

TI_GERICHTE 35.2025.2 vom 21. August 2025

TI Tribunale d'appello, 2025-08-21, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2025.2

FR: TI_GERICHTE 35.2025.2 du 21 août 2025

IT: TI_GERICHTE 35.2025.2 del 21 agosto 2025

Regeste

Discussa la questione di sapere se i disturbi psichici costituivano una conseguenza adeguata dell'infortunio e l'entità della rendita d'invalidità tenuto conto dei soli postumi organici

Erwägungen

E. 23

maggio 2023 consid. 3.2.3, pubblicata in SVR 10/2023 UV n. 42 p. 149 ss.; 8C_75/2016 del 18 aprile 2016 consid. 4.2 e i riferimenti ivi citati; si veda pure la STF 8C_66/2021 del 6 luglio 2021 consid. 5.3.1). Fatta questa premessa, per valutare l'adeguatezza, occorre in primo luogo procedere alla classificazione dell'evento occorso all'assicurata il 15 aprile 2018. Dal rapporto 18 maggio 2018 della Polizia cantonale di _____ risulta quanto segue in merito alla dinamica dell'incidente della circolazione stradale che ha visto coinvolta la ricorrente: " (...) Objekt 1 [autoveicolo sul quale viaggiava RI 1, n.d.r.] fuhr auf der Allmendstrasse Richtung Ettenhausen mit ca. 40-50 km/h. Objekt 2 fuhr auf der Allmendstrasse Richtung _____. Objekt 1 kam aufgrund Vornehmen einer Verrichtung auf die Gegenfahrbahn und kollidierte mit dem korrekt fahrenden Objekt 2 frontal. Zwei Personen wurden bei der Kollision verletzt. An beiden Fahrzeugen entstand Sachschaden." (doc. 12, p. 7) Da notare che l'assicurata ha dichiarato che, al momento dello scontro, dormiva sul sedile posteriore dell'autovettura e, perciò, di non poter fornire informazioni circa la dinamica dell'incidente (doc. 12, p. 5). Dal rapporto di uscita dell'Ospedale _____, dove l'insorgente è rimasta degente durante il periodo 15-24 aprile 2018, risultano le diagnosi di frattura del complesso zigomatico-mascellare destro e di trauma toracico con fratture delle costole in serie (2-4) a destra, contusione polmonare a destra, nonché frattura da compressione della limitante superiore del corpo vertebrale di D5 (doc. 8, p. 1). Trattandosi degli altri due protagonisti, il primo (conducente del veicolo 1) è rimasto illeso, il secondo (conducente del veicolo 2) ha riportato solo lievi ferite (cfr. doc. 12, p. 6). 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. SVR 2023 UV n. 37 p. 131, 8C_698/2022 consid. 6.2 con riferimenti; DTF 140 V 356 consid. 5.1; STF 8C_596/2022 dell'11 gennaio 2023 consid. 4.4.1 e riferimenti; 8C_663/2019 del 9 giugno 2020 consid. 4.3.2; 8C_567/2017 del 12 marzo 2018 consid. 5.1 e riferimenti). Tenuto conto della dinamica del sinistro in oggetto, il TCA ritiene che l'assicurata sia rimasta vittima di un infortunio di media gravità in senso stretto, così come giustamente stabilito dall'amministrazione. A

