

## **TI\_GERICHTE 35.2025.45 vom 14. März 2018**

TI Tribunale d'appello, 2018-03-14, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_35.2025.45\\_d20180314](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2025.45_d20180314)

FR: TI\_GERICHTE 35.2025.45 du 14 mars 2018

IT: TI\_GERICHTE 35.2025.45 del 14 marzo 2018

### **Regeste**

Corretta la non entrata nel merito della richiesta di prestazioni dell'assicurata, vista la sua violazione dell'obbligo di collaborare ai sensi dell'art. 43 cpv. 3 LPGA

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

L'importo massimo del guadagno assicurato ammonta a 148 200 franchi all'anno e a 406 franchi al giorno.

#### **E. 2**

È considerato guadagno assicurato il salario determinante secondo la legislazione sull'AVS, con le seguenti deroghe: a. sono considerati guadagno assicurato anche i salari non sottoposti al prelievo di contributi dell'AVS a causa dell'età dell'assicurato; b. fanno pure parte del guadagno assicurato gli assegni familiari, accordati conformemente all'uso locale o professionale a titolo di assegni per i figli, per la formazione o per l'economia domestica; c. per i familiari del datore di lavoro collaboranti nell'azienda, gli associati, gli azionisti o i soci di società cooperative si tiene conto almeno del salario corrispondente agli usi professionali e locali; d. non sono prese in considerazione le indennità versate allo scioglimento del rapporto di lavoro, in caso di chiusura o di fusione dell'azienda o in circostanze analoghe; e. ...

#### **E. 2.7**

Nella presente fattispecie, come visto, dagli atti emerge che RI 1, assicuratasi facoltativamente contro gli infortuni presso CO 1 per la propria attività indipendente (vendita di \_\_\_\_\_), in data 3 febbraio 2024, mentre si trovava al lavoro, è caduta dalle scale del negozio, riportando un politrauma tale da richiedere un'ospedalizzazione d'urgenza all'Ospedale \_\_\_\_\_, dove è rimasta degente (dapprima in cure intense e, poi, dall'8 febbraio 2024 nel reparto di medicina interna) fino al 12 aprile 2024 (cfr. doc. 28 e 29). Al fine di poter valutare il diritto alle prestazioni, l'amministrazione ha a due riprese chiesto all'assicurata la trasmissione di determinati documenti importanti per la gestione del caso, in particolare di natura economica (cfr. doc. 35 e doc. 36). A fronte del silenzio dell'assicurata, con scritto raccomandato del 20 novembre 2024 CO 1 ha chiesto nuovamente la trasmissione della contabilità aziendale dal 2019 al 2023; i conteggi salariali dal 2019 al 2023; i certificati di inabilità lavorativa e il dettaglio delle visite mediche e delle terapie eseguite dopo il 12 aprile 2024, rendendola attenta circa le conseguenze di una continuazione della violazione dei suoi obblighi di informazione e collaborazione (cfr. doc. 37). Perdurando il silenzio dell'assicurata, con decisione del 10 gennaio 2025 (cfr. doc. 40), poi confermata su opposizione in data 2 maggio 2025 (cfr. doc. 46), CO 1 ha stabilito la non entrata in materia sul diritto a prestazioni. L'amministrazione ha, in particolare, evidenziato

il carattere indispensabile di una fattiva collaborazione da parte della signora RI 1 relativamente agli aspetti economici, non superabile, stante la sua età, attraverso il richiamo del conto individuale AVS, il quale termina con l'accesso all'età pensionabile. La patrocinatrice dell'assicurata ha ritenuto eccessiva e pretestuosa la richiesta di CO 1 di ottenere la contabilità aziendale dal 2019 al 2023, ritenuto come l'amministrazione disponga già del dato relativo al guadagno assicurato stabilito nella polizza sottoscritta dall'assicurata (fr. 66'690.00) (cfr. doc. I). Con la risposta di causa, l'amministrazione ha confermato la correttezza del proprio agire, sottolineando di essersi "limitata a chiedere una fattiva collaborazione che, oggettivamente, non lede qualsivoglia diritto della signora RI 1 specie perché CO 1, a differenza di quanto voglia far credere la ricorrente, non ha precluso il diritto a prestazioni assicurative, ma lo ha, solo ed esclusivamente, subordinato alla produzione di documenti di cui solo la signora RI 1 dispone". In particolare CO 1 si è così espressa con riferimento agli aspetti economici: " (...)

