica eseguita il giorno stesso dal Prof. dr. _____. Quest'ultimo, in anamnesi, ha indicato che l'assicurata "fatica sempre più a

fare le scale e a camminare a lungo. Il perimetro di marcia è ridotto a circa 30 minuti. Camminare su terreno irregolare oppure in discesa le risulta anche difficile. Quando rimane in piedi a lungo presenta tumefazione e dolori al ginocchio che in seguito persistono per vari giorni” (doc. A3). Chiamato dall’assicuratore infortuni ad esprimersi riguardo alle critiche ricorsuali avanzate dall’avv. RA 1, il medico fiduciario dell’amministrazione, dr. _____, con presa di posizione dell’8 luglio 2020 – citata anche nella risposta di causa, nella quale sono stati riportati per esteso alcuni stralci - ha osservato: " (...) 2. Può gentilmente prendere posizione all’affermazione dell’assicurata concernente l’esigibilità lavorativa ad 9- ad 13 a pag. 7ss. Considerando le lesioni post infortunistiche il perito ortopedico dr. med. _____ attesta una limitazione nello svolgimento dell’attività di ausiliaria di pulizia/cameriera ai piani con inabilità di 1/3. Alla luce dello status clinico al momento della sua perizia reputo anch’io adeguata questa limitazione. (...). 4.1 Quali carichi corporali/attività/lavori l’assicurata non potrà più eseguire in maniera durevole a causa dei postumi dell’infortunio? Attività regolarmente in piedi senza potersi sedere al bisogno e con necessità di regolari spostamenti su scale o terreni accidentati così come attività con regolare necessità di inginocchiarsi appare limitato. 4.2 Qual è la percentuale di questi impedimenti nella sua professione svolta prima dell’infortunio (cameriera ai piani e ausiliaria delle pulizie)? Come cameriera ai piani e ausiliaria di pulizie una limitazione maggiore a quella espressa dal dr. med. _____ appare però più giudiziosa e questo nell’ordine del 50% sia per riduzione del tempo lavorativo, che adattamento del mansionario. 4.3. Qual è la percentuale di questi impedimenti in un’altra attività confacente (in rapporto a un’attività del 100%)? In attività confacenti si giustifica la massima esigibilità lavorativa. Si deve trattare di attività adeguate ergonomicamente prevalentemente sedentarie e leggere senza dover portare/spostare pesi > 5kg, senza dover camminare su terreni accidentati o regolarmente su scale/scale a pioli e nelle quali si possa cambiare posizione al bisogno. (...). 6. Altre osservazioni? Ricordo che agli atti vi è un rapporto medico datato 9 ottobre 2019 della visita del Prof. dr. med. _____ che attesta una progressione dell’artrosi femoro-tibiale interna rispetto al 2017 senza instabilità e propone ancora per il momento trattamenti conservativi ed eventualmente infiltrativi senza prevedere sul breve periodo eventuali artroplastiche. Alla luce del medesimo si può ragionevolmente convalidare la massimale esigibilità in attività adeguate (come sopra riportato) fino a questa data di visita di ottobre 2019.” (Doc. 16 pagg. 2-3) Il legale dell’assicurata, in corso di causa, ha nuovamente criticato che la propria assistita possa essere considerata ancora pienamente abile nello svolgimento di attività adeguate, trasmettendo, a comprova della propria posizione, il referto del 1° settembre 2020, con il quale il Prof. dr. _____ si è così espresso a proposito dell’esigibilità lavorativa: " (...) Per quel che concerne la capacità lavorativa residuale, ritengo che, anche in un’attività leggera, la paziente necessita di pause frequenti, possibilità di cambiare posizione e deve poter eseguire un’attività prevalentemente in posizione seduta. Per questo motivo ritengo che anche in un’attività leggera la capacità lavorativa residua non sia superiore al 70%.” (Doc. XI/1) 2.3.3. Per costante giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l’amministrazione è parte solo dopo l’instaurazione della controversia giudiziale mentre invece nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (cfr. RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STF U 259/02 dell’8 luglio 2003 consid. 2.1.1; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in BJM 1989, p. 30ss.). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10 p. 33 ss. e RAMI 1999 U 356 p. 572) , la nostra Corte federale ha ribadito che ai

rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. In una sentenza 8C_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465 consid. 4.4 e consid. 4.7, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve, a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. Trattandosi invece di perizie affidate dagli assicuratori sociali a medici esterni all'amministrazione o a servizi specializzati indipendenti in ossequio alla procedura di cui all'art. 44 LPGa, esse godono di piena forza probatoria, a condizione che non esistano indizi concreti che ne mettano in dubbio l'affidabilità (cfr. STF 8C_839/2016 del 12 aprile 2017 consid. 3.2 e 8C_862/2014 del 2 aprile 2015 consid. 3.2 e riferimenti ivi citati). Per quel che concerne il valore probante di un rapporto medico, determinante è che esso sia completo sui temi sollevati, che sia fondato su esami approfonditi, che tenga conto delle censure sollevate dalla persona esaminata, che sia stato redatto in piena conoscenza dell'anamnesi, che sia chiaro nella presentazione del contesto medico e che le conclusioni dell'esperto siano motivate (cfr. SVR 2002 IV Nr. 21 p. 63; DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191ss.; DTF 122 V 160 ss., consid. 1c e riferimenti). L'elemento rilevante per decidere circa il valore probante, non è né l'origine del mezzo di prova né la sua designazione quale rapporto oppure quale perizia, ma semplicemente il suo contenuto (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti). È infine utile osservare che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va, tuttavia, precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (cfr. STF I 811/03 del 31 gennaio 2005, consid. 5 in fine; STF I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV Nr. 10 p. 35 consid. 4b). 2.3.4. Nella concreta evenienza, questa Corte ritiene di poter senz'altro confermare la decisione dell'amministrazione di considerare l'assicurata, tenuto conto unicamente dei postumi infortunistici al ginocchio sinistro, in grado di svolgere, a tempo pieno e con un rendimento completo, delle attività sostitutive adeguate, rispettose delle sue limitazioni funzionali, così come valutato nel referto peritale dell'11 maggio 2018 dal dr. _____. A tale proposito, occorre sottolineare il valore probatorio che riveste tale perizia, eseguita nel rispetto della procedura di cui all'art. 44 LPGa, la quale può, quindi, essere rimessa in discussione, come ricordato sopra (cfr. consid. 2.3.3.), solo in presenza di indizi concreti che ne mettano in dubbio l'affidabilità. Evenienza che non si realizza, tuttavia, a mente di questo Tribunale, nel caso di specie. Il TCA rileva,

infatti, che la valutazione del Prof. dr. _____, seppur divergente per quanto riguarda la valutazione della capacità lavorativa residua dell'insorgente, non apporta nuovi elementi oggettivi ignorati dal perito e va, quindi, intesa nel senso di una diversa valutazione delle conseguenze che le patologie dell'interessata hanno sulla sua capacità di lavoro. Al contrario, va sottolineato come le limitazioni funzionali indicate dal Prof. dr. _____ coincidono perfettamente con quelle poste dal dr. _____ e confermate e condivise dal dr. _____. Il Prof. dr. _____, difatti, ha precisato che l'assicurata riscontra difficoltà nel fare le scale e nel camminare a lungo, soprattutto su terreno irregolare o in discesa, e non può rimanere in piedi a lungo (cfr. doc. A3). Egli ha poi aggiunto che l'interessata possa svolgere delle attività leggere, con pause frequenti, con possibilità di cambiare posizione e che siano prevalentemente da svolgere in posizione seduta (cfr. doc. XI/1). Analoghe limitazioni sono state riconosciute dal perito dell'amministrazione, il quale ha proprio indicato che le attività esigibili dall'interessata devono essere leggere, con possibilità di cambiamento regolare della posizione, senza sollecitazioni prolungate sotto carico del ginocchio sinistro." (Doc. ZM67 pag. 15) Altrettanto dicasi con riferimento alla presa di posizione dell'8 luglio 2020, con la quale il dr. _____ ha confermato la correttezza dell'apprezzamento peritale del dr. _____, precisando che "in attività confacenti si giustifica la massima esigibilità lavorativa. Si deve trattare di attività adeguate ergonomicamente prevalentemente sedentarie e leggere senza dover portare/spostare pesi > 5kg, senza dover camminare su terreni accidentati o regolarmente su scale/scale a pioli e nelle quali si possa cambiare posizione al bisogno" (cfr. doc. 16). Ora, benché le critiche ricorsuali del legale dell'interessata a proposito del referto peritale del dr. _____ avrebbero dovuto essere oggetto di disamina da parte dello stesso perito incaricato dall'amministrazione e non, invece, di una presa di posizione da parte di un medico interno (cfr. sul tema, STCA 35.2019.104 del 22 settembre 2020 consid. 2.9.; STCA 35.2019.90 del 27 aprile 2020 consid. 2.8.), il TCA non ha motivo per rimettere in discussione il parere del dr. _____, stante la sostanziale uniformità delle limitazioni funzionali espresse dal perito e dal medico fiduciario dell'amministrazione, da un canto, e dal Prof. dr. _____, dall'altro. Stante la natura delle limitazioni espresse dal perito ortopedico, del tutto sovrapponibili a quelle poste anche dal chirurgo ortopedico dell'assicurata, il TCA non può che considerare la differente percentuale di capacità lavorativa residua in attività adatte posta dal Prof. dr. _____ - senza particolari motivazioni che possano giustificarla - unicamente come una diversa valutazione delle conseguenze che le patologie dell'interessata hanno sulla sua capacità di lavoro. Non va, inoltre, dimenticato che nel caso di specie occorre tenere conto unicamente dei postumi oggettivi infortunistici presenti al ginocchio sinistro, ma non delle altre diagnosi (sospetto di artrite anchilosante; fibromialgia), per le quali il dr. _____ ha esplicitamente escluso l'esistenza di un nesso causale secondo probabilità preponderante, esprimendosi a favore di un solo "potenziale substrato reumatologico suscettibile di correlare almeno parzialmente con il carattere dei disturbi tuttora risentiti dalla signora RI 1" (doc. ZM67, p. 13 - il corsivo è della redattrice). L'esigibilità lavorativa posta dal perito, oltre a non essere stata smentita tramite elementi oggettivi concreti, risulta plausibile anche alla luce dei precedenti giurisprudenziali, riguardanti assicurati che accusavano limitazioni nell'utilizzo degli arti inferiori (cfr. a questo proposito, STCA 35.2019.48 del 16 ottobre 2019, riguardante un assicurato, nato nel 1965, il quale, a seguito di una caduta, aveva riportato una distorsione del ginocchio destro, con rottura del crociato anteriore e del menisco mediale, a seguito della quale si era sottoposto il giorno stesso ad una plastica legamentare del crociato