titolo di confronto, va segnalato che l'Alta Corte federale ha proceduto a un'identica classificazione ad esempio in una sentenza 8C_131/2021 del 2 agosto 2021 consid. 6.2.1 e 6.2.2, concernente un assicurato il cui furgone si era scontrato frontalmente con un'autovettura che viaggiava in direzione opposta, la quale era finita sulla corsia di contromano. Entrambi i veicoli avevano subito un danno totale e per estrarre l'assicurato dall'abitacolo erano dovuti intervenire i pompieri. In base agli atti, la collisione era sicuramente stata violenta, benché non fosse stato possibile definire l'esatta velocità dei veicoli (60 km/h secondo l'assicurato, 60/70 km/h secondo colei che ha causato l'incidente). In quell'occasione, il TF ha inoltre indicato che, in sue precedenti pronunzie, collisioni avvenute a velocità paragonabili e pure maggiori, erano state qualificate quali infortuni di media gravità in senso stretto (" Sodann zeigt die vom kantonalen Gericht zitierte Kasuistik, dass das Bundesgericht Kollisionen mit vergleichbaren und auch höheren Geschwindigkeiten als mittelschwere Unfälle im engeren Sinn einstuft (vgl. die Praxisübersicht in der nicht publ. E. 3.4.1 des Urteils BGE 137 V 199 ; Urteil 8C_996/2010 vom 14. März 2011 E. 7.1 und 7.3). "). In tale eventualità, il giudice è tenuto a valutare le circostanze connesse con l'infortunio, secondo i criteri elaborati dal Tribunale federale e qui evocati al consid. 2.2.3. 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 2010 UV Nr. 25 p. 100 s., il TF ha ribadito che - in caso di infortuni che fanno parte della categoria di grado medio vera e propria -, devono essere adempiuti almeno tre dei 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) "). Alla luce della casistica in materia d'incidenti della circolazione, l'evento occorso all'insorgente non risulta né particolarmente drammatico né spettacolare per come si è svolto (in questo senso, si veda, ad esempio, la STF 8C_131/2021 citata in precedenza, consid. 6.4.2: " Es sind keine Umstände ersichtlich, mit denen sich dieses Kriterium begründen liesse. Entgegen dem Beschwerdeführer vermag daran auch nichts zu ändern, dass er im Fahrzeug eingeklemmt wurde. Das Kriterium wurde zu Recht verneint. "). 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). Può peraltro essere lasciata aperta la questione di sapere se il fatto che la ricorrente al momento della collisione dormisse e che perciò non ricordi nulla