### **E. 3**

L'indennità giornaliera è calcolata in base all'ultimo salario ricevuto dall'assicurato prima dell'infortunio, inclusi gli elementi del salario non ancora versati che gli sono dovuti. 3bis Se fino all'insorgenza dell'infortunio la persona assicurata aveva diritto a un'indennità giornaliera secondo la legge federale del 19 giugno 1959 49 sull'assicurazione per l'invalidità, l'indennità giornaliera corrisponde almeno all'ammontare totale dell'indennità giornaliera versata fino ad allora dall'assicurazione per l'invalidità, ma al massimo all'80 per cento dell'importo massimo del guadagno assicurato conformemente al capoverso 1. Per l'ammontare dell'indennità giornaliera delle persone di cui all'articolo 1a capoverso 1 lettera c della legge è determinante l'articolo 132a capoverso 1.

### **E. 3.2**

et les références citées)." e che: " 4.6.3. L'ancien Tribunal fédéral des assurances a précisé que l'assurance facultative n'est pas, de par la loi, conçue de manière différente de l'assurance obligatoire. Il est toutefois possible de déroger aux dispositions relatives à l'assurance obligatoire, applicables "par analogie" ("sinngemäß" dans la version allemande et "per analogia" dans la version italienne) selon l'art. 5 al. 1 LAA, dans la mesure où la nature et la structure de l'assurance facultative le justifient. La volonté du législateur n'était en effet pas de mettre systématiquement sur un pied d'égalité les assurés volontaires et les assurés obligatoires (cf. ATF 148 V 286 consid. 7.1 et les références); il a au contraire été prévu que le Conseil fédéral puisse édicter des prescriptions particulières dans la mesure où l'assurance facultative le requerrait. Selon une correcte interprétation de l'art. 5 LAA, les dispositions de l'assurance obligatoire ne doivent être appliquées à l'assurance facultative que si cela paraît judicieux ("wenn dies sinnvoll erscheint"). En d'autres termes, des dérogations à la LAA sont autorisées si elles sont justifiées par le caractère différent de l'assurance obligatoire et de l'assurance facultative (arrêts U 41/05 du 13 juin 2006 consid. 3, in: RAMA 5/2006 p. 403 s.; U 358/98 du 9 décembre 1999 consid. 4a, in: RAMA 3/2000 p. 172 s.; cf. aussi VOLKER PRIBNOW, in: Frésard-Fellay/Leuzinger/Pärli [éd.], Basler Kommentar, Unfallversicherungsgesetz, 2019, n° 2 ad art. 5 LAA; MARCO CHEVALIER, in: Marc Hürzeler/Ueli Kieser [éd.], Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, UVG, 2018, n° 1 à 3 ad art. 5 LAA). Les dérogations à l'assurance obligatoire ne se limitent ainsi pas aux dispositions particulières des art. 134 OLAA (cf. VOLKER PRIBNOW, op. cit., n° 2 ad art. 5 LAA). Le travailleur indépendant doit toutefois pouvoir partir du principe qu'il obtiendra, grâce à l'assurance facultative, la

