

TI_GERICHTE 35.2022.59 vom 14. November 2022

TI Tribunale d'appello, 2022-11-14, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2022.59

FR: TI_GERICHTE 35.2022.59 du 14 novembre 2022

IT: TI_GERICHTE 35.2022.59 del 14 novembre 2022

Regeste

Discussa eziologia, infine negata, disturbi interessanti arti inferiori, bacino, rachide toracale e lombare. Negato che disturbi psichici costituiscono conseguenza adeguata dell'infortunio assicurato. Negato diritto a rendita d'invalidità

Erwägungen

E. 27

maggio 2022) poiché, come dichiarato dall'CO 1 in una comunicazione dell'8 giugno 2020 al TCA, l'incarto sub judice è stato trattato dalla funzionaria che figura nell'intestazione degli allegati prodotti (in concreto, dall'avv. _____), senza che la giurista di lingua italiana figlia del Giudice Ivano Ranzanici se ne sia in alcun modo occupata (cfr. STF 8C_668/2021 del 18 febbraio 2022 consid. 2.1). nel merito 2.2. In concreto, l'oggetto della lite è circoscritto al diritto a una rendita d'invalidità a dipendenza dei postumi del sinistro del giugno 2019. Preliminarmente, questa Corte è tuttavia chiamata a esaminare se l'assicuratore resistente era legittimato a negare la propria responsabilità a proposito dei disturbi interessanti gli arti inferiori, il bacino e il rachide toracale e lombare, come pure di quelli psichici, oppure no. 2.3. Secondo l'art. 6 cpv. 1 LAINF, per quanto non previsto altrimenti dalla legge, le prestazioni assicurative sono effettuate in caso d'infortuni professionali, d'infortuni non professionali e di malattie professionali. 2.4. Il diritto alle prestazioni risultante da un infortunio assicurato presuppone l'esistenza di un nesso di causalità naturale tra l'evento dannoso e il danno alla salute. Questa condizione è adempiuta qualora si possa ammettere che, senza l'evento infortunistico, il danno alla salute non si sarebbe potuto verificare o non si sarebbe verificato nello stesso modo. Non occorre, invece, che l'infortunio sia stato la sola o immediata causa del danno alla salute; è sufficiente che l'evento, se del caso unitamente ad altri fattori, abbia comunque provocato un danno all'integrità corporale o psichica dell'assicurato, vale a dire che l'evento appaia come una conditio sine qua non del danno. È questione di fatto lo stabilire se tra evento infortunistico e danno alla salute esista un nesso di causalità naturale; su detta questione amministrazione e giudice si determinano secondo il principio della probabilità preponderante - insufficiente essendo l'esistenza di pura possibilità - applicabile generalmente nell'ambito dell'apprezzamento delle prove in materia di assicurazioni sociali (DTF 142 V 435 consid. 1; 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3). Se un infortunio ha semplicemente scatenato un processo che sarebbe comunque insorto anche senza questo evento, il nesso di causalità naturale tra i disturbi accusati dall'assicurato e l'infortunio deve essere negato se lo stato morboso preesistente è ritornato ad essere quello che era prima dell'infortunio (status quo ante) oppure se ha raggiunto lo stadio che sarebbe prima o poi subentrato anche senza l'infortunio (status quo sine) (RAMI 1992 U 142 p. 75 consid. 4b; A. Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, p. 469; U. Meyer-Blaser, Die