anteriore e, successivamente, a due artroscopie, il quale è stato ritenuto pienamente abile al lavoro nello svolgimento di attività leggere e sedentarie ; vedi anche STCA 35.2017.76 del 4 ottobre 2018, consid. 2.3.3, e rinvii giurisprudenziali ivi citati; STCA 35.2017.111 del 20 giugno 2018, consid. 2.4.5, e rinvii giurisprudenziali ivi citati; STCA 35.2018.45 del 21 febbraio 2019, consid. 2.9.4 e rinvii ivi citati, confermata con STF 8C_211/2019 del 14 agosto 2019). Alla luce di 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 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 l'assicurata, in un'attività adeguata (ovvero rispettosa dei limiti indicati dal perito dr. _____), presenti una capacità lavorativa completa (presenza e rendimento 100%). Va, inoltre, rilevato che la giurisprudenza federale ha, in maniera costante, già avuto modo di stabilire che nel mercato occupazionale aperto a personale non qualificato o semi qualificato, vi è una sufficiente offerta di occupazioni, in particolare nell'industria, in cui possono venir eseguite mansioni di sorveglianza e controllo, che non comportano aggravii fisici, che consentono il cambiamento frequente di posizione e che non richiedono necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale (cfr., tra le altre, STF 8C_563/2012 del 23 agosto 2012 consid. 3.3, che ha interamente confermato la STCA 35.2012.17 del 18 giugno 2012; 9C_635/2007 del 21 agosto 2008 consid. 3.3 e 9C_10/2007 del 26 marzo 2008 consid. 4.6.3). Secondo la giurisprudenza, se è vero che vanno indicate possibilità di lavoro concrete, all'amministrazione rispettivamente al giudice non vanno poste esigenze esagerate. È infatti sufficiente che gli accertamenti esperiti permettano di fissare in maniera attendibile il grado di invalidità. In proposito, va rilevato che il TF ha in particolare già ritenuto corretto il rinvio ad attività nel settore industriale e commerciale, composto di lavori leggeri di montaggio, compiti di controllo e sorveglianza che non comportano aggravii fisici, che consentono il cambiamento frequente di posizione e che non richiedono necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale (per es. attività d'incasso, d'assemblaggio, di confezione prodotti, di controllo ecc.; cfr. la già citata STF 8C_563/2012 del 23 agosto 2012, consid. 3.3 con riferimenti). 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 (DTF 110 V 276 consid. 4c; RCC 1991 pag. 332 consid. 3b; P. Omlin, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, Friburgo 1995, pag. 83) - che la ricorrente sia in grado di mettere a frutto la sua residua capacità lavorativa in attività professionali idonee. 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. Giova pure segnalare che, come già esposto al consid. 2.3, 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". 2.3.5. Si tratta ora di valutare le conseguenze economiche del danno alla salute dell'assicurata. Va qui ricordato che, secondo la giurisprudenza, per il raffronto dei redditi fa stato il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita (cfr. DTF 129 V 222; cfr., pure, STF del 26 giugno 2003 nella causa R. consid. 3.1, I 600/01, del 3 febbraio 2003 nella causa R., I 670/01 pubblicata in SVR 2002 IV Nr. 24, del 18 ottobre 2002 nella causa L. consid. 3.1, I 761/01 pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e del 9 agosto 2002 nella causa S. consid. 3.1, I 26/02; cfr., inoltre, STF del 13 giugno 2003 nella causa G. consid. 4.2, I 475/01). Vengono considerati i dati del 2013, visto che la stabilizzazione dello stato di salute dell'assicurata risale al 20 giugno 2013 (cfr. consid. 2.2.4.). 2.3.6. Per quanto concerne il reddito da valido, nella decisione su opposizione impugnata l'assicuratore infortuni resistente, modificando quanto precedentemente considerato nella decisione del 25 giugno 2018, ha riconosciuto che, senza il danno alla salute infortunistico, l'assicurata, nel 2013, presso i suoi due precedenti datori di lavoro, avrebbe realizzato, secondo quanto indicato dai datori di lavoro stessi, un guadagno di fr. 22'002.50 (occupazione al 50%) presso l'_____ (cfr. doc. Z216.3) e fr. 9'492.60 (occupazione al 12%) presso il _____ (doc. 5). Di conseguenza, l'assicuratore LAINF ha calcolato che il reddito da valida dell'assicurata debba ammontare a fr. 50'798.50 (fr. 22'002.50 + 9'492.60 / 62% x 100%) (cfr. doc. A2). Con il ricorso, il legale dell'assicurata ha contestato il calcolo eseguito dall'amministrazione, rilevando come gli importi considerati dall'assicuratore LAINF non siano stati, a torto, adeguati al rincaro. A suo avviso, il reddito da valido dovrebbe essere pari a fr. 52'673.98 (doc. I). In sede di risposta di causa, l'assicuratore infortuni, accogliendo parzialmente l'obiezione del patrocinatore dell'assicurata a proposito del mancato adeguamento al rincaro del reddito che l'interessata avrebbe potuto percepire da sana presso l'_____ - a differenza di quello quale dipendente del _____, già riferito al 2013 - ha nuovamente calcolato il reddito da valido, stabilendolo in fr. 52'121.30 (fr. 22'822.60 + 9'492.60 / 62% x 100%) (cfr. doc. VII). Il TCA ritiene corretto tale ammontare. 2.3.7. Per quanto concerne 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 TF 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.