même protection que celle dont bénéficient ses salariés (ibidem, n° 6 in fine ad art. 5 LAA). ” In una sentenza 8C\_485/2023 del 19 giugno 2024, pubblicata in DTF 1 50 V 391, l’Alta Corte ha dovuto trattare il caso di un’assicurata che lavorava al 25% in qualità di cuoca dipendente per 8.5 ore alla settimana ed era dunque obbligatoriamente assicurata contro gli infortuni (professionali e non professionali) e che, nella restante misura del 75%, era attiva come agricoltrice indipendente. Nello svolgere questo secondo lavoro, all’assicurata si era danneggiato un dente, colpito da una carriola che si era ribaltata all’indietro. Le erano state rifiutate le prestazioni cui, invece, e come stabilito dal Tribunale federale, ella aveva diritto ritenuto che “ die Nichtberufsunfallversicherungsdeckung auch auf Unfälle einer obligatorisch uvgversicherten teilzeitlich angestellten Person in ihrer nicht freiwillig versicherten selbstständigen Erwerbstätigkeit erstreckt ” (cfr. consid. 7.5.). In quel caso, l’Alta Corte ha ricordato che: " 4.1.1. Nach Art. 1a Abs. 1 UVG sind die in der Schweiz beschäftigten Arbeitnehmer - nebst anderen, hier nicht interessierenden Personenkategorien - obligatorisch nach den Bestimmungen des UVG versichert. Als Arbeitnehmer gemäss dieser Gesetzesbestimmung gilt nach Art. 1 UVV, wer eine unselbstständige Erwerbstätigkeit im Sinne der Bundesgesetzgebung über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) ausübt. 4.1.2. In der Schweiz wohnhafte Selbstständigerwerbende und ihre nicht obligatorisch versicherten mitarbeitenden Familienglieder können sich gemäss Art. 4 Abs. 1 UVG freiwillig versichern. Die Bestimmungen über die obligatorische Versicherung gelten sinngemäss für die freiwillige Versicherung (Art. 5 Abs. 1 UVG). Nach Art. 5 Abs. 2 UVG erlässt der Bundesrat ergänzende Vorschriften über die freiwillige Versicherung, wobei er namentlich den Beitritt, den Rücktritt und den Ausschluss sowie die Prämienbemessung ordnet. Von dieser Kompetenz hat der Bundesrat in den Art. 134 bis 140 UVV Gebrauch gemacht ( BGE 148 V 286 E. 7.1). Eine freiwillige Versicherung kann auch abschliessen, wer teilweise als Arbeitnehmer tätig ist (Art. 134 Abs. 1 UVV)". Il Tribunale federale, in quel caso, ha, poi, ribadito che: " Dazu kommt, dass die Prämien und Geldleistungen gemäss Art. 138 UVV im Rahmen von Art. 22 Abs. 1 UVV nach dem versicherten Verdienst zu bemessen sind, der bei Vertragsabschluss vereinbart wird und jeweils auf Beginn eines Kalenderjahres angepasst werden kann. Dieser Verdienst darf bei Selbstständigerwerbenden nicht weniger als 45 Prozent und bei Familienmitgliedern nicht weniger als 30 Prozent des Höchstbetrags des versicherten Verdienstes betragen. Der Höchstbetrag des versicherten Verdienstes beläuft sich auf 148'200 Franken im Jahr und 406 Franken im Tag (Art. 22 Abs. 1 UVV)." (consid. 7.3.). In un’altra sentenza 8C\_457/2023 del 27 dicembre 2023 pubblicata in SVR 6/2024 UV nr. 19 pag. 77 ss, l’Alta Corte ha stabilito che la differenza rilevante e durevole tra il guadagno assicurato convenuto al momento dell’insorgenza dell’infortunio e il reddito soggetto a contributi AVS, un passaggio dall’assicurazione contro gli infortuni facoltativa all’assicurazione contro gli infortuni obbligatoria dopo avere ritrovato la piena capacità lavorativa e l’insorgenza del diritto alla rendita dopo oltre cinque anni dall’evento assicurato possono in casi eccezionali giustificare un adattamento del guadagno assicurato convenuto al momento dell’infortunio in applicazione per analogia dell’art. 24 cpv. 2 OAINF. Il Tribunale federale ha precisato che qualora il guadagno assicurato di un indipendente assicurato a titolo facoltativo debba eccezionalmente essere adattato, ai sensi della DTF 148 V 286 consid. 9.4, all’evoluzione del salario nominale specifico in relazione al sesso nel settore di attività abituale, l’adattamento si basa sui dati pubblicati dall’Ufficio federale di statistica, secondo il ramo economico.