dell'incidente, è atto a escludere a priori l'adempimento del criterio in discussione (su questo aspetto, si vedano le STF 8C_818/2015 del 15 novembre 2016 consid. 6; 8C_584/2010 dell'11 marzo 2011 consid. 4.3.2; 8C_624/2010 del 3 dicembre 2010 consid. 4.2.1). Per quanto concerne il fattore della gravità o della particolare caratteristica delle lesioni riportate, secondo gli specialisti dell' _____, in occasione dell'infortunio dell'aprile 2018, l'insorgente ha riportato una frattura complessa del complesso zigomatico-mascellare destro, un trauma toracico con frattura delle costole (2-4) a destra, una contusione polmonare a destra, nonché una frattura da impressione della limitante superiore del corpo vertebrale di D5 (doc. 303, p. 7). La degenza iniziale, a margine della quale l'assicurata è stata sottoposta a un intervento di riposizionamento, osteosintesi e inserimento di una piastra a livello orbitale destro (le altre sequele, segnatamente la frattura vertebrale, non hanno richiesto particolari terapie), è durata una decina di giorni (15-24 aprile 2018). A proposito del criterio in questione, la giurisprudenza ha precisato che il fatto che le conseguenze infortunistiche abbiano costretto l'assicurato a cambiare professione, non basta per ritenerlo soddisfatto. È necessaria l'esistenza di lesioni fisiche gravi o, trattandosi della loro particolare natura, di 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 (cfr. STF 8C_566/2013 del 18 agosto 2014 consid. 6.2.2). Stante quanto precede, secondo il TCA, in concreto non si può parlare di lesioni gravi o particolarmente caratteristiche (in questo senso, si vedano la STF 8C_651/2024 del 27 marzo 2025 consid. 5.4.3.3, riguardante un assicurato che, colpito da sconosciuti alla regione temporale destra con un oggetto contundente, aveva riportato una frattura zigomatica-mascellare scomposta con coinvolgimento del pavimento orbitario, la STF 8C_565/2022 del 23 maggio 2023 consid. 4.2.4, concernente un assicurato che a seguito di un incidente della circolazione stradale, aveva lamentato la frattura dell'osso proprio del naso e la frattura composta della parete anteriore e laterale del seno mascellare e la STF 8C_705/2020 del 28 aprile 2021 consid. 6.2, riguardante un assicurato vittima di un'aggressione da parte di un amico, che aveva riportato fratture multiple a livello del naso, del setto e del pavimento orbitario). 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 delle sequele infortunistiche di natura organica, ciò che anche il patrocinatore della ricorrente riconosce esplicitamente (cfr. doc. I, p. 8). Questo Tribunale ritiene che non si possa neppure sostenere che la cura medica dipendente dall'evento infortunistico sia stata eccezionalmente lunga. Dagli atti di causa emerge infatti che, a parte l'iniziale degenza (15-24 aprile 2018) presso la Clinica di chirurgia della mano e plastica dell'Ospedale _____, nel corso della quale è stato praticato un solo intervento chirurgico (cfr. doc. 8), le cure prestate alla ricorrente si sono sempre svolte su base ambulatoriale e sono consistite essenzialmente in accertamenti diagnostici (clinici e strumentali), in consultazioni specialistiche, in visite di controllo, nell'assunzione di farmaci analgesici/antinfiammatori, antiepilettici, ansiolitici e antidepressivi, così come nell'esecuzione di fisioterapia, di ergoterapia e di psicoterapia. La degenza del giugno-luglio 2023 (cfr. doc. I, p. 8) presso la Clinica _____, nella misura in cui mirava a un trattamento multimodale integrato psichiatrico-psicoterapico e a un'ottimizzazione della psicofarmacoterapia (cfr. doc. 333, p. 6), non può essere presa in considerazione nella valutazione dell'adeguatezza del nesso causale in applicazione della psico-prassi. 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. Laddove il patrocinatore dell'insorgente fa valere che il criterio qui in esame sarebbe soddisfatto per il motivo che la necessità di una cura medica è a tutt'oggi ancora data, trascorsi oltre 6 anni dal sinistro (cfr. doc. I, p. 8), va precisato che, secondo la giurisprudenza federale, l'aspetto temporale non è in quanto tale decisivo, mentre bisogna considerare la natura e l'intensità della cura medica e se ci si deve attendere un miglioramento dello stato di salute della persona assicurata (cfr., fra le tante, la DTF 148 V 138 consid. 5.3.1; STF 8C_585/2017 del 16 ottobre 2018 consid. 6.3). In questo contesto, va rilevato che, in base alle conclusioni dei periti _____, dal profilo somatico la stabilizzazione dello stato di salute infortunistico è intervenuta a distanza di 12 mesi dall'infortunio, i provvedimenti da loro proposti mirando a prevenire peggioramenti (cfr. doc. 303, p. 7 e 15 s.). D'altro canto, posto che vanno qui considerate esclusivamente le conseguenze organiche dell'infortunio, non si può tenere conto del fatto che, sempre secondo gli specialisti _____, una prosecuzione delle cure psichiatriche e psicoterapiche risulterebbe medicalmente indicata (cfr. doc. 303, p. 7 e 15 s.). Anche il criterio del decorso sfavorevole della cura e le complicazioni rilevanti intervenute non è adempiuto. In merito è utile sottolineare che dalla cura medica e dai notevoli disturbi non si può dedurre un decorso sfavorevole e/o delle complicazioni rilevanti. Sono inoltre necessarie delle circostanze particolari che hanno pregiudicato la guarigione, in casu inesistenti. L'assunzione di molti medicinali e l'esecuzione di diverse terapie non basta per ammettere questo criterio. Lo stesso vale per il fatto che, nonostante regolari terapie, l'assicurato lamenta ancora disturbi e non ha raggiunto una (completa) capacità lavorativa (cfr. STF 8C_80/2009 del 5 giugno 2009 consid. 6.5 e riferimenti). Nella presente fattispecie, dalla perizia amministrativa elaborata dall'_____ emerge in modo chiaro che se, nonostante i trattamenti terapeutici ai quali è stata sottoposta, la ricorrente ha continuato a lamentare disturbi, soprattutto a livello del rachide toracale, è perché si è nel frattempo sovrapposta una problematica di natura psichica (cfr. doc. 303, p. 13: "Aus orthopädischer Sicht ergibt sich der Eindruck einer Inkonsistenz zwischen den subjektiv beklagten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden im Sinne einer Symptomverdeutlichung der BWS-Beschwerden. Die Explorandin schildert eine sehr