E. 10

giugno 2020; 8C_765/2019 del 10 giugno 2020; 8C_9/2020 del 10 giugno 2020; A. Bernasconi, "8C_9/2020 du 10 juin 2020 - Abattement sur le revenu d'invalides selon l'ATF 126 V 75" in SZS/RSAS 1/2021, pag. 49). Il "reddito da invalido" di fr. 51'797.52 (cfr. consid. 2.3.8.), tenuto conto di una decurtazione sociale del 5%, ammonta dunque a fr. 49'207.65. 2.3.11. Il grado di invalidità della ricorrente (stabilito confrontando i fr. 49'207.65 annui al reddito che ella avrebbe potuto conseguire se non fosse intervenuto il danno alla salute infortunistico, e cioè fr. fr. 52'121.30 annui) è del 6% ($[52'121.30 - 49'207.65] \times 100 : 52'121.30 = 5.59\%$ arrotondato al 6% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121). A ragione, dunque, l'assicuratore infortuni non ha riconosciuto all'assicurata il diritto ad una rendita, non raggiungendo il grado d'invalidità la soglia pensionabile del 10%.

E. 44

LPGA, gode di piena forza probatoria, a condizione che non esistano indizi concreti che ne mettano in dubbio l'affidabilità (cfr. STF 8C_862/2014 del 2 aprile 2015 consid. 3.2 e riferimenti ivi citati), circostanza quest'ultima che, come verrà esposto qui di seguito, non si verifica nel caso di specie - ha giudicato stabilizzato lo stato di salute dell'interessata, con riferimento al ginocchio sinistro, dal 20 giugno 2013.

Il dr. _____ ha spiegato, in maniera motivata, le ragioni della propria valutazione, indicando che la data stabilita corrisponde al momento a partire dal quale lo stesso Prof. dr. _____, con referto del 20 giugno 2013, aveva posto termine alle cure, reputando la situazione del ginocchio stabile e aggiungendo che non vi fossero misure chirurgiche suscettibili di ulteriormente migliorare la situazione (cfr. doc. 13).

Ad analoghe conclusioni era giunto il Prof. dr. _____ anche nel referto del 26 settembre 2013, nel quale lo specialista in chirurgia ortopedica e traumatologia aveva ribadito che, a più di un anno dall'intervento di plastica del legamento, non vi erano ulteriori possibilità chirurgiche suscettibili di migliorare la situazione (doc. 14).