#### **E. 4**

L'articolo 22 capoverso 3 è applicabile a un assicurato vittima di un infortunio durante un'attività stagionale. Se l'infortunio è occorso nel periodo durante il quale non esercita un'attività lucrativa, il salario effettivo conseguito nell'anno precedente, va diviso per 365.

#### **E. 5**

Se prima dell'infortunio l'assicurato era impiegato presso più datori di lavoro, è determinante il salario complessivo di tutti i rapporti di lavoro, indipendentemente dal fatto che per tali rapporti sia stata stipulata una copertura solo per gli infortuni professionali oppure anche per gli infortuni non professionali. Questa disposizione vale anche per l'assicurazione facoltativa.

#### **E. 6**

Per i praticanti, i volontari, le persone che si preparano alla scelta di una professione e per gli assicurati che esercitano un'attività in centri professionali d'integrazione per gli invalidi al fine di acquisire una formazione, va preso in considerazione, dal compimento del 20° anno d'età, un guadagno giornaliero del 20 per cento almeno dell'importo massimo del guadagno assicurato e, prima del compimento del 20° anno d'età, del 10 per cento almeno.

#### **E. 7**

Il salario determinante è ricalcolato se la cura medica è durata almeno tre mesi e il salario dell'assicurato è aumentato del 10 per cento almeno nel corso di questo periodo.

#### **E. 7.1**

In der Schweiz wohnhafte Selbstständigerwerbende und ihre nicht obligatorisch versicherten mitarbeitenden Familienglieder können sich gemäss Art. 4 Abs. 1 UVG freiwillig versichern. Nach Art. 5 Abs. 1 UVG gelten die Bestimmungen über die obligatorische Versicherung sinngemäss für die freiwillige Versicherung. Zwar entsprach es nicht dem Willen des Gesetzgebers, freiwillig und obligatorisch Versicherte durchwegs gleichzustellen (SVR 2000 UV Nr. 9 S. 29, U 358/98 E. 4a mit Hinweis). Doch soll die freiwillige Versicherung nach Art. 5 UVG grundsätzlich derjenigen der obligatorischen Versicherung gleichwertig sein (VOLKER PRIBNOW, BSK UVG, a.a.O., N. 1 zu Art. 5 UVG; RKUV 1994 Nr. U 183 S. 49, U 59/92 E. 5a; vgl. auch GEHRING, a.a.O., N. 2 zu Art. 5 UVG). Nach Art. 5 Abs. 2 UVG erlässt der Bundesrat ergänzende Vorschriften über die freiwillige Versicherung. Er ordnet namentlich den Beitritt, den Rücktritt und den Ausschluss sowie die Prämienbemessung. Von dieser Kompetenz hat der Bundesrat in den Art. 134 bis 140 UVV Gebrauch gemacht (SVR 1997 UV Nr. 83 S. 299, U 167/95 E. 5a; GEHRING, a.a.O., N. 3 zu Art. 5 UVG).

#### **E. 7.2**

In der freiwilligen Versicherung wird das Versicherungsverhältnis gemäss Art. 136 UVV durch schriftlichen Vertrag begründet. Nach Art. 138 UVV werden die Prämien und Geldleistungen im Rahmen von Art. 22 Abs. 1 UVV nach dem versicherten Verdienst bemessen, der bei Vertragsabschluss vereinbart wird und jeweils auf Beginn eines Kalenderjahres angepasst werden kann. Dieser Verdienst darf bei Selbstständigerwerbenden nicht weniger als 45 Prozent und bei Familiengliedern nicht weniger als 30 Prozent (in der bis Ende 2015 gültig gewesenen Fassung: 50 Prozent bzw. 33,3 Prozent) des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes betragen (vgl. PRIBNOW, a.a.O., N. 25 zu Art. 5 UVG; MARCO CHEVALIER, in: Kommentar zum Schweizerischen Sozialversicherungsrecht, UVG [nachfolgend: KOSS UVG], Hürzeler/Kieser [Hrsg.], 2018,