Zusammenarbeit von Richter und Arzt in der Sozialversicherung, in Bollettino dei medici svizzeri 71/1990, p. 1093). 2.5. Il diritto alle prestazioni assicurative presuppone pure l'esistenza di un nesso di causalità adeguata tra l'evento dannoso e il danno alla salute. In caso di danno alla salute fisica, il nesso di causalità adeguata è generalmente ammesso, dal momento in cui è accertata la causalità naturale (cfr. DTF 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103). Per contro, la giurisprudenza ha elaborato più criteri per valutare l'adeguatezza del nesso di causalità tra un infortunio e dei disturbi psichici sviluppati successivamente dalla vittima. Essa ha dapprima classificato gli infortuni in tre categorie, a seconda della dinamica: gli infortuni insignificanti o leggeri (per esempio, una caduta o scivolata banale), gli infortuni di media gravità e gli infortuni gravi. Per procedere a tale classificazione, non si deve considerare il modo in cui l'infortunio è stato vissuto dall'interessato ma piuttosto l'evento traumatico in quanto tale da un punto di vista oggettivo. In presenza di un infortunio di media gravità, occorre prendere in considerazione un certo numero di criteri, di cui i più importanti sono: - le circostanze concomitanti particolarmente drammatiche o la particolare spettacolarità dell'infortunio; - la gravità o particolare caratteristica delle lesioni lamentate, segnatamente la loro idoneità, secondo l'esperienza, a determinare disturbi psichici; - la durata eccezionalmente lunga della cura medica; - i disturbi somatici persistenti; - la cura medica errata che aggrava notevolmente gli esiti dell'infortunio; - il decorso sfavorevole della cura e le complicazioni rilevanti intervenute; - il grado e la durata dell'incapacità lavorativa dovuta alle lesioni fisiche. Non in ogni caso è necessario che tutti i criteri appena menzionati siano presenti. La presenza di un unico criterio può bastare per ammettere l'adeguatezza del nesso di causalità quando l'infortunio va classificato fra quelli al limite della categoria degli eventi gravi. Per contro, in presenza di un infortunio che si situa al limite di quelli insignificanti o leggeri, le circostanze da considerare devono cumularsi oppure rivestire un'importanza particolare affinché si possa ammettere il carattere adeguato del nesso di causalità (DTF 115 V 140s., consid. 6c/aa e bb e 409s., consid. 5c/aa e bb, 117 V 384, consid. 4c; RAMI 2002 U 449, p. 53ss. consid. 4a). 2.6. Disturbi agli arti inferiori, al bacino e al rachide toracale e lombare: causalità con l'infortunio del 26 giugno 2019? 2.6.1. In concreto, dalla decisione formale, poi confermata in sede di opposizione, si apprende che l'istituto resistente ha rifiutato di assegnare all'assicurata una rendita d'invalidità, negando l'eziologia infortunistica ai disturbi interessanti gli arti inferiori, il bacino e la colonna toracale e lombare, disturbi inquadrati nella diagnosi di una fibromialgia estranea all'evento traumatico occorso nel giugno 2019 (doc. 310, p. 2). Il provvedimento risulta essenzialmente fondato sul parere espresso in proposito dai medici fiduciari dell'amministrazione. In effetti, con apprezzamento 22 novembre 2021, il dott. _____, spec. FMH in neurologia, attivo presso il Centro di _____ di _____, ha rilevato che, immediatamente dopo l'evento in discussione, non sono stati documentati indizi a favore di una patologia infortunistica riguardante il sistema nervoso centrale o periferico. A margine delle prime cure prestate il giorno stesso del sinistro, a fronte di deficit della sensibilità interessanti bilateralmente le estremità superiori, non è stata posta alcuna diagnosi infortunistica a livello del rachide cervicale. Retrospectivamente, in presenza di preesistenti alterazioni degenerative con canale spinale stretto e segni di una mielopatia a livello di C4/C5 refertati a margine della degenza presso l'Ospedale di _____, può essere condivisa la diagnosi formulata dal medico _____ di peggioramento transitorio provocato dall'infortunio di una mielopatia C4/C5. Dopo l'intervento del 25 novembre 2019 con decompressione anteriore e artrodesi C4/C5, è intervenuto un miglioramento della sintomatologia clinica. In occasione dell'ultima

valutazione neurologica da parte del dott. _____, sono ancora stati rilevati dei lievi segni di una mielopatia cervicale con deficit della sensibilità al braccio sinistro. Una patologia infortunistica intracranica/intracerebrale è stata esclusa grazie alla RMN del 4 giugno 2021. Rispondendo quindi alle domande postegli dall'amministrazione, il neurologo fiduciario ha dichiarato stabilizzato lo stato di salute infortunistico e negato l'esistenza d'impedimenti nell'esercizio di un'attività lavorativa tenuto conto di una lieve sintomatologia sensitiva con disestesie e ipoestesie dei polpastrelli delle dita I e II della mano sinistra, con la precisazione che le limitazioni derivanti dalle alterazioni ossee del rachide cervicale avrebbero dovuto essere valutate da un traumatologo/chirurgo infortunistico, rispettivamente dal medico _____ (cfr. doc. 265). La visita di chiusura ha avuto luogo il 15 dicembre 2021 a cura del dott. _____, spec. in chirurgia ortopedica e traumatologia. In quell'occasione, il medico _____ ha diagnosticato un politrauma con contusione delle ginocchia, ferite multiple lacero-contuse a livello del dorso del naso e della fronte, frattura pluriframmentaria della piramide nasale, frattura etmoidale e della parete mediale del seno mascellare destro, disestesie urenti agli arti superiori e ipostenia plurisegmentale maggiore e distalmente al braccio di sinistra per sindrome centro midollare da mielopatia cervicale acuta posttraumatica in stenosi del canale cervicale con/su stato dopo intervento otorinolaringoiatrico di riduzione della frattura delle ossa nasale e setto il 1° luglio 2019, stato dopo intervento di artrodesi C4-C5 e decompressione anteriore il 25 novembre 2019 su diagnosi di discopatia degenerativa C4-C5 associata a mielopatia, stato dopo intervento di rino-settoplastica funzionale aperta, intervento funzionale endoscopico del 7 luglio 2021 su diagnosi di deviazione del setto nasale con irregolarità sul dorso nasale, probabilmente dovuto a delle cicatrici e rottura di cartilagine a sinistra più che a destra, nonché – diagnosi non di pertinenza infortunistica – una sindrome fibromialgica. Il dott. _____ ha precisato che la sintomatologia residuale agli arti inferiori, al bacino e alla colonna toracale e lombare non era imputabile all'infortunio ma piuttosto a una sindrome fibromialgica (anch'essa estranea al trauma). Egli ha infine definito l'esigibilità lavorativa, tenuto conto unicamente della ridotta mobilità del rachide cervicale e del deficit sensitivo all'arto superiore sinistro (cfr. doc. 281). Unitamente all'impugnativa e in corso di causa, il rappresentante dell'assicurata ha prodotto nuova documentazione medica, specificatamente delle certificazioni della dott.ssa _____, specialista in neurologia a _____. Con quella datata 19 luglio 2022, la neurologa ha affermato che RI 1 soffre degli "esiti di mielopatia cervicale/lombo-sciatalgia insorti dopo il segnalato incidente del 26 giugno 2019 che ha comportato 4 interventi chirurgici. La paziente non presenta alcun miglioramento clinico, nonostante la FKT in corso e l'utilizzo di svariati farmaci (FANS e steroidi). I sintomi lamentati sono tali da essere considerati non più modificabili e quindi sequele e come tali qualsiasi trattamento diventa "palliativo", generando un ulteriore stato di sconforto nella paziente. Paziente depressa, seguita da specialista psichiatra, reattiva alle condizioni cliniche, insonnia causata dai dolori diffusi e da incubi.". La specialista ha peraltro rinunciato a disporre ulteriori visite e/o approfondimenti diagnostici, così come ulteriori terapie (cfr. doc. A 5). Con rapporto del 16 settembre 2022, la dott. _____ ha confermato che l'insorgente "... riporta dirette conseguenze legate al incidente del 26/6/2019. Le patologie, dopo questa data, sono: mielopatia cervicale acuta, lombo-sciatalgia, fibromialgia diffusa in tutto il corpo con forti dolori invalidanti, ipoestesia e disestesia alle mani, è presente fascite plantare ad entrambi i piedi. La paziente continua terapia antidolorifica e FKT a causa di algie importanti irreversibili al punto che ogni trattamento è palliativo. Tutto questo