Il TCA non ha elementi oggettivi per rimettere in discussione l'apprezzamento del perito dr. _____, ritenuto come dalla documentazione medico-specialistica prodotta dal legale della ricorrente in sede ricorsuale e in corso di causa emerga, in maniera inequivocabile, il carattere conservativo dei provvedimenti (misure di rinforzo muscolare ed eventualmente approccio infiltrativo) suggeriti dal Prof. dr. _____.

È lo stesso chirurgo ortopedico, difatti, a espressamente qualificare i trattamenti ancora possibili come conservativi, indicando, nel referto del 9 ottobre 2019, di avere discusso con la paziente delle possibilità terapeutiche spiegandole che per il momento sono piuttosto indicate delle misure conservative quali il rinforzo muscolare o eventualmente l'approccio infiltrativo (cfr. doc. A3 - il corsivo è della redattrice), e, nel referto del 1° settembre 2020, confermando che da un punto di vista pratico, attualmente, sono indicate piuttosto misure conservative con sempre esercizi di rinforzo muscolare ed eventualmente approccio infiltrativo (doc. XI/1 - il corsivo è della redattrice).

Non permette di giungere ad una diversa conclusione neppure il fatto che l'assicurata potrebbe dovere, in futuro, essere sottoposta ad ulteriori interventi chirurgici.

Così come opportunamente indicato dal dr. _____ nell'apprezzamento peritale dell'11 maggio 2018, la futura indicazione a delle misure terapeutiche fisiche, medicamentose o anche chirurgiche dovrà venire valutata, se del caso, in funzione dell'evoluzione del quadro clinico, rispettivamente dei reperti oggettivabili (doc. ZM67 pag. 14).

Evidentemente ciò non esclude che, qualora dovesse emergere un peggioramento dello stato di salute dell'interessata con riferimento al ginocchio sinistro, questo possa essere oggetto di esame da parte dell'assicuratore LAINF nell'ambito di una ricaduta.

Da notare, al riguardo, che il dr. _____, rispondendo al quesito peritale 5.2.1. concernente la presenza di fattori estranei all'infortunio che possano avere influito almeno con probabilità preponderante sui postumi infortunistici, ne ha categoricamente escluso l'esistenza per quanto riguarda le alterazioni strutturali riscontrate al ginocchio sinistro.

Il dr. _____, per contro, ha messo in evidenza il fatto che sussistano indizi evocatori della presenza di un potenziale substrato reumatologico suscettibile di correlare almeno parzialmente con il carattere dei disturbi tuttora risentiti dalla signora RI 1 (cfr. doc. ZM67, pag. 13, corsivo della redattrice), ciò che non è, tuttavia, sufficiente per considerare data la necessaria causalità tra questi disturbi e l'infortunio.

2.3. Diritto alla rendita d'invalidità?

2.3.1. Secondo 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.

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 RAMI 2004 U 529, citata in precedenza, ha rilevato che anche l'art. 16 LPGA non ha modificato le modalità per la fissazione del grado di invalidità dell'assicurato previsto dai previgenti art. 28 cpv. 2 LAI e art. 18 cpv. 2 seconda frase LAINF.

Nella stessa pronunzia la nostra Corte federale ha quindi concluso che anche in ambito LAINF la giurisprudenza relativa ai concetti di incapacità lavorativa, incapacità al guadagno e invalidità continua a mantenere la sua validità anche in seguito all'introduzione

della LPGA.

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 (fattore causale). Nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni deve esserci per giunta un nesso causale, naturale ed adeguato, tra il danno alla salute e l'infortunio.

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, STF I 871/02 del 20 aprile 2004 e STF 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).

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.

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.

Ciò nondimeno, se il danno alla salute non è tale da imporre un cambiamento di professione, il giudizio sull'incapacità lavorativa non esprimerà valori superiori all'incapacità lavorativa indicata dal medico. Questo perché si suppone che esplicando tutto l'impegno professionale che la restante capacità lavorativa medico-teorica ancora permette di sviluppare, l'assicurato esprima una capacità di guadagno della medesima proporzione (cfr. RAMI 1993 U 168, p. 100; DTF 114 V 313 consid. 3b; STCA del 21 marzo 1995 nella causa S. F., 31 maggio 1995 nella causa E. D., 7 giugno 1995 nella causa M. Z., 26 febbraio 1996 nella causa G. P.).

2.3.2. Nel caso concreto, litigiosa è la valutazione dell'esigibilità lavorativa.

Secondo l'■Istituto assicuratore convenuto, in base all'■apprezzamento peritale del dr. _____, l'■assicurata sarebbe da ritenere completamente abile al lavoro in attività sostitutive adeguate.

Secondo la ricorrente, invece, la sua abilità lavorativa risulterebbe limitata anche nello svolgimento di attività leggere adeguate, e ciò facendo capo principalmente a quanto attestato dal Prof. dr. _____ nelle sue certificazioni agli atti.