ausgeprägte und unspezifische Berührungsempfindlichkeit im Bereich der gesamten BWS, die in dieser Ausprägung anhand objektivierbarer Befunde nicht nachvollziehbar und plausibel begründbar sind. Klinisch und radiologisch liegen keine orthopädischen Pathologien vor, die eine solche Beschwerdesymptomatik erklären würden. Hinzu kommt eine eher untypische Schmerzausstrahlung von der BWS in den linken Arm und das linke Bein. Die Erklärung liegt in der Diagnose der chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren . (...)” – il corsivo è del redattore), di cui non si deve però tenere conto per valutare l’adeguatezza del nesso causale conformemente alla giurisprudenza relativa all’elaborazione psichica abnorme conseguente a infortunio. Stante tutto quanto precede, le obiezioni che il patrocinatore dell’assicurata ha sollevato in proposito nella sua impugnativa (cfr. doc. I, p. 8), non appaiono manifestamente atte a giustificare una diversa soluzione. Secondo questo Tribunale, va pure giudicato insoddisfatto il criterio del grado e della durata dell’incapacità lavorativa dovuta alle lesioni fisiche , tenuto conto in primo luogo che, secondo quanto emerge dalla perizia _____, la ricorrente ha ritrovato una capacità lavorativa dell’80% in attività sostitutive adeguate già dal mese di aprile 2019 (cfr. doc. 303, p. 7), quindi a distanza di un anno dal sinistro. Al riguardo, è utile segnalare che, secondo la giurisprudenza federale (cfr., da ultimo, la STF 8C_547/2020 del 1° marzo 2021 consid. 5.1 e riferimenti ivi citati, riguardante una fattispecie in cui dal momento dell’infortunio alla stabilizzazione del caso erano trascorsi “soltanto” due anni e quattro mesi), il criterio in questione è adempiuto in presenza di una incapacità lavorativa totale perdurata quasi tre anni (" fast drei Jahren"/"rund dreijährige durchgehende Arbeitsunfähigkeit "). D’altra parte, sempre secondo il TF, tale criterio non è soddisfatto allorché la persona assicurata è in grado, anche dopo un certo lasso di tempo, di svolgere a tempo pieno un’attività adeguata ai postumi infortunistici che presenta (cfr. STF 8C_209/2020 del 18 gennaio 2021 consid. 5.2.2 e il riferimento ivi citato). In secondo luogo, anche in questo contesto, occorre tenere conto dell’importante sovrapposizione psicogena, di cui si è poc’anzi detto, rispettivamente che le lamentele soggettive dell’insorgente si sono rivelate (molto) parzialmente dimostrabili sul piano oggettivo (e, soltanto in quella ristretta misura, possono essere considerate nella valutazione del nesso di causalità adeguata; in questo senso, cfr. STF 8C_101/2020 del 9 giugno 2020 consid. 4.2.2: “ Insbesondere beim Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen gilt, dass körperlich imponierende, organisch objektiv jedoch nicht hinreichend nachweisbare Beschwerden des Versicherten ausser Acht zu bleiben haben. ” e riferimenti ivi menzionati). Il TCA può esimersi dall’approfondire oltre se potrebbe essere realizzato il criterio dei dolori somatici persistenti (questione che anche l’amministrazione ha lasciato aperta nella decisione impugnata) , in quanto, anche se ciò dovesse essere il caso, la realizzazione di un criterio nella forma semplice non basterebbe comunque per ammettere l’adeguatezza, in presenza di un infortunio di media gravità in senso stretto. 2.2.6. Sulla scorta di tutto quanto precede, si deve dunque concludere che le turbe psichiche di cui soffre RI 1, non costituiscono una conseguenza adeguata dell’evento traumatico assicurato, di modo che l’istituto convenuto era legittimato a non tenerne conto per determinare il diritto a (ulteriori) prestazioni. Di conseguenza, nella misura in cui l’avv. RA 1 sostiene che la ricorrente avrebbe diritto a un’IMI aggiuntiva e a un AGI in considerazione dei disturbi psichici (cfr. doc. I, p. 10: “5. Alla ricorrente viene concessa una ulteriore Indennità per menomazione dell’integrità dovuta ai problemi psichici della ricorrente ” (...). 7. Alla ricorrente viene concesso un assegno per invalidi dovuto ai problemi psichici . – il corsivo è del redattore), queste sue pretese risultano infondate. Parimenti infondata è evidentemente la domanda ricorsuale