N. 8 und 18 zu Art. 5 UVG).

### E. 7.3

Praxismässig soll der vereinbarte versicherte Verdienst nicht dauerhaft wesentlich höher als das tatsächlich erzielte Erwerbseinkommen liegen (vgl. Urteil 8C\_50/2008 vom 28. April 2008 E. 3.2 mit Hinweisen). Aus Art. 5 Abs. 1 UVG und Art. 138 UVV folgt, dass sich die Vereinbarung über den versicherten Verdienst grundsätzlich nach den effektiven Einkommensverhältnissen zu richten hat, wobei ein zumindest innerhalb eines realistischen Bereichs liegender Betrag zu bestimmen ist (RKUV 1994 Nr. U 183 S. 49, U 59/92 E. 5c). Beide Vertragspartner sind gehalten, ihre Vereinbarung nötigenfalls den konkreten Umständen anzugleichen (RUMO-JUNGO/HOLZER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, UVG, 4. Aufl. 2012, S. 26; vgl. auch GEHRING, a.a.O., N. 10 zu Art. 15 UVG). 8. 8.1 Taggelder und Renten werden gemäss Art. 15 Abs. 1 UVG nach dem versicherten Verdienst bemessen. Als versicherter Verdienst gilt für die Bemessung der Renten der innerhalb eines Jahres vor dem Unfall bezogene Lohn (Art. 15 Abs. 2 UVG). Unter dem Vorbehalt von Art. 24 Abs. 4 UVV bleibt der bei Rentenbeginn gemäss zweitem Teilsatz von Art. 15 Abs. 2 UVG erstmalig festgesetzte versicherte Verdienst grundsätzlich für die gesamte Dauer des Rentenanspruchs auch bei revisionsweiser Rentenerhöhung massgebend ( BGE 147 V 213 ). In Anwendung von Art. 15 Abs. 3 UVG setzt der Bundesrat einen Höchstbetrag des versicherten Verdienstes fest (vgl. auch Art. 18 ATSG). Art. 15 Abs. 3 UVG verpflichtet den Bundesrat zudem, den Höchstbetrag des versicherten Verdienstes periodisch an die Lohnentwicklung anzupassen (VOLLENWEIDER/BRUNNER, in: Basler Kommentar, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts [nachfolgend: BSK ATSG], 2020, N. 18 zu Art. 18 ATSG; UELI KIESER, Kommentar zum ATSG, 4. Aufl. 2020, N. 16 f. zu Art. 18 ATSG). (...) In der seit 1. Januar 2016 geltenden Fassung von Art. 22 Abs. 1 UVV ist der Höchstbetrag des versicherten Verdienstes auf Fr. 148'200.- im Jahr begrenzt (vgl. zur Entwicklung: GEHRING, a.a.O., N. 6 zu Art. 15 UVG; vgl. auch VOLLENWEIDER/BRUNNER, BSK ATSG, a.a.O., N. 20 zu Art. 18 ATSG). (...) ”. In una sentenza 8C\_646/2022 del 23 agosto 2023 (destinata alla pubblicazione in DTF), nel caso di una ricorrente che quale indipendente era assicurata facoltativamente contro gli infortuni e che svolgendo la propria attività lavorativa era caduta, riportando una serie di lesioni che avevano richiesto anche un intervento chirurgico di stabilizzazione tramite osteosintesi della colonna vertebrale ed a cui era stata negata una rendita d'invalidità poiché il sinistro era occorso posteriormente all'età di pensionamento dell'assicurata, ma era stato riconosciuto il diritto all'indennità per menomazione dell'integrità - concludendo, poi e per quanto concerneva quella fattispecie, che “(...) il ne peut pas être dérogé à l'art. 18 al. 1 in fine LAA dans le cadre de la conclusion d'un contrat d'assurance-accidents facultative” (consid. 4.7.) – il TF ha rammentato che: " 4.1.1. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Si l'assuré est invalide (art. 8 LPG [RS 830.1]) à 10% au moins ensuite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite (art. 18 al. 1 LAA). Selon l'art. 4 al. 1 LAA, les personnes exerçant une activité lucrative indépendante et domiciliées en Suisse, ainsi que les membres de leur famille qui collaborent à l'entreprise, peuvent s'assurer à titre facultatif, s'ils ne sont pas assurés à titre obligatoire. Selon l'art. 5 LAA, les dispositions sur l'assurance obligatoire s'appliquent par analogie à l'assurance facultative (al. 1); le Conseil fédéral édicte des prescriptions complémentaires sur l'assurance facultative (al. 2, première phrase); il réglemente