determina inabilità lavorativa e limitazione in tutte le cose della vita semplice quotidiana, che ha portato a uno stato di depressione, la paziente in cura con terapia psicofarmacologica. Tale affermazione viene confermata dal collega _____ psichiatra della paziente.” (doc. VI 1). Le considerazioni enunciate dalla specialista curante sono state criticamente commentate dalla dott.ssa _____, spec. in neurologia. Ella ha rilevato che i disturbi descritti dalla dott.ssa _____ - mielopatia cervicale acuta, lombo-sciatalgia, fibromialgia a tutto il corpo con importanti dolori invalidanti, ipoestesia e disestesia a entrambe le mani, dolori alla pianta dei piedi - sono diffusi e non sono imputabili a una sindrome deficitaria neurologica. La lombo-sciatalgia è stata refertata in occasione della consultazione del maggio 2022 presso la Clinica _____. Nel relativo rapporto essa non è stata meglio definita per quanto riguarda il lato (destro oppure sinistro) e la radice interessata. Peraltro, l’affezione in questione non ha trovato riscontro negli esami neurologici eseguiti presso l’_____ e la dott.ssa _____ e non può pertanto essere imputata all’infortunio. I postumi residuali della mielopatia cervicale, così come refertato dal dott. _____ già nel mese di settembre 2021, non possono più essere definiti come “acuti”. In genere, viene descritto come “acuto” uno stato che esiste “al momento” e che persiste al massimo per 3-14 giorni, mentre si definisce “cronico” uno stato che può durare per mesi oppure anni. Sempre secondo la dott.ssa _____, in concreto si tratta piuttosto di postumi lievi interessanti la sensibilità in presenza di una cronica degenerazione del rachide cervicale. A proposito infine della diagnosi di fibromialgia ritenuta dalla dott.ssa _____, la neurologa fiduciaria ha osservato che si tratta di una patologia di pertinenza reumatologica/neurologica, non causata da un infortunio. I disturbi denunciati dalla ricorrente (dolori diffusi, disturbi del sonno, ...) sono in parte coerenti con questa affezione, di modo che è difficile delimitare i diversi quadri patologici (doc. IX 1).

2.6.2. 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; 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, 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, durante la procedura amministrativa, a medici esterni all'amministrazione o a servizi specializzati indipendenti, esse godono 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). 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).