tendente alla concessione degli interessi moratori sulla pretesa IMI aggiuntiva (cfr. doc. I, p. 10: “6. Alla ricorrente viene concesso un interesse di mora basato sull’art. 26 LPGGA), vista l’inesistenza di un diritto alla prestazione in questione. Stante tutto quanto precede, a questa Corte non rimane quindi che da esaminare se l’insorgente ha diritto a una rendita d’invalidità più elevata rispetto a quella del 36% assegnatale dalla CO 1 con la decisione su opposizione impugnata.

2.3. Entità della rendita d’invalidità. 2.3.1. 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. 572ss., ha rilevato che l’art. 18 LAINF rinvia direttamente all’art. 8 LPGGA; l’art. 8 cpv. 1 LPGGA, 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 LPGGA. Da parte sua, l’art. 16 LPGGA 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 LPGGA non ha modificato la valutazione del grado di invalidità dell’assicurato previsto dai precedenti art. 28 cpv. 2 LAI e art. 18 cpv. 2 seconda frase LAINF. Nella stessa pronuncia la nostra Massima Istanza ha quindi concluso che in ambito LAINF la giurisprudenza relativa ai concetti di inabilità lavorativa, inabilità al guadagno e invalidità continua a mantenere la sua validità anche in seguito all’introduzione della LPGGA. Su questi aspetti si veda pure la DTF 130 V 343. Due sono, dunque, di norma gli elementi costitutivi dell’invalidità: 1. il danno alla salute fisica o psichica (fattore medico) 2. la diminuzione della capacità di guadagno (fattore economico). Tra il danno alla salute e l’incapacità di guadagno deve inoltre intercorrere un nesso causale adeguato (fattore causale). Nell’assicurazione obbligatoria contro gli infortuni deve esserci inoltre un nesso causale, naturale ed adeguato, tra il danno alla salute e l’infortunio.

2.3.2. L’invalidità, concetto essenzialmente economico, si misura in base alla riduzione della capacità di guadagno e non secondo il grado di menomazione dello stato di salute. D’altro canto, poiché l’incapacità di guadagno importa unicamente nella misura in cui dipende da un danno alla salute, la determinazione dell’invalidità presuppone preliminarmente adeguati accertamenti medici che rilevino il danno in questione. Spetta al medico fornire una precisa descrizione dello stato di salute dell’assicurato e di tracciare un esatto quadro degli impedimenti che egli incontra nell’esplicare determinate funzioni. Il medico indicherà per prima cosa se l’assicurato può ancora svolgere la sua professione, precisando quali sono le controindicazioni in quell’attività e in altre analoghe. Egli valuterà finalmente il grado dell’incapacità lavorativa che gli impedimenti provocano sia nella professione attuale sia nelle altre relativamente confacenti (cfr., su questi aspetti, 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 LPGGA). 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 U168, p. 97 ss., consid. 5b; 4a, b). Il grado di invalidità corrisponde alla differenza, espressa in percentuale, tra il reddito ipotetico conseguibile senza invalidità e quello, non meno ipotetico, conseguibile da invalido . 2.3.3. In concreto, dalla decisione su opposizione impugnata si evince che la CO 1 ha riconosciuto all'assicurata una rendita

