

TI_GERICHTE 35.2022.45 vom 14. November 2022

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2022.45

FR: TI_GERICHTE 35.2022.45 du 14 novembre 2022

IT: TI_GERICHTE 35.2022.45 del 14 novembre 2022

Regeste

Esigibilità contestata. Arti superiori. Problematica neurologica. Rinvio per perizia ex art. 44 LPGa

Erwägungen

E. 49

cpv. 2 della Legge sull'organizzazione giudiziaria (cfr. STF 9C_699/2014 del 31 agosto 2015, in particolare consid. 5.2, 5.3 e 6.1; STF 8C_452/2011 del 12 marzo 2012; STF 8C_855/2010 dell'11 luglio 2011; STF 9C_211/2010 del 18 febbraio 2011, consid. 2.1; STF 9C_792/2007 del 7 novembre 2008; STF H 180/06 e H 183/06 del 21 dicembre 2007; STF I 707/00 del 21 luglio 2003; STF H 335/00 del 18 febbraio 2002; STF H 212/00 del 4 febbraio 2002; STF H 220/00 del 29 gennaio 2002; STF U 347/98 del 10 ottobre 2001, pubblicata in RDAT I-2002 pag. 190 seg.; STF H 304/99 del 22 dicembre 2000; STF I 623/98 del 26 ottobre 1999. Vedi pure: STF 9C_807/2014 del 9 settembre 2015; STF 9C_585/2014 dell'8 settembre 2015). nel merito 2.2. Nel caso di specie, litigiosa è la questione di sapere se l'CO 1 era legittimato, oppure no, a negare una rendita di invalidità. Sono in particolare contestate la valutazione medica dell'esigibilità lavorativa (capacità lavorativa del 100% in attività sostitutive adeguate) e la valutazione economica (entità del reddito da valido e di quello da invalido, in particolare la mancata applicazione di una deduzione sociale). È parimenti oggetto di contestazione l'entità (20%) dell'IMI. Per quanto concerne la questione relativa alla causalità naturale tra i disturbi erettili di cui soffre l'assicurato e l'infortunio del 22 febbraio 2019, essa è divenuta priva di oggetto, in quanto è stata ammessa dal dr. med. _____ con l'apprezzamento del 2 maggio 2022 (doc. 319 incarto LAINF), rispettivamente dall'amministrazione con la decisione del 6 maggio 2022 (doc. 323 incarto LAINF). Esula dalla presente vertenza anche l'entità (5%) dell'IMI assegnata per i disturbi erettili, su cui l'istituto assicuratore resistente si è determinato con decisione del 6 maggio 2022 (doc. 323 incarto LAINF; consid. 1.5). Non sono oggetto di contestazione l'assenza di nesso di causalità tra l'infortunio e i disturbi psichici, rispettivamente la stabilizzazione dello stato di salute infortunistico dal 1° giugno 2021. Infine, il TCA rileva pure che, posto come la decisione impugnata delimita l'oggetto del litigio (cfr. STF 9C_636/2015 del 2 febbraio 2016, consid. 1 con riferimenti), esulano dalla presente procedura sia la richiesta di assunzione di una terapia TENS formulata con rapporto del 9 giugno 2022 dal dr. med. Maino, sia la domanda riguardante l'entità dell'indennità giornaliera avanzata con il ricorso (cfr. doc. I, pag. 8), su cui l'istituto assicuratore resistente non si è ancora determinato con una decisione impugnabile. Le relative richieste sono, pertanto, irricevibili. 2.3. Giusta l'art. 18 cpv. 1 LAINF, l'assicurato invalido (art. 8 LPGa) almeno al 10 per cento a seguito d'infortunio ha diritto alla rendita di invalidità. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGa, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno

totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. 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 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 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. 2.4. 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. 2.5. 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. 33ss. 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. 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, RAMI 1996 U 252, p. 191ss.; DTF 122 V 160ss, 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 pag. 35 consid. 4b). Giova qui infine ricordare un principio ripetutamente riconosciuto dalla nostra Massima Istanza, quello secondo il quale le certificazioni del medico curante - anche se specialista (cfr. STF U 202/01 del 7 dicembre 2001, consid. 2b/bb) - hanno un valore di prova ridotto, ciò in ragione del rapporto di fiducia che lo lega al suo paziente (cfr. STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; RAMI 2001 U 422, p. 113ss. (= AJP 1/2002, p. 83); DTF 125 V 353 consid. 3b/cc; DTF 124 I 175 consid. 4; DTF 122 V 161; RCC 1988 p. 504; R. SPIRA, *La preuve en droit des assurances sociales*, in *Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach*, Basilea 2000, p. 269s.). Il TF ha stabilito che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di cura anziché peritale) in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (cfr. STF I 1102/06 del 31 gennaio 2008; STF I 701/05 del 5 gennaio 2007 consid. 2; STCA 32.2020.88 del 31 maggio 2021, consid. 2.5). 2.6. Da ultimo, giova qui ricordare che, per costante giurisprudenza, l'assicurazione per l'invalidità non è vincolata alla valutazione dell'invalidità dell'assicurazione contro gli infortuni e viceversa (cfr. STF 9C_529/2010 del 24 gennaio 2011; sentenza U 148/06 del 28 agosto 2007, consid. 6, pubblicata in DTF 133 V 549, consid. 6; STF 9C_594/2016 del 18 novembre 2016, consid. 2.4; SVR 2016 UV Nr. 26 c. 2.2; STF 9C_243/2017 del 2 giugno 2017, consid. 4.1; STF 9C_170/2017 dell'8 agosto 2017 consid. 4.4; STF 9C_422/2017 del 18 maggio 2018 consid. 2.2; STCA 32.2015.160 del 5 ottobre 2016, consid. 2.6, STCA 32.2016.90 del 10 aprile 2017, consid.