2.6.3. Con l'impugnativa e in corso di causa, il rappresentante della ricorrente non ha sollevato alcuna specifica obiezione a proposito della valutazione del dott. _____ secondo cui i disturbi interessanti gli arti inferiori, il bacino e la colonna toracale e lombare, non costituiscono una conseguenza naturale dell'evento traumatico del giugno 2019. Egli si è invero limitato a fare riferimento alla documentazione medica prodotta (cfr. doc. I e doc. XI). Attentamente vagliato l'insieme della documentazione a sua disposizione, questo Tribunale ritiene che i pareri dei dottori _____, _____ e _____, specialisti proprio nelle materie che qui interessano, possano validamente servire da base al giudizio che è ora chiamato a rendere. Del resto, il valore probatorio attribuito ai loro apprezzamenti non risulta sminuito dalla documentazione medica richiamata dal patrocinatore dell'assicurata nel quadro della procedura giudiziaria. Da un lato, i referti dello psichiatra curante trattano della problematica psichica e, pertanto, va loro negata ogni rilevanza a proposito della questione riguardante la natura dei disturbi qui in discussione. Da parte sua, la dott.ssa _____ si è di fatto limitata a elencare le problematiche che la sua paziente ha denunciato dopo l'evento traumatico del 26 giugno 2019, senza però minimamente approfondire l'aspetto eziologico. Al riguardo, è peraltro utile ricordare che la regola del "post hoc ergo propter hoc" (dopo questo, dunque a causa di questo) non ha valenza scientifica. La giurisprudenza federale ha stabilito che per il solo fatto d'essere insorto dopo l'infortunio, un disturbo alla salute non può già essere ritenuto una sua conseguenza. Tale argomento è insostenibile dal profilo della medicina infortunistica e inammissibile da quello probatorio (cfr. STF 8C_725/2012 del 27 marzo 2013 consid. 7.2.2: "Der Versicherte argumentiert weiter, "woher sonst, wenn nicht vom Unfall aus dem Jahre 1993, kommen die erwähnten Beschwerden an der linken oberen Extremität?" Die mit dieser rhetorischen Frage angerufene Beweisregel "post hoc ergo propter hoc" (vgl. BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 341 f.) ist jedoch praxisgemäss unfallmedizinisch nicht haltbar und beweisrechtlich nicht zulässig, ..."; STF 8C_245/2017 dell'8 agosto 2017; STF 8C_230/2017 del 22 giugno

2017). In conclusione, in esito alle considerazioni che precedono, si ritiene dimostrato, perlomeno con il grado della verosimiglianza preponderante, caratteristico del settore della sicurezza sociale (cfr. DTF 125 V 195 consid. 2 e riferimenti; cfr., pure, Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 320 e Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Zurigo 2003, p. 343), che i disturbi a gli arti inferiori, al bacino e alla colonna toracale e lombare non costituiscono una conseguenza naturale dell'evento assicurato.

2.7. Disturbi psichici: causalità con l'infortunio del 26 giugno 2019? 2.7.1. Dalla decisione su opposizione impugnata si evince che l'CO 1 ha negato che la problematica psichica presentata dall'insorgente – un disturbo post-traumatico da stress persistente, secondo lo psichiatra curante dott. _____ (cfr., ad esempio, il doc. VII 1) – costituisca una conseguenza adeguata dell'evento traumatico del giugno 2019. Classificato il sinistro, tutt'al più, nella categoria degli infortuni di media gravità in senso stretto, l'assicuratore ha ritenuto inadempiti tutti i criteri di rilievo sviluppati dalla giurisprudenza federale (cfr. supra, consid. 2.5.). L'amministrazione ha peraltro lasciato aperta la questione di sapere se tra l'infortunio e la problematica psichica esistesse una relazione di causalità naturale (cfr. doc. 319, p. 6 s.). Da parte sua, facendo capo al parere dello psichiatra curante, il patrocinatore fa valere che le turbe psichiche sarebbero conseguenza naturale del sinistro assicurato (cfr. doc. I e doc. VII). Con l'allegato del 17 ottobre 2022, preso atto che la valutazione dell'adeguatezza è di natura squisitamente giuridica, il rappresentante della ricorrente ha chiesto che sia il Tribunale aa esprimersi "... in favore della causalità tra la patologia psichiatrica odierna e l'incidente del 26.06.2019", precisato comunque che "la patologia psichica è sorta a seguito dell'infortunio che ha causato e che causa tutt'oggi "algie importanti irreversibile, al punto che ogni trattamento è palliativo" come scrive la dott.ssa _____." (doc. XI, p. 2).

2.7.2. Chiamato ora a pronunciarsi, il TCA condivide il procedere seguito dall'CO 1, consistente nel procedere innanzitutto a valutare l'esistenza di un nesso di causalità adeguata tra i disturbi psichici e l'evento traumatico accaduto il 26 giugno 2019, lasciando aperta la questione di sapere se le turbe psichiche costituiscono una conseguenza naturale del sinistro assicurato. Nell'esaminare l'adeguatezza del legame causale in relazione all'evento del giugno 2019, bisogna in primo luogo procedere alla classificazione di quest'ultimo. Per quanto riguarda la sua dinamica, dal rapporto di audizione del 12 febbraio 2020 risulta la seguente descrizione: " (...) Mi trovavo in vacanza in _____ e mentre stavo camminando lungo un marciapiede non mi ero accorta della presenza di due gambe in marmo porgenti dal terreno, gambe su cui doveva esserci una panca. Ero finita per urtare una di queste gambe con le ginocchia, finendo per catapultarmi con il volto sull'altra gamba sporgente." (doc. 76) Secondo la giurisprudenza, per classificare l'infortunio in una delle tre categorie, ci si deve unicamente fondare, da un punto di vista oggettivo, sull'evento infortunistico in quanto tale. Sono determinanti le forze generate dall'infortunio e non le conseguenze che ne sono derivate. La gravità delle lesioni riportate – che costituisce l'uno dei criteri oggettivi per giudicare il carattere adeguato del nesso di causalità – deve essere presa in considerazione in questa fase unicamente nella misura in cui fornisce un'indicazione circa le forze in gioco al momento del sinistro (cfr. STF 8C_663/2019 del 9 giugno 2020 consid. 4.3.2; 8C_567/2017 del 12 marzo 2018 consid. 5.1 e riferimenti ivi menzionati). Tenuto conto della dinamica dell'evento in oggetto, il TCA ritiene che l'assicurata sia rimasta vittima di un infortunio di media gravità al limite di quelli leggeri. A titolo di confronto, va segnalato che l'Alta Corte federale ha proceduto a un'identica classificazione nella sentenza 8C_649/2021 del 29 settembre 2022