d'invalidità del 36% a contare dal 1° gennaio 2023, facendo astrazione dalla problematica psichica e riferendosi, per quanto concerne la valutazione della capacità lavorativa residua, alle conclusioni della perizia amministrativa _____ (doc. 399, p. 12: “Da die psychischen Beschwerden der Einsprecherin nicht adäquat kausal auf das Unfallereignis vom 15. April 2018 zurückzuführen sind, beurteilt sich die Arbeitsfähigkeit der Einsprecherin nach den somatischen Beschwerden. Die Einschränkungen aufgrund der psychischen Gesundheitsstörung sind aufgrund der fehlenden adäquaten Kausalität damit ausser Acht zu lassen. Gemäss Beurteilung der Gutachter der _____ vom 7. Oktober 2022 ergibt sich eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit von 20%. Nach Vornahme des Einkommensvergleichs resultiert ein Invaliditätsgrad von 36%.”). Con l'impugnativa, il rappresentante della ricorrente non contesta il valore probatorio della perizia asim (doc. I, p. 6: “La ricorrente nella presa di posizione del 24 ottobre 2023 (Allegato/Beilage 5) non ha negato il valore probatorio della nuova perizia medica dell' _____ di _____, (...).”) ma sostiene che, posteriormente al suo allestimento, sarebbe intervenuto un peggioramento delle condizioni di salute infortunistiche, sia fisiche che psichiche (doc. I, p. 6: “[Si] Evince infatti dall'incarto della CO 1, che sono stati mandati alla CO 1 diversi documenti medici, i quali provano un ulteriore peggioramento dello stato di salute della ricorrente. Con data 24 ottobre 2023 è stato mandato alla CO 1 il rapporto della clinica _____ del 27 luglio 2023, dal quale [si] evince una nuova diagnosi psichica in forma di un disturbo di stress post-traumatico (Posttraumatische Belastungsstörung) (allegato/Beilage 5). Con data 10 dicembre 2024 il Dr. med. _____ certifica una incapacità lavorativa della ricorrente di 100% (allegato/Beilage 8).”).

2.3.4. Questo Tribunale rileva che al cosiderando 2.2.6. è pervenuto alla conclusione che i disturbi psichici di cui è portatrice l'insorgente, non costituiscono una conseguenza adeguata dell'evento traumatico del 15 aprile 2018, di modo che essi non devono essere presi in considerazione per definire l'esigibilità lavorativa alla base della determinazione del grado dell'invalidità. Stante ciò, è dunque superfluo esaminare se, così come lo sostiene l'avv. RA 1, lo stato di salute psichico dell'assicurata si sarebbe aggravato dopo l'allestimento della perizia amministrativa. Da questo profilo, alla CO 1 non può quindi essere rimproverata alcuna violazione del principio inquisitorio ai sensi dell'art. 43 cpv. 1 LPGA. A proposito dell'esigibilità lavorativa dipendente dalle sequele organiche dell'infortunio, va rilevato che, secondo la perizia _____, in occasione del noto incidente, RI 1 ha riportato una frattura della limitante superiore della vertebra di D5, come pure un trauma toracico con frattura dislocata della 2. costola a destra e fratture non dislocate delle costole 3 e 4 sempre a destra. Le fratture risultano stabili dopo terapia conservativa, la vertebra di D5 presenta tuttavia una lieve deformità a cuneo. Nonostante la guarigione, nel decorso è subentrata una sindrome algica cronica toraco-vertebrale a carattere misto, nocicettivo (ortopedico) e neuropatico. Dopo l'infortunio si è inoltre sviluppata una sindrome algica cervicale/cervico-brachiale su alterazioni degenerative plurisegmentali, giudicate preesistenti e rese sintomatiche dall'infortunio dell'aprile 2018. Al momento delle visite peritali, l'assicurata non accusava comunque più disturbi di rilievo alla colonna cervicale (cfr. doc. 303, p. 11 s.). Sempre secondo gli esperti basilesi, l'evento infortunistico assicurato rappresenta, con verosimiglianza preponderante, la causa dei disturbi appena elencati, con la precisazione che la problematica interessante il rachide cervicale ha avuto un effetto soltanto transitorio sulla capacità lavorativa (cfr. doc. 303, p. 14). Dal profilo ortopedico, l'insorgente è stata quindi ritenuta inabile a svolgere la sua precedente professione di cameriera. Sin dall'infortunio tale attività non è più esigibile in

ragione delle elevate esigenze biomeccaniche interessanti la colonna toracale che essa comporta (cfr. doc. 303, p. 7, p. 16 e p. 18). Per contro, in un'attività da leggera a molto leggera, adatta alla problematica vertebrale e con un'ergonomia ottimizzata sul posto di lavoro, l'assicurata sarebbe in grado di lavorare in misura dell'80% (cfr. doc. 303, p. 7: "Verweistätigkeiten sind körperlich leicht bis sehr leicht, kognitiv einfach und gut strukturiert sowie automatisiert und überlernt. Solche Tätigkeiten waren ab 04/2019 in einem Pensum von 80% möglich gewesen (aus orthopädischen Gründen), spätestens seit 10/2020 ist diese Arbeitsfähigkeit nun aber auf 50% reduziert, dies aus psychiatrischen Gründen (Entwicklung einer chronischen Schmerzstörung und depressiven Störung)."