notamment l'adhésion, la démission et l'exclusion ainsi que le calcul des primes (al. 2, seconde phrase). Le Conseil fédéral a fait usage de cette compétence en édictant les art. 134 à 140 OLAA (RS 832.202). Dans l'assurance facultative, le rapport d'assurance se fonde sur un contrat écrit qui fixe notamment le début, la durée minimale et la fin du rapport d'assurance (art. 136 OLAA). Il s'agit d'un contrat d'assurance de droit public qui doit être interprété, dans le cadre des limites fixées par la loi, de la même manière qu'un contrat de droit privé, à savoir selon la réelle et commune intention des parties, respectivement selon le principe de la confiance (arrêt 8C\_200/2017 du 2 mars 2018 consid.

## **E. 8**

In caso di ricaduta è determinante il salario ottenuto immediatamente prima di questa, tuttavia almeno pari al 10 per cento dell'importo massimo del guadagno giornaliero assicurato, salvo per i beneficiari di rendite dell'assicurazione sociale.

## **E. 9**

Certo a sostegno della propria tesi la ricorrente fa riferimento ai vari principi giuridici così da bollare la richiesta di CO 1 di "... un comportamento vessatorio e dilatorio, contrario ai principi di buona fede e correttezza procedurale ..." (cfr. ricorso, §1.4., pag. 8). Sennonché, l'art. 15 cpv. 1 LAINF recita che "le indennità giornaliere e le rendite sono calcolate in base al guadagno assicurato"; rispettivamente l'art. 15 cpv. 2 LAINF prevede che "per il calcolo delle indennità giornaliere è considerato guadagno assicurato l'ultimo salario riscosso prima dell'infortunio; per il calcolo delle rendite, quello riscosso durante l'anno precedente l'infortunio.". A mente di una specifica raccomandazione della Commissione ad hoc LAINF (tenore dell'11 marzo 2020) la determinazione del guadagno effettivo è fondamentale nell'ambito della fissazione del guadagno assicurato, fermo restando che un indennizzo diverso rispetto al guadagno assicurato potrebbe aver luogo qualora due condizioni cumulative fossero realizzate e meglio il guadagno effettivo si sia ridotto nella misura di almeno 30% e detta riduzione sia verificabile nei, perlomeno, 5 anni precedenti l'infortunio. A questo livello non c'è chi non veda che la censura della ricorrente sia pretestuosa poiché, necessita ribadirlo, in relazione all'aspetto reddituale e meglio la richiesta, da un lato, della contabilità aziendale dal 2019 al 2023, dall'altro, dei conteggi salariali dal 2019 al 2023, si fatica a capire i motivi per i quali la ricorrente non voglia collaborare, specie perché, in quest'ambito, l'assicuratore convenuto non può sostituirsi alla signora RI 1 nella ricerca dei dati contabili a lei inerenti. Detta affermazione è ancor più confermata dalla circostanza che, ritenuta l'età della signora RI 1, CO 1 non potrebbe neppure recuperare direttamente il conto individuale AVS della propria assicurata atteso come la tenuta di detto conto prende fine con l'accesso all'età pensionabile.