consid. 4.3, concernente un'assicurata che era scivolata sul marciapiede gelato e aveva battuto a terra la guancia sinistra procurandosi una frattura pluriframmentaria delle tre pareti del seno mascellare e del pavimento dell'orbita sinistra, in quella 8C_277/2019 del 22 gennaio 2020 consid. 4, riguardante un assicurato che, nel trasportare un radiatore, era inciampato su dei tubi ed era caduto all'indietro, riportando una frattura da compressione della limitante superiore del corpo vertebrale di L3 con inclusione discale, come pure in quella 8C_355/2007 del 16 maggio 2008 consid. 3.4, concernente la passeggera di un bus che, a causa di una brusca frenata del mezzo, aveva battuto il viso contro una parete di vetro, lamentando contusioni multiple e una distorsione del rachide cervicale. Il TFA (dal 1° gennaio 2007: TF) ha considerato addirittura di grado leggero l'evento traumatico in cui un'assicurata, nel praticare l'inlineskate, era caduta battendo a terra la schiena e la testa (cfr. STFA U 345/04 del 18 ottobre 2005 consid. 2.2), come pure quello in cui un muratore, che con la mano destra trasportava una cassetta per gli attrezzi e in quella sinistra un rotolo di cavo, era scivolato su un pezzo di polistirolo e aveva perso l'equilibrio (cfr. STFA U 66/05 del 17 agosto 2005 consid. 6.3). In quest'ultima pronunzia, la Corte federale ha ricordato di aver pure giudicato leggero l'inciampare e cadere per strada battendo faccia e ginocchio per terra (STFA U 367/01 del 21 marzo 2003) e lo scivolare su una lastra di ghiaccio, il cadere sulla schiena e il battere la testa per terra (STFA U 78/02 del 25 febbraio 2003, parzialmente pubblicata in SVR 2003 UV n. 12 p. 35 ss.). In presenza di un infortunio di media gravità al limite della categoria inferiore, il giudice è tenuto a valutare le circostanze connesse con l'infortunio, secondo i criteri elaborati dal Tribunale federale e qui evocati al consid. 2.5. Per ammettere l'adeguatezza del nesso causale, è necessario che un fattore fosse presente in maniera particolarmente incisiva oppure l'intervento di più criteri. In una sentenza 8C_897/2009 del 29 gennaio 2010 consid. 4.5, pubblicata in SVR 10/2010 UV 25 p. 100 ss., il TF ha ribadito che - in caso di infortuni di media gravità ma che si trovano al limite della categoria di quelli leggeri -, devono essere adempiuti quattro dei sette criteri di rilievo, affinché possa essere riconosciuta l'esistenza del nesso causale adeguato. A titolo di premessa, occorre osservare che nell'apprezzamento dell'adeguatezza del nesso di causalità in materia di turbe psichiche, vanno considerati unicamente i disturbi di natura somatica che si trovano in una relazione di causalità, naturale e adeguata, con il sinistro assicurato (cfr. RAMI 1999 U 341 p. 409 e RAMI 1993 U 166, p. 94 consid. 2c e riferimenti). Sempre in questo contesto, va precisato che i disturbi che si impongono come somatici, ma che non possono però essere spiegati a sufficienza dal profilo organico, non devono essere presi in considerazione (cfr. STF 8C_1044/2010 del 12 maggio 2011 consid. 4.4.4: "Die als körperlich imponierenden organisch jedoch nicht hinreichend erklärbaren Beschwerden sind bei einer Prüfung der Adäquanz nach BGE 115 V 133 nicht in die Beurteilung einzubeziehen (Urteil 8C_825/2008 vom 9. April 2009 E. 4.6)."). Se ne deduce che, nel caso di specie, l'adeguatezza deve dunque essere giudicata facendo astrazione dalle turbe psichiche, così come dai disturbi riguardanti gli arti inferiori, il bacino e la colonna toracale e lombare, i quali, inquadrati nella diagnosi di fibromialgia, sono estranei all'infortunio accaduto nel giugno 2019 (cfr. supra, consid. 2.6.3.). Per quanto concerne la dinamica dell'evento traumatico (in sostanza l'assicurata è inciampata in un manufatto sporgente dal marciapiede ed è caduta in avanti dalla propria altezza), alla luce della casistica in materia di cadute, l'evento occorso all'insorgente non risulta né particolarmente drammatico né spettacolare per come si è svolto. È utile precisare che, secondo la giurisprudenza, il criterio in questione è da valutare oggettivamente e non in base alle sensazioni soggettive, rispettivamente ai sentimenti di paura provati dalla persona assicurata. In ogni infortunio di