Il TCA constata che la decisione su opposizione qui impugnata trova il proprio fondamento, per quanto riguarda l'■apprezzamento dell'■esigibilità lavorativa, nel rapporto peritale del dr. _____ dell'■11 maggio 2018.

In quell'■occasione, il perito si è così espresso a proposito dell'■esigibilità lavorativa:

"()

8. Domande concernenti impedimenti rilevanti e durevoli per un'■invalidità nella professione:

quali carichi corporali/attività/lavori l'■assicurata non potrà più eseguire in maniera durevole a causa dei postumi d'■infortunio?

8.1.1 Nella sua attuale professione di ausiliaria di pulizie/cameriera ai piani?

Presenza di limitazioni nello svolgimento di attività lavorative che comportano delle sollecitazioni prolungate sotto carico del ginocchio sinistro.

8.1.2. Qual è la percentuale di questi impedimenti in rapporto ad un'■attività al 100%?

Con riferimento agli aspetti di pertinenza ortopedica riconducibili all'■evento del 31.7.2009, nello svolgimento dell'■attività di ausiliaria di pulizie/cameriera ai piani, la signora RI 1 risulta essere inabile al lavoro nella misura di 1/3.

8.2. In un'■altra attività?

Capacità lavorativa completa nello svolgimento di attività leggere con possibilità di cambiamento regolare della posizione senza sollecitazioni prolungate sotto carico del ginocchio sinistro.■ (Doc. ZM67 pag. 15)

Tale valutazione è stata contestata dal legale dell'■assicurata, il quale ha fondato le proprie obiezioni ricorsuali sul referto medico del 9 ottobre 2019 relativo alla visita medica eseguita il giorno stesso dal Prof. dr. _____. Quest'■ultimo, in anamnesi, ha indicato che l'■assicurata ■fatica sempre più a fare le scale e a camminare a lungo. Il perimetro di marcia è ridotto a circa 30 minuti. Camminare su terreno irregolare oppure in discesa le risulta anche difficile. Quando rimane in piedi a lungo presenta tumefazione e dolori al ginocchio che in seguito persistono per vari giorni■ (doc. A3).

Chiamato dall'■assicuratore infortunati ad esprimersi riguardo alle critiche ricorsuali avanzate dall'■avv. RA 1, il medico fiduciario dell'■amministrazione, dr. _____, con presa di posizione dell'■8 luglio 2020 ■ citata anche nella risposta di causa, nella quale sono stati riportati per esteso alcuni stralci - ha osservato:

Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10 p. 33 ss. e RAMI 1999 U 356 p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e,

infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità.

Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento.

In una sentenza 8C_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465 consid. 4.4 e consid. 4.7, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve, a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti.

Trattandosi invece di perizie affidate dagli assicuratori sociali a medici esterni all'amministrazione o a servizi specializzati indipendenti in ossequio alla procedura di cui all'art. 44 LPGA, esse godono di piena forza probatoria, a condizione che non esistano indizi concreti che ne mettano in dubbio l'affidabilità (cfr. STF 8C_839/2016 del 12 aprile 2017 consid. 3.2 e 8C_862/2014 del 2 aprile 2015 consid. 3.2 e riferimenti ivi citati).

Per quel che concerne il valore probante di un rapporto medico, determinante è che esso sia completo sui temi sollevati, che sia fondato su esami approfonditi, che tenga conto delle censure sollevate dalla persona esaminata, che sia stato redatto in piena conoscenza dell'anamnesi, che sia chiaro nella presentazione del contesto medico e che le conclusioni dell'esperto siano motivate (cfr. SVR 2002 IV Nr. 21 p. 63; DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191 ss.; DTF 122 V 160 ss., consid. 1c e riferimenti).

L'elemento rilevante per decidere circa il valore probante, non è né l'origine del mezzo di prova né la sua designazione quale rapporto oppure quale perizia, ma semplicemente il suo contenuto (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti).

È infine utile osservare che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va, tuttavia, precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (cfr. STF I 811/03 del 31 gennaio 2005, consid. 5 in fine; STF I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV Nr. 10 p. 35 consid. 4b).

2.3.4. Nella concreta evenienza, questa Corte ritiene di poter senz'altro confermare la decisione dell'amministrazione di considerare l'assicurata, tenuto conto unicamente dei postumi infortunistici al ginocchio sinistro, in grado di svolgere, a tempo pieno e con unrendimento completo, delle attività sostitutive adeguate, rispettose delle sue limitazioni funzionali, così come valutato nel referto peritale dell'11 maggio 2018 dal dr.

