

## **TI\_GERICHTE 35.2022.27 vom 22. August 2022**

TI Tribunale d'appello, 2022-08-22, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_35.2022.27](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2022.27)

FR: TI\_GERICHTE 35.2022.27 du 22 août 2022

IT: TI\_GERICHTE 35.2022.27 del 22 agosto 2022

### **Regeste**

Corretta la decisione con la quale l'Istituto assicuratore ha rifiutato di assegnare una rendita di invalidità. Pure corretta l'entità dell'IMI attribuita

### **Erwägungen**

#### **E. 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. 2.2.2. 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, 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). 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

TF 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 (STF 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, pag. 97 ss., 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; STF 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.

2.2.3. Per costante giurisprudenza, l'assicurazione per l'invalidità non è vincolata alla valutazione dell'invalidità dell'assicurazione contro gli infortuni e viceversa (cfr. STF 9C\_529/2010 del 24 gennaio 2011; sentenza U 148/06 del 28 agosto 2007, consid. 6, pubblicata in DTF 133 V 549, consid. 6; STF 9C\_594/2016 del 18 novembre 2016, consid. 2.4; SVR 2016 UV Nr. 26 c. 2.2; STF 9C\_243/2017 del 2 giugno 2017, consid. 4.1; STF 9C\_170/2017 dell'8 agosto 2017 consid. 4.4; STF 9C\_422/2017 del 18 maggio 2018 consid. 2.2; STF 9C\_341/2019 del

5 settembre 2019, consid. 3.1 e rinvii ivi citati; STF 8C\_563/2020 del 7 dicembre 2020, consid. 4.2.5; STF 8C\_19/2021 del 27 aprile 2021, consid. 6; STF 8C\_374/2021 del 13 agosto 2021 consid. 5.6; STF 8C\_291/2021 del 12.10.2021 e STF 8C\_382/2021 del 19.10.2021; fra le tante, cfr. STCA 32.2019.47 del 24 febbraio 2020, consid. 2.6; STCA 32.2020.25 del 2 ottobre 2020, consid. 2.6 e STCA 35.2020.51 dell'8 febbraio 2021, consid. 2.5).

2.2.4. Dal profilo medico, l'insorgente ha contestato la valutazione medica operata dall'amministrazione, ritenendo la perizia del dr. \_\_\_\_\_, esperto reumatologo, insufficiente vista l'esistenza della diagnosi di CRPS, la quale, a suo modo di vedere, impone un approfondimento di natura neurologica e psichiatrica (doc. I). Di parere opposto l'assicuratore infortuni, il quale ha rilevato come controparte non abbia minimamente comprovato, dal profilo medico, mediante adeguata documentazione specialistica a sostegno delle proprie obiezioni, l'invocata necessità di eseguire ulteriori accertamenti specialistici. Chiamato a pronunciarsi, il TCA concorda con l'amministrazione. L'insorgente non ha, infatti, apportato alcuna documentazione medica specialistica atta a contestare le conclusioni, debitamente motivate, del perito, ma si è unicamente limitata ad affermare che la grave sindrome dolorosa regionale complessa le causa disturbi a livello somatico e psichico; che le affezioni somatiche sono cronicizzate e che non v'è alcuna possibilità di miglioramento, nonché che le importanti dosi di medicinali che assume per contrastare il dolore danno luogo a implicazioni invalidanti. Ora, l'esistenza della CRPS ("Complex regional pain syndrome") non è stata messa in dubbio dall'assicuratore LAINF, ma anzi, al contrario, è stata espressamente riconosciuta dal dr. \_\_\_\_\_ tra le diagnosi che affliggono l'assicurata e, di conseguenza, debitamente considerata dal perito nella valutazione della capacità lavorativa residua. Quanto alla pretesa necessità di una perizia pluridisciplinare (ortopedica, neurologica, reumatologica e psichiatrica) che esamini la diagnosi in questione e le sue ripercussioni sulla capacità lavorativa dell'interessata, questo Tribunale evidenzia - come peraltro correttamente rilevato dall'Istituto assicuratore - che la questione, posta nei medesimi termini, è già stata affrontata e risolta nella STCA 32.2021.64 del 18 ottobre 2021, cresciuta incontestata in giudicato, nella quale questa Corte ha già riconosciuto pieno valore probante alle conclusioni del dr. \_\_\_\_\_, in assenza di elementi medico specialistici di senso contrario. Nella medesima pronuncia, dopo avere riscontrato una palese assenza di una patologia psichiatrica, così come accertato dallo specialista del SMR, questo Tribunale ha pure avallato la valutazione medica del dr. \_\_\_\_\_ di una piena capacità lavorativa dell'assicurata in attività adatte, motivo per il quale non occorre dilungarsi oltre sull'argomento. La pretesa esistenza di impedimenti medici del 20% nello svolgimento di attività adatte, invocata in sede ricorsuale in maniera puramente ipotetica e senza il supporto di idonea documentazione specialistica in tal senso, non può pertanto essere condivisa dal TCA.