– il corsivo è del redattore). Tutto ben considerato, questa Corte non vede alcun valido motivo per scostarsi dalle conclusioni a cui sono giunti i periti basilesi (trattandosi di una perizia esterna ai sensi dell'art. 44 LPGA, secondo una costante giurisprudenza federale [cfr., fra le tante, la STF 9C_168/2020 del 17 marzo 2021 consid. 3.2 e la giurisprudenza ivi menzionata] , per scostarsene servirebbero degli indizi concreti - in casu inesistenti - suscettibili di far dubitare della sua fondatezza). Del resto, come visto, esse sono servite da base per l'emanazione della decisione su opposizione impugnata e il patrocinatore dell'insorgente non ne contesta il valore probatorio. In queste condizioni, occorre ritenere accertato, con un sufficiente grado di verosimiglianza, che - tenuto conto dei soli postumi residuali organici dell'evento traumatico dell'aprile 2018 -, RI 1 sarebbe in grado di esercitare un'attività sostitutiva adeguata in misura dell'80%, così come è stato giustamente stabilito dall'istituto assicuratore resistente. 2.3.5. Con il ricorso, l'avv. RA 1 fa però valere che la valutazione della capacità lavorativa residua contenuta nella perizia amministrativa sarebbe superata, dato che, dopo l'allestimento del referto, sarebbe subentrato un peggioramento delle condizioni di salute (anche) fisiche. A sostegno di questa sua tesi, con l'impugnativa e ancora pendente causa, egli ha prodotto documentazione medica che, nelle sue intenzioni, dimostrerebbe l'intervento del preteso aggravamento (cfr. doc. I e doc. V + i rispettivi allegati). Al riguardo, il TCA osserva che, nella misura in cui concerne la problematica psichica, il rapporto relativo alla degenza presso la Clinica _____ è irrilevante ai fini del giudizio, in quanto i disturbi psichici non sono di pertinenza dell'assicuratore convenuto. Trattandosi della certificazione 10 dicembre 2024 del dott. _____, spec. FMH in medicina generale, in base alla quale l'assicurata sarebbe totalmente inabile sia dal profilo professionale che nell'espletare le mansioni domestiche, e ciò dal punto di vista psichico e fisico (cfr. doc. A8), anche quel documento non può essere ritenuto rilevante ai fini del giudizio. Da una parte, il medico curante ha preso in considerazione anche la componente psichica che, come visto, non riguarda la CO 1. Dall'altra, laddove sostiene che vi sarebbe un'incapacità lavorativa del 100%, non è chiaro se questa sua valutazione si riferisca alla precedente professione di cameriera oppure anche ad attività sostitutive adeguate. Nemmeno i referti 8 febbraio 2023 e 7 febbraio 2025 della dott.ssa _____, Capoclinica presso il Centro per la terapia del dolore dell'Ospedale _____, appaiono atti a supportare validamente la tesi difesa dal rappresentante della ricorrente. Nel primo, il medico curante specialista ha precisato che da parte del Centro non è in realtà mai stata attestata un'incapacità lavorativa. Ella ha comunque fatto riferimento al rapporto AI del