_____.

A tale proposito, occorre sottolineare il valore probatorio che riveste tale perizia, eseguita nel rispetto della procedura di cui all'art. 44 LPG, la quale può, quindi, essere rimessa in discussione, come ricordato sopra (cfr. consid. 2.3.3.), solo in presenza di indizi concrete che mettano in dubbio l'affidabilità.

Evenienza che non si realizza, tuttavia, a mente di questo Tribunale, nel caso di specie.

Al contrario, va sottolineato come le limitazioni funzionali indicate dal Prof. dr. _____ coincidono perfettamente con quelle poste dal dr. _____ e confermate e condivise dal dr. _____.

Il Prof. dr. _____, difatti, ha precisato che l'assicurata riscontra difficoltà nel fare le scale e nel camminare a lungo, soprattutto su terreno irregolare o in discesa, e non può rimanere in piedi a lungo (cfr. doc. A3). Egli ha poi aggiunto che l'interessata possa svolgere delle attività leggere, con pause frequenti, con possibilità di cambiare posizione e che siano prevalentemente da svolgere in posizione seduta (cfr. doc. XI/1).

Analoghe limitazioni sono state riconosciute dal perito dell'amministrazione, il quale ha proprio indicato che le attività esigibili dall'interessata devono essere leggere, con possibilità di cambiamento regolare della posizione, senza sollecitazioni prolungate sotto carico del ginocchio sinistro. (Doc. ZM67 pag. 15)

Ora, benché le critiche ricorsuali del legale dell'interessata a proposito del referto peritale del dr. _____ avrebbero dovuto essere oggetto di disamina da parte dello stesso perito incaricato dall'amministrazione e non, invece, di una presa di posizione da parte di un medico interno (cfr. sul tema, STCA 35.2019.104 del 22 settembre 2020 consid. 2.9.; STCA 35.2019.90 del 27 aprile 2020 consid. 2.8.), il TCA non ha motivo per rimettere in discussione il parere del dr. _____, stante la sostanziale uniformità delle limitazioni funzionali espresse dal perito e dal medico fiduciario dell'amministrazione, da un canto, e dal Prof. dr. _____, dall'altro.

Stante la natura delle limitazioni espresse dal perito ortopedico, del tutto sovrapponibili a quelle poste anche dal chirurgo ortopedico dell'assicurata, il TCA non può che considerare la differente percentuale di capacità lavorativa residua in attività adatte posta dal Prof. dr. _____ - senza particolari motivazioni che possano giustificarla - unicamente come una diversa valutazione delle conseguenze che le patologie dell'interessata hanno sulla sua capacità di lavoro.

Non va, inoltre, dimenticato che nel caso di specie occorre tenere conto unicamente dei postumi oggettivi infortunistici presenti al ginocchio sinistro, ma non delle altre diagnosi (sospetto di artrite anchilosante; fibromialgia), per le quali il dr. _____ ha esplicitamente escluso l'esistenza di un nesso causale secondo probabilità preponderante, esprimendosi a favore di un solo potenziale substrato reumatologico suscettibile di correlare almeno parzialmente con il carattere dei disturbi tuttora risentiti dalla signora RI 1 (doc. ZM67, p. 13 il corsivo è della redattrice).

L'esigibilità lavorativa posta dal perito, oltre a non essere stata smentita tramite elementi oggettivi concreti, risulta plausibile anche alla luce dei precedenti giurisprudenziali, riguardanti assicurati che accusavano limitazioni nell'utilizzo degli arti inferiori (cfr. a questo proposito, STCA 35.2019.48 del 16 ottobre 2019, riguardante un assicurato, nato nel 1965, il quale, a seguito di una caduta, aveva riportato una distorsione del ginocchio destro, con rottura del crociato anteriore e del menisco mediale, a seguito della quale si era

sottoposto il giorno stesso ad una plastica legamentare del crociato anteriore e, successivamente, a due artroscopie, il quale è stato ritenuto pienamente abile al lavoro nello svolgimento di attività leggere e sedentarie; vedi anche STCA 35.2017.76 del 4 ottobre 2018, consid. 2.3.3, e rinvii giurisprudenziali ivi citati; STCA 35.2017.111 del 20 giugno 2018, consid. 2.4.5, e rinvii giurisprudenziali ivi citati; STCA 35.2018.45 del 21 febbraio 2019, consid. 2.9.4 e rinvii ivi citati, confermata con STF 8C_211/2019 del 14 agosto 2019). Alla luce di 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 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 l'assicurata, in un'attività adeguata (ovvero rispettosa dei limiti indicati dal perito dr. _____), presenti una capacità lavorativa completa (presenza e rendimento 100%). Va, inoltre, rilevato che la giurisprudenza federale ha, in maniera costante, già avuto modo di stabilire che nel mercato occupazionale aperto a personale non qualificato o semi qualificato, vi è una sufficiente offerta di occupazioni, in particolare nell'industria, in cui possono venir eseguite mansioni di sorveglianza e controllo, che non comportano aggravii fisici, che consentono il cambiamento frequente di posizione e che non richiedono necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale (cfr., tra le altre, STF 8C_563/2012 del 23 agosto 2012 consid. 3.3, che ha interamente confermato la STCA 35.2012.17 del 18 giugno 2012; 9C_635/2007 del 21 agosto 2008 consid. 3.3 e 9C_10/2007 del 26 marzo 2008 consid. 4.6.3).