media gravità è insita una certa spettacolarità, la quale non è tuttavia ancora sufficiente per ritenere adempiuto il criterio (STF 8C_560/ 2015 del 29 aprile 2016, consid. 4.4.1 e rinvii; DTF 137 V 199 consid. 3.5.1 non pubblicato). Occorre considerare la dinamica dell'infortunio in quanto tale e non il danno alla salute che ne è conseguito. Non si tiene conto del successivo processo di guarigione (STF 8C_738/2011 del 3 febbraio 2012, consid. 7.3.1). Quelle riportate dalla ricorrente – un trauma facciale accompagnato da diverse ferite lacero-contuse e fratture, come pure una preesistente mielopatia C4/C5 resa sintomatica dall'infortunio, la cui sintomatologia è migliorata decisamente grazie all'intervento eseguito nel novembre 2019 - non costituiscono lesioni organiche gravi o particolarmente idonee a provocare un'elaborazione psichica abnorme. A proposito di questo criterio, la giurisprudenza ha precisato che il fatto che le conseguenze infortunistiche abbiano costretto l'assicurato a cambiare professione, non basta per ritenerlo soddisfatto. Inoltre, il criterio in questione implica l'esistenza di lesioni fisiche gravi o, trattandosi della loro particolare natura, delle lesioni interessanti organi ai quali l'uomo attribuisce una particolare importanza soggettiva come ad esempio la perdita di un occhio oppure la mutilazione della mano dominante (STF 8C_566/2013 del 18 agosto 2014, consid. 6.2.2). Pure inadempito è il criterio della cura medica errata che aggrava notevolmente gli esiti dell'infortunio. Dalla documentazione a disposizione non emerge infatti alcun elemento a favore di una cura errata dei postumi infortunistici. Questo Tribunale ritiene che non si possa nemmeno pretendere che la cura medica dipendente dall'evento infortunistico sia stata eccezionalmente lunga. Dagli atti di causa emerge infatti che all'iniziale degenza presso l'Ospedale di _____ (26 – 27 giugno 2019), durante la quale i sanitari hanno prestato le prime cure, ne ha fatto seguito una seconda, durata dal 29 giugno al 10 luglio 2019, presso l'Ospedale di _____, dove la ricorrente è stata sottoposta a un intervento otorinolaringoiatrico di riduzione di frattura delle ossa nasali e del setto (doc. 26). Dal 24 al 28 novembre 2019, l'assicurata è rimasta degente presso la Clinica _____ di _____, i cui sanitari hanno proceduto, senza complicazioni, a un intervento di decompressione e artrodesi anteriore C4-C5 (doc. 64). In ragione dell'esistenza di una deviazione del setto nasale con irregolarità sul dorso nasale, in data 7 luglio 2021, RI 1 ha subito una (ultima) operazione di rinoplastica (degenza 7-10 luglio 2021 presso l'Ospedale _____ di _____ – cfr. doc. 232). Per il resto, le cure prestate all'insorgente sono consistite essenzialmente in accertamenti diagnostici (clinici e strumentali), in visite ambulatoriali di controllo, nell'assunzione di farmaci analgesici e ansiolitici/antidepressivi, così come nell'esecuzione, sempre su base ambulatoriale, di cicli di fisioterapia. Ora, conformemente alla giurisprudenza, provvedimenti diagnostici e semplici visite di controllo (cfr. STF 8C_327/2008 del 16 febbraio 2009 consid. 4.2), come pure la somministrazione di farmaci antidolorifici (cfr. STF 8C_507/2010 del 18 ottobre 2010 consid. 5.3.4), non fanno parte della cura medica ai sensi del criterio in discussione. Inoltre, provvedimenti quali la fisioterapia, la chiropratica, l'agopuntura, la terapia cranio-sacrale, l'osteopatia, nonché le sedute di neuropsicologia/psicoterapia, non possono essere definiti come particolarmente gravosi (cfr. STF 8C_726/2010 del 19 novembre 2010 consid. 4.1.3 e 8C_655/2010 del 15 novembre 2010 consid. 4.2.4 e riferimenti). Il TF ha del resto deciso in questo senso in una sentenza 8C_401/2009 del 10 settembre 2009 consid. 3.4.3, riguardante un assicurato, vittima di un trauma distorsivo cervicale, che aveva beneficiato, oltre a una terapia antidolorifica medicamentosa, di una riabilitazione stazionaria e di fisioterapia ambulatoriale, nonché, in seguito, anche di cure psichiatriche/psicoterapiche, e in una sentenza 8C_387/2011 del 20 settembre 2011 consid. 3.3.3, concernente un assicurato,