Verosimilmente la posizione della signora RI 1 è da collegare al fatto che l'assicurata ritiene di avere diritto a prestazioni assicurative in funzione del reddito assicurato – indicato nella polizza – e meglio a CHF 66'690.-, sennonché la copertura assicurativa in essere rientra nel concetto di assicurazione di danno e – di riflesso – l'indennizzo presuppone la comprova dell'ampiezza del danno subito. Quest'ultimo può essere comprovato, solo ed esclusivamente, in funzione dei dati contabili in possesso – esclusivo – della signora RI 1: CO 1 non ha l'opportunità di recuperarli in modo autonomo. A tal proposito va pure osservato che la ricorrente non indica motivi oggettivi a sostegno del rifiuto di produrre detti documenti contabili, poiché è pacifico che l'assicurata disponga di una propria contabilità vista la qualità di imprenditrice. In quest'ottica, va ricordato che se la situazione reddituale si fosse modificata con il passare del tempo, la signora RI 1 avrebbe dovuto, in

modo autonomo, comunicarlo a CO 1: pure il premio assicurativo sarebbe stato adeguato alla situazione in essere (evitare un caso di sotto o sopra assicurazione). Pertanto, la circostanza di aver corrisposto puntualmente il premio assicurativo attesta, unicamente, che il reddito non ha subito modifiche di sorta e dunque basterebbe che la signora RI 1 faccia pervenire quanto richiesto così da mettere in condizione l'assicuratore LAINF d'ossequiare al contratto assicurativo in essere verificando, come suo diritto, l'aspetto reddituale durante un lasso di tempo di 5 anni: detta richiesta corrisponde, né più né meno, a quanto indicato dalla già menzionata raccomandazione della commissione ad hoc LAINF e non lede, certamente, il diritto di indennizzo della signora RI 1." (Doc. III) 2.8. Chiamato a pronunciarsi, questo Tribunale, alla luce della chiara e costante giurisprudenza federale sopra illustrata (cfr. consid. 2.6.), non può accogliere le obiezioni dell'assicurata. Contrariamente a quanto preteso dall'insorgente, difatti, va ricordato che le prestazioni LAINF non vengono automaticamente calcolate sulla base del guadagno fisso convenuto nella polizza. Al riguardo, il Tribunale federale ha evidenziato che la sola stipula di una polizza assicurativa non significa che il reddito previsto sia stato effettivamente realizzato (cfr. STF 8C\_797/2014 del 18 febbraio 2015). Tale giurisprudenza è stata confermata nella DTF 148 V 286. Le prestazioni, al contrario, sono basate sul l'ultimo salario riscosso prima dell'infortunio per il calcolo delle indennità giornaliere, rispettivamente su quello riscosso durante l'anno precedente l'infortunio per il calcolo delle rendite (art. 15 cpv. 2 LAINF). Alla luce di quanto sopra, la documentazione contabile richiesta dall'amministrazione all'assicurata appariva necessaria al fine di potersi determinare in merito al diritto a prestazioni. Inoltre, a ragione l'amministrazione ha sottolineato la necessità di una fattiva collaborazione da parte dell'assicurata al fine di potere ottenere i dati contabili necessari per potere stabilire le prestazioni, rilevando come quest'ultima, vista la sua qualità di imprenditrice, dispone evidentemente di una propria contabilità. Ella, del resto, non ha addotto motivi oggettivi che le impedirebbero di produrre quanto richiesto, limitandosi ad affermare come l'amministrazione disponga già del dato relativo al guadagno assicurato pattuito nella polizza sottoscritta quale assicurazione facoltativa, elemento che, come ricordato in precedenza, non risulta né sufficiente, né conclusivo. In maniera altrettanto corretta l'amministrazione ha posto in rilievo l'impossibilità di poter ottenere in maniera autonoma la documentazione contabile in questione (non essendo nelle sue facoltà poter richiamare il conto individuale AVS dell'interessata, avendo ella già raggiunto da tempo l'età pensionabile). Stante quanto sopra esposto, ne deriva che il modo di agire di CO 1 risulta quindi giustificato. Altrettanto non può invece dirsi riguardo al rifiuto, immotivato, di collaborazione da parte dell'insorgente. La decisione su opposizione del 2 maggio 2025 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. 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 p. 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.