2.2.5. Si tratta ora di valutare le conseguenze economiche del danno alla salute infortunistico. Preliminarmente va 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). Nel caso di specie sono quindi determinanti, come correttamente ritenuto dall'amministrazione, i dati del 2020, essendo stato ritenuto lo stato di salute stabilizzato a partire dal 31 dicembre 2019.

2.2.6. Per quanto concerne il reddito da valido, secondo l'assicuratore infortuni resistente, nella decisione

avversata, senza il danno alla salute infortunistico, l'assicurata, nel 2020, avrebbe percepito uno stipendio mensile di fr. 4'400, versato per 13 mensilità, per un totale annuo di fr. 57'200 secondo le indicazioni fornite dal datore di lavoro. Questo dato - non contestato dall'insorgente - può senz'altro essere fatto proprio da questa Corte. 2.2.7. Per quanto concerne il reddito da invalido, secondo l'assicuratore infortuni resistente, nella decisione avversata, con il danno alla salute infortunistico, l'interessata, nel 2020, avrebbe realizzato un guadagno annuo lordo di fr. 55'719. Il salario da invalido è stato quantificato tramite i dati pubblicati dall'Ufficio federale di statistica, attraverso la propria pubblicazione "Rilevazione svizzera della struttura dei salari 2018", aggiornati nominalmente al 2020. L'allora patrocinatore dell'insorgente, con il ricorso, ha contestato la mancata applicazione al reddito da invalido di una deduzione sociale, a suo modo di vedere giustificata dal fatto che ella può svolgere solo attività leggere e per contingenze particolari. A questo proposito il TCA osserva che la ricorrente non ha comprovato che vi siano circostanze eccezionali in un mercato equilibrato del lavoro che nella fattispecie permetterebbero di affermare che ella subisca uno svantaggio tale da trovarsi in una situazione inferiore alla media. Pertanto, una deduzione dal reddito da invalida, basato esclusivamente sulle limitazioni derivanti dal danno alla salute, non può essere in concreto concessa (cfr. STF 8C\_730/2019 del 10 giugno 2020; 8C\_765/2019 del 10 giugno 2020). Ella è infatti in grado comunque di svolgere delle attività semplici contemplate dai settori della produzione e dei servizi previste nella Tabella TA1 edita dall'Ufficio federale di statistica, livello di competenze 1, visto che un numero significativo di queste attività sono di natura leggera, permettono di alternare la posizione e sono pertanto adatte al danno alla salute che impone di lavorare seduta in posizione alternata. Le limitazioni funzionali le permettono di eseguire mansioni non qualificate, semplici e ripetitive, che non comportano aggravii fisici e che consentono il cambiamento frequente di posizione. Inoltre, considerato che la capacità lavorativa del 100% in attività adeguate tiene già conto della limitazione, per l'insorgente, di potere sollevare pesi soltanto fino a 10 kg, non è dunque possibile accordare una deduzione per attività leggere come preteso con il ricorso. Confrontando quindi il reddito "da invalido" di fr. 55'719 con il relativo reddito "da valido" di fr. 57'200, si ottiene un grado d'invalidità del 2.59% ( $(57'200 - 55'719) \times 100 : 57'200$ ) arrotondato al 3% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121. A ragione, dunque, l'Istituto assicuratore ha rifiutato all'assicurata il diritto ad una rendita LAINF. La decisione della CO 1 va, di conseguenza, confermata. 2.3. Entità dell'indennità per menomazione all'integrità. 2.3.1. Giusta l'art. 24 cpv. 1 LAINF, l'assicurato ha diritto a un'equa indennità se, in seguito all'infortunio, accusa una menomazione importante e durevole all'integrità fisica o mentale, precisando per il resto che l'IMI, oltre ad essere assegnata in forma di prestazione in capitale e a non dovere superare l'ammontare massimo del guadagno annuo assicurato all'epoca dell'infortunio, è scalata secondo la gravità della menomazione (art. 25 cpv. 2 LAINF). Giova inoltre ribadire che, secondo l'art. 36 OAINF, emanato in conformità alla delega di competenza di cui all'art. 25 cpv. 2 LAINF (DTF 124 V 29), una menomazione dell'integrità è considerata durevole se verosimilmente sussisterà per tutta la vita almeno con identica gravità ed è importante se l'integrità fisica o mentale, indipendentemente dalla capacità di guadagno, è alterata in modo evidente o grave (cpv. 1). Infine, l'IMI è calcolata secondo le direttive figuranti nell'allegato 3 e se più menomazioni all'integrità fisica o mentale, causate da uno o più infortuni, sono concomitanti, l'indennità è calcolata in base al pregiudizio complessivo (art. 36 cpv. 2 e cpv. 3 prima frase OAINF; STCA 32.2012.4 del 3 aprile 2013, consid. 2.5).