E. 24

settembre 2021 in cui figurava segnatamente che, a quel momento, era in dubbio se l'insorgente potesse svolgere un'attività adeguata in ragione di un'ora/un'ora e mezza al giorno. La dott.ssa _____ ha inoltre dichiarato che la resistenza psichica e fisica

dell'assicurata non è nel frattempo migliorata e che una rilevazione del dolore è stata effettuata per l'ultima volta nell'ottobre 2022 con un VAS medio di 7/10 (cfr. doc. B2). In quello datato 7 febbraio 2025, la specialista ha ribadito che lo stato di salute di RI 1 non è migliorato. Oltre a un livello elevato di dolore, che le disturba il sonno, ella presenta difficoltà neuropsicologiche che non le consentono ad esempio di leggere un libro. Nella gestione della casa, l'assicurata deve rispettare un limite di carico di 1.5/2 kg e, ancora più importante, introdurre delle pause. In effetti, quando si sovraccarica, subentrano delle esacerbazioni del dolore che durano più giorni, e ciò nel contesto di una sensibilizzazione centrale (cfr. doc. B3). A tal proposito, questo Tribunale ricorda che, secondo la perizia amministrativa, la sindrome algica cronica di cui soffre l'insorgente è imputabile soltanto marginalmente ai postumi somatici dell'infortunio assicurato e in effetti essa è stata inquadrata nella diagnosi psichiatrica di disturbo da dolore cronico con fattori somatici e psichici (cfr. supra, consid. 2.2.5.). Anche le difficoltà neuropsicologiche sono state spiegate, perlomeno in parte, nel contesto delle diagnosi psichiatriche (cfr. doc. 303, p. 11). Infine, i disturbi del sonno, di natura non organica, sono stati anch'essi interpretati prevalentemente nel contesto delle diagnosi psichiatriche (cfr. doc. 303, p. 13). In queste condizioni, le indicazioni contenute nei menzionati referti del Centro per la terapia del dolore, nella misura in cui tengono evidentemente conto anche della componente psichiatrica, non possono essere ritenuti rilevanti ai fini del giudizio. In conclusione, il TCA ritiene che il patrocinatore della ricorrente non abbia dimostrato che, successivamente all'elaborazione della perizia amministrativa, sia subentrato un peggioramento dello stato di salute infortunistico. Resta pertanto attuale la valutazione della capacità lavorativa residua formulata dagli esperti dell'_____, secondo i quali, in attività alternative adeguate, l'insorgente presenta un'abilità lavorativa dell'80%. Da notare che anche nella sentenza 32.2024.95 e 32.2025.35 del 20 giugno 2025, emanata in materia di assicurazione per l'invalidità, facendo essenzialmente capo alle valutazioni del SMR, questo Tribunale è giunto alla conclusione che la situazione medica (in quell'ambito comprensiva anche della componente psichiatrica) dell'assicurata è rimasta sostanzialmente invariata rispetto alla perizia _____ (cfr. il consid. 2.7. di quel giudizio).

2.3.6. Trattandosi degli aspetti economici legati alla determinazione del grado dell'invalidità, va constatato che il rappresentante della ricorrente non ha sollevato alcuna specifica obiezione a proposito delle modalità con cui l'istituto assicuratore resistente ha determinato i redditi ipotetici (reddito da valido [fr. 68'340.84/anno] e da invalido [fr. 43'742.54/anno]) (cfr. doc. I e doc. V). Questa Corte non ha pertanto validi motivi per scostarsene. Ora, raffrontando il reddito da valido di fr. 68'340.84 con quello da invalido di fr. 43'742.54, si ottiene un grado d'invalidità del 35.99%, arrotondato al 36% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121. La decisione su opposizione impugnata mediante la quale all'assicurata è stata assegnata una rendita d'invalidità del 36%, deve dunque essere confermata.

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. fbis 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.

Trattandosi di una controversia relativa a prestazioni LAINF, il legislatore non ha previsto di prelevare le spese (cfr. STCA 35.2021.9 del 20 settembre 2021 consid. 2.12; 35.2021.58 del 18 ottobre 2021 consid. 2.12). 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); Messaggio Nr. 8480 del Consiglio di Stato del 21 agosto 2024 «Rapporto sull'iniziativa parlamentare presentata il 4 maggio 2021 nella forma elaborata da Lara Filippini e Sabrina Aldi per la modifica dell'art. 29 della Legge di procedura per le cause davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni (Lptca) del 23 giugno 2008 (Implementazione della revisione LPGA alle spese giudiziarie dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni) e controprogetto».

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