vittima di un incidente stradale con commotio cerebri e contusione del rachide lombare, il cui trattamento era consistito essenzialmente in controlli presso il medico curante e in sedute di fisioterapia. L'Alta Corte ha ritenuto che nemmeno la degenza in clinica nel periodo 20 novembre 2007-17 gennaio 2008, la seguente ergoterapia ambulatoriale e l'ulteriore ospedalizzazione dal 20 luglio al 21 agosto 2008, potevano giustificare la realizzazione di questo criterio, precisato che per la realizzazione del criterio della specifica cura medica protratta e gravosa, la prassi pone delle esigenze decisamente più elevate. Da notare ancora che il TCA ne ha ammesso l'adempimento, ad esempio, nella STCA 35.2014.2 del 17 settembre 2014 consid. 2.12., riguardante un assicurato, vittima di un incidente della circolazione, le cui conseguenze avevano necessitato di ben dieci operazioni chirurgiche, l'ultima delle quali eseguita a distanza di sei anni e mezzo circa dall'evento traumatico. Nemmeno il criterio del decorso sfavorevole della cura e le complicazioni rilevanti intervenute, risulta soddisfatto in concreto. In merito è utile sottolineare che dalla cura medica e da notevoli disturbi non si può dedurre un decorso sfavorevole e/o delle complicazioni rilevanti. Sono inoltre necessarie delle circostanze particolari che hanno pregiudicato la guarigione, in concreto non ravvisabili. Sempre in questo contesto, va segnalato che, conformemente alla giurisprudenza federale, il fatto che, nonostante regolari terapie, l'assicurato lamenti ancora dolori e presenti ancora un'inabilità lavorativa, non basta per riconoscere questo criterio (cfr. STF 8C_613/2019 del 17 settembre 2020 consid. 6.4.3; 8C_249/2018 del 12 marzo 2019 consid. 5.2.5 e i riferimenti). In questo senso, il TF ha negato la realizzazione del criterio anche nel caso di un decorso indiscutibilmente protratto (cfr. STF 8C_402/2011 del 10 febbraio 2012 consid. 5.4), ad esempio nel caso di un assicurato la cui ricostruzione del dorso della mano aveva necessitato di ben cinque interventi chirurgici (cfr. STF 8C_175/2010 del 14 febbraio 2011 consid. 5.4 in fine). A prescindere dal fatto che, secondo la giurisprudenza, la persistenza dei dolori di per sé non basta per soddisfare il criterio in discussione, nella presente fattispecie va tenuto conto del fatto che la sintomatologia algica è stata ritenuta espressione di una fibromialgia, della quale, poiché di natura extra-infortunistica, non si può tener conto nella valutazione dell'adeguatezza giusta la DTF 115 V 133. In queste condizioni, può rimanere indeciso se sono soddisfatti il criterio dei dolori somatici persistenti e quello del grado e durata dell'incapacità lavorativa dovuta alle lesioni fisiche, poiché anche se ciò dovesse essere il caso, in presenza di un infortunio di media gravità al limite di quelli leggeri, la realizzazione di due criteri non potrebbe comunque giustificare l'adeguatezza del nesso di causalità (cfr. RDAT 2003 II n. 67 p. 276, U 164/02 consid. 4.7; RSAS 2001 p. 431, U 187/95). Si deve quindi concludere che le turbe psichiche non costituiscono una conseguenza adeguata dell'evento infortunistico assicurato. Facendo difetto l'adeguatezza, può essere lasciata aperta la questione relativa all'esistenza del nesso di causalità naturale tra l'infortunio e il danno alla salute (cfr., in proposito, STF 8C_289/2020 del 17 febbraio 2021 consid. 6.1; SVR 1995 UV 23, p. 67 consid. 3c; STF U 17/07 del 30 ottobre 2007, consid. 3, U 606/06 del 23 ottobre 2007, consid. 4 e U 299/05 del 28 maggio 2007, consid. 5.2). Non presta dunque il fianco a critiche il fatto che l'CO 1 abbia valutato il diritto a una rendita d'invalidità facendo astrazione (anche) dalla problematica psichica.

2.8. Diritto a una rendita d'invalidità? 2.8.1. Giusta l'art. 18 cpv. 1 LAINF, l'assicurato invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 10 per cento a seguito d'infortunio ha diritto alla rendita di invalidità. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. Il TF, in una sentenza U 192/03 del 22 giugno 2004, pubblicata in RAMI 2004 U 529, p. 572 ss., ha rilevato che l'art. 18 LAINF

rinvia direttamente all'art. 8 LPGA; l'art. 8 cpv. 1 LPGA, a sua volta, corrisponde al previgente art. 18 cpv. 2 prima frase LAINF, motivo per il quale occorre concludere che non vi sono stati cambiamenti di rilievo in seguito all'introduzione della LPGA. Da parte sua, l'art. 16 LPGA prevede, che per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato invalido potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido. L'Alta Corte, nella sentenza U 192/03 del 22 giugno 2004, citata in precedenza, ha rilevato che anche l'art. 16 LPGA non ha modificato la valutazione del grado di invalidità dell'assicurato previsto dai previgenti art. 28 cpv. 2 LAI e art. 18 cpv. 2 seconda frase LAINF. Nella stessa pronuncia la nostra Massima Istanza ha quindi concluso che in ambito LAINF la giurisprudenza relativa ai concetti di inabilità lavorativa, inabilità al guadagno e invalidità continua a mantenere la sua validità anche in seguito all'introduzione della LPGA. Su questi aspetti si veda pure la DTF 130 V 343. Due sono, dunque, di norma gli elementi costitutivi dell'invalidità: 1. il danno alla salute fisica o psichica (fattore medico) 2. la diminuzione della capacità di guadagno (fattore economico). Tra il danno alla salute e l'incapacità di guadagno deve inoltre intercorrere un nesso causale adeguato (fattore causale). Nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni deve esserci inoltre un nesso causale, naturale ed adeguato, tra il danno alla salute e l'infortunio.