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.

In una sentenza 32.2007.165 del 7 aprile 2008 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.

Nella DTF 129 V 472 consid. 4.2.2, l'Alta Corte ha verificato, in base a una valutazione statistica compiuta dall'INSAI, che il salario medio risultante dalle DPL si situava soltanto leggermente sotto quello secondo l'ISS (in questo senso, si veda pure la STF 8C_647/2013 del 4 giugno 2014 consid. 7.2).

Con comunicazione del 19 ottobre 2018, l'INSAI ha informato il Tribunale federale e tutti i Tribunali cantonali delle assicurazioni che, a partire dal 1° gennaio 2019, avrebbe cessato di utilizzare le DPL e avrebbe applicato unicamente i dati statistici RSS (cfr. STF8C_368/2018 del 28 marzo 2019 consid. 4.3).

Nella decisione su opposizione impugnata (cfr. doc. A2) e, poi, in sede di risposta di causa, l'amministrazione ha spiegato le ragioni che ostano al riconoscimento di un parallelismo dei redditi, rilevando che:

Per quanto riguarda la questione del gap salariale, va rilevato che, in una sentenza 8C_141/2016, 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). Giova qui pure ricordare che questa Corte non ha applicato alcuna riduzione a titolo di gap salariale nella STCA 35.2017.121 del 20 marzo 2018, consid. 2.2.6, considerato che in quel caso i dipendenti della società (nazionale) in questione sottostavano a un proprio contratto collettivo di lavoro e venivano retribuiti nel rispetto dei salari minimi ivi previsti.

Nel caso concreto, il TCA condivide le considerazioni espresse dall'amministrazione a proposito del fatto che il reddito da valido fissato per l'assicurata non risulti inferiore ai salari minimi previsti dai contratti collettivi nazionali di categoria per le attività svolte dall'interessata, e ciò con riferimento anche ai CCL in vigore nel 2013 (anno di riferimento nella fattispecie qui in esame).

Il legale dell'assicurata, del resto, non ha fornito elementi che possano dimostrare il contrario.

Il patrocinatore della ricorrente ha contestato l'ammontare di tale riduzione percentuale, ritenendo che l'amministrazione non avesse motivo alcuno per ritornare sulla deduzione del 10% già accordata con la decisione del 25 giugno 2018.

Le circostanze evidenziate con il ricorso non appaiono atte, come ben spiegato dall'amministrazione nella risposta di causa, a giustificare una più ampia riduzione percentuale. In proposito, va rilevato che il TF 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).

D'altra parte, 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 d'istruzione particolare (cfr., in questo senso, la DTF 137 V 71 consid. 5.3. e SVR 2002 Nr. UV 15 p. 49 consid. 3b; RCC 1991 p. 332 consid. 3b; STF 8C_709/2008 del 3 aprile 2009 consid. 2.3.). Un discorso analogo vale anche per l'assenza di esperienza in taluni ambiti di attività (cfr. STF 8C_103/2018 del 25 luglio 2018 consid. 5.2, 9C_467/2012 del 25 febbraio 2013 consid. 4.3.2).

Infine, in una sentenza 8C_610/2017 del 3 aprile 2018 consid. 4.4, l'Alta Corte ha stabilito che, tenuto conto delle disposizioni dell'Allegato I all'ALC, un lavoratore cittadino di uno Stato membro non è a priori svantaggiato rispetto a un lavoratore svizzero in ragione della sua nazionalità e del suo statuto di frontaliere (cfr. pure la STCA 35.2018.96 del 12 dicembre 2018, consid. 2.7).

Tale soluzione si impone a maggior ragione, alla luce della più recente giurisprudenza federale (cfr. STF 8C_730/2019 del 10 giugno 2020; 8C_765/2019 del 10 giugno 2020; 8C_9/2020 del 10 giugno 2020; A. Bernasconi, 8C_9/2020 du 10 juin 2020 - Abatement sur le revenu d'invalide selon l'ATF 126 V 75 in SZS/RSAS 1/2021, pag. 49).

Il "reddito da invalido" di fr. 51'797.52 (cfr. consid. 2.3.8.), tenuto conto di una decurtazione sociale del 5%, ammonta dunque a fr. 49'207.65.

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