2.3.2. Nella concreta evenienza, nella decisione avversata l'Istituto assicuratore ha

assegnato un'IMI del 15%, basata sulla valutazione peritale del dr. \_\_\_\_\_. In sede ricorsuale, l'allora patrocinatore dell'insorgente ha postulato il riconoscimento di un'IMI del 30%, per tenere conto dei peggioramenti futuri e delle affezioni di natura neurologica e psichica (cfr. doc. I). Nella risposta di causa, l'Istituto assicuratore ha evidenziato come l'insorgente si limiti a sovrapporre il proprio parere alla valutazione medica fornita dall'esperto dell'amministrazione, senza tuttavia fornire alcuna documentazione medica a sostegno di quanto preteso (doc. V). Il TCA concorda con l'Istituto assicuratore. In assenza di adeguata documentazione medico specialistica in grado di rimettere in discussione quanto valutato dal dr. \_\_\_\_\_, la decisione su opposizione mediante la quale l'Istituto assicuratore convenuto ha assegnato all'interessata il diritto a un'indennità per la menomazione all'integrità del 15% merita conferma in questa sede. 2.4. L'art. 61 lett. a LPGA, in vigore fino al 31 dicembre 2020, prevedeva che la procedura deve essere semplice, rapida, di regola pubblica e gratuita per le parti; la tassa di giudizio e le spese di procedura possono tuttavia essere imposte alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. In data 1° gennaio 2021 è entrata in vigore una modifica della LPGA. L'art. 61 lett. a LPGA prevede ora unicamente che la procedura deve essere semplice, rapida e, di regola pubblica. Dalla medesima data è entrato in vigore l'art. 61 lett. f bis LPGA secondo cui in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. Secondo l'art. 82a LPGA (Disposizione transitoria, cfr. RU 2021 358), ai ricorsi pendenti dinanzi al tribunale di primo grado al momento dell'entrata in vigore della modifica del

## **E. 21**

giugno 2019 si applica il diritto anteriore. In concreto, il ricorso è del 9 marzo 2022 per cui si applica la nuova disposizione legale. Trattandosi di una controversia relativa a prestazioni LAINF, il legislatore non ha previsto di prelevare le spese. Sul tema, cfr. anche STF 9C\_368/2021 del 2 giugno 2022; STF 9C\_13/2022 del 16 febbraio 2022; STF 9C\_394/2021 del 3 gennaio 2022; STF 8C\_265/2021 del 21 luglio 2021 (al riguardo cfr. Ares Bernasconi, Actualités du TF, 8C\_265/2021 du 21 juillet 2021 - frais judiciaires pour les tribunaux cantonaux des assurances selon la révision de la LPGA du 21 juin 2019, in SZS/RSAS 2/2022 pag. 107). Ciò rende priva d'oggetto la richiesta dell'assicurata di essere posta al beneficio dell'assistenza giudiziaria da intendersi, dopo la rinuncia al mandato da parte del precedente patrocinatore (cfr. consid. 1.7.), unicamente quale esonero dal pagamento delle spese di giustizia.

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