2.8.2. 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, p. 97ss., consid. 5a, b). Nel valutare la possibilità di sfruttare la residua capacità lavorativa e tradurla in capacità di guadagno non si terrà conto di difficoltà contingenti del mercato del lavoro ma ci si collocherà nell'ipotesi di un mercato equilibrato, nella situazione, cioè, in cui offerta e domanda sostanzialmente si controbilancino (cfr. RAMI 1994 U 187, p. 90 consid. 2b; DTF 115 V 133; 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. STF 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. 2.8.3. In concreto, va rilevato che alla base della decisione dell'amministrazione di negare l'assegnazione di una rendita d'invalidità all'assicurata, vi sono gli apprezzamenti della capacità/esigibilità lavorativa enunciati dai propri medici fiduciari. Infatti, con apprezzamento del 22 novembre 2021, il neurologo dott. Schmidt ha affermato che, dal suo punto di vista, una lieve sintomatologia puramente sensitiva con disestesie e ipoestesie delle estremità delle dita I e II della mano sinistra, non è d'ostacolo all'esercizio di un'attività professionale (doc. 265, p.10). D'altra parte, a margine della visita di chiusura del 15 dicembre 2021, considerata soltanto la ridotta mobilità del rachide cervicale e il deficit sensitivo all'arto superiore sinistro, l'ortopedico dott. _____ ha dichiarato la ricorrente non più in grado di esercitare la sua precedente professione ma totalmente abile (tanto dal profilo del tempo che da quello del rendimento) in attività confacenti che abbiano le caratteristiche seguenti: " (...) Molto spesso può sollevare e portare pesi molto leggeri fino a 5 kg fino all'altezza dei fianchi,

talvolta sollevare e portare pesi tra i 5 e i 10 kg fino all'altezza dei fianchi, di rado sollevare e portare pesi tra i 10 e i 25 kg fino all'altezza dei fianchi. Spesso può eseguire lavori leggeri e di precisione, talvolta lavori medi, mai più lavori pesanti, lavoro manuale rozzo e molto pesante. Spesso può assumere la posizione di lunga durata seduta, di lunga durata in piedi, molto spesso una posizione di lunga durata a libera scelta. Molto spesso può camminare fino a 50 m, per lunghi tratti, talvolta camminare su terreno accidentato, molto spesso salire le scale. Uso delle due mani a condizione, possibile equilibrio e stare in equilibrio." (doc. 281, p. 9) Con la propria impugnativa, il rappresentante dell'assicurata contesta la valutazione dell'esigibilità lavorativa nella misura in cui l'amministrazione non ha preso in considerazione né la problematica psichica né i dolori che interessano gli arti inferiori, il bacino e la colonna toracale e lombare (cfr. doc. I, doc. VI, doc. VII e doc. XI). Secondo questo Tribunale, non vi è alcun valido motivo per negare un pieno valore probatorio alla valutazione dell'esigibilità lavorativa enunciata dai dottori _____ e _____. Del resto, l'obiezione sollevata dal patrocinatore dell'insorgente non appare fondata. In effetti, è già stato accertato che né i dolori a gli arti inferiori, al bacino e alla colonna toracale e lombare (cfr. supra, consid. 2.6.3) né la problematica psichica (cfr. supra, consid. 2.7.2.) costituiscono delle conseguenze dell'evento traumatico assicurato, ragione per la quale i medici fiduciari ne ha fatto giustamente astrazione. Sulla scorta di quanto appena esposto, richiamato l'obbligo che incombe alla persona assicurata di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer-Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, p. 57, 551 e 572; H. Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweiz. Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, p. 61; DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, p. 221), è da ritenere dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante che la ricorrente in un'attività adeguata (ovvero rispettosa dei limiti indicati dai fiduciari dell'amministrazione) presenta una capacità lavorativa completa (presenza e rendimento del 100%). Il TCA constata che il rappresentante non ha sollevato alcuna specifica obiezione a proposito degli aspetti economici legati alla determinazione del grado dell'invalidità (cfr. doc. I, doc. VI, doc. VII e doc. XI). Questa Corte può pertanto fare propri i dati – reddito da valido (fr. 59'360/anno) e da invalido (fr. 55'837/anno) – ritenuti dall'amministrazione (cfr. doc. 307). Ora, confrontando i redditi appena indicati, risulta che a causa delle conseguenze dell'evento infortunistico assicurato l'insorgente patisce una perdita di guadagno (arrotondata) del 6%, insufficiente per fondare il diritto a una rendita d'invalidità (cfr. supra, consid. 2.8.1.). La decisione su opposizione impugnata deve pertanto essere confermata. 2.9. 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 21 giugno 2019 si applica il diritto anteriore. In concreto, il ricorso è del 26 agosto 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_369/2022 del 19 settembre 2022; STF 9C_368/2021 del 2 giugno 2022; SVR 2022 KV Nr. 18 (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). Se ne deduce che ci si può esimere dal dare seguito alla richiesta ricorsuale tendente alla trasmissione al patrocinatore "... dell'apposito formulario per ottenere la dispensa delle spese giudiziarie" (doc. I, p. 4).

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