2.2 e STCA 35.2017.35 del 30 agosto 2017, consid. 2.3; STCA 32.2017.60 del 19 febbraio 2018, consid. 2.4; STCA 32.2017.91 del 14 agosto 2018, consid. 2.4; STCA 32.2018.106 del 13 dicembre 2018, consid. 2.3; STCA 35.2018.76 del 4 marzo 2019, consid. 2.1; STCA 32.2018.158 del 30 luglio 2019, consid. 2.6; STCA 32.2019.63 del 27 aprile 2010, consid. 2.9; STCA 35.2021.9 del 20 settembre 2021, consid. 2.8; STCA 35.2021.75 del 31 gennaio 2022, consid. 2.4.3; STCA 35.2022.7 del 28 aprile 2022, consid. 2.4.4). 2.7. Per chiarire la questione riguardante l'esigibilità lavorativa, l'assicuratore ha fatto capo all'apprezzamento 12 febbraio 2021 del dr. med. _____ (doc. 201 incarto LAINF), il quale ha ritenuto l'assicurato abile al 100% (tempo e rendimento) in attività adeguate fondandosi sulle conclusioni a cui sono giunti i sanitari della Clinica di _____ al termine della degenza 30 novembre 2020-5 gennaio 2021 (doc. 199 incarto LAINF), come si dirà meglio in seguito. In sede ricorsuale, il patrocinatore dell'insorgente ha contestato la valutazione medica operata dal medico _____, con riferimento a quanto risulta dal rapporto 5 ottobre 2021 relativo all'accertamento professionale svolto dall'assicurato presso il _____ di _____ (doc. 285 incarto LAINF). Il rappresentante legale ha quindi chiesto che l'incarto venga rinviato all'CO 1 " perché abbia a chinarsi sulle conclusioni mediche di cui al rapporto del CAP del 5.10.2021 " (doc. I, pag. 4). 2.8. Chiamato ora a pronunciarsi il TCA rileva innanzitutto che dalle tavole processuali emerge, in particolare, quanto segue. A causa della persistenza di una complessa sintomatologia dolorosa a livello lombare e disfunzionale agli arti inferiori con deficit di forza (cfr. doc. 92 incarto LAINF), RI 1 ha beneficiato di un soggiorno stazionario riabilitativo dal 30 novembre 2020 al 5 gennaio 2021 presso la _____ di _____ (doc. 199 incarto LAINF), al termine del quale i medici che lo hanno preso a carico hanno attestato quanto segue: " (...) Diagnosen A. Unfall vom 27.02.2019: Treppensturz A1 Fraktur LWK1 -27.02.2019 CT LWS: Quetschfraktur L1 mit posteriorer Dislokation des postero-superioren Somatikrandes mit erheblicher Reduktion der Breite des Spinalkanals (ca. 50%) - 27.02.2019 MRI LWS: Instabile Fraktur (Typ A4) L1 mit Retropulsion von ca. 9 mm des postero-superioren Randes, die eine kompressive Wirkung auf den Conus medullaris bedingt; assoziiert mit überwiegend subduralem Hämatom, das sich von Th10 bis L5 mit einer maximalen Dicke von ca. 6 mm erstreckt - 28.02.2019 Posteriore Th11-L3-Spondylodese, L2-Laminektomie mit Neuronavigation und Neuromonitoring - 21.05.2019 MRI LWS: Stabilisierte L1-Fraktur zwischen T11 und L3. An diesen Stellen gibt es signifikante Artefakte aufgrund von Stabilisierungsmedien mit unzureichender Bewertung des intra-spinalen Inhalts. Unterhalb von L3 hat der Wirbelsäulenkanal normale Abmessungen. Anterolisthesis mit Lysis, Grad I L5-S1. Die Bandscheibe ist am linken paramedianen Anulus fixiert. Keine Anzeichen von Kompression. Sakrale radikuläre Zyste. Keine sichtbaren Hämatome - 21.02.2020 CT BWS und LWS: Keine Lockerungszeichen des Osteosynthesematerials. Unveränderter bekannter LWK1-Fraktur - 21.02.2020 MRI HWS: Keine Kompression des Rückenmarks - 11.05.2020 Röntgen BWS und LWS ap/seitlich, MRI BWS und LWS: In Fehlstellung verheiltes Hinterkantenfragment L1 ohne relevante Spinalkanalstenose. Fixateur intern Th11-L3 intakt. Spondylolyse L5 beidseits. B. Erektile Dysfunktion Probleme bei Austritt 1.Rückenschmerzen im BWS und LWS-Bereich 2.Ausstrahlende Rückenschmerzen bis Ferse rechts, etwas weniger links. 3.Rumpfbeweglichkeit eingeschränkt (...). Arbeitsfähigkeit/Zumutbarkeit und Eingliederungsperspektive Zumutbarkeit für die berufliche Tätigkeit als Koch (Arbeitsvertrag ist nicht vorhanden): Tätigkeit nicht zumutbar. Anforderungen zu hoch: mittelschwere Tätigkeit, Zwangshaltungen der LWS, längeres Stehen Zumutbarkeit für andere berufliche

Tätigkeiten: Leichte bis mittelschwere Arbeit. Ganztags Spezielle Einschränkungen (ad LWS): wechselbelastend, keine längerdauernde Einnahme von Zwangshaltungen
Empfehlungen / Prozedere beruflich: Arbeitssuche. Meldung beim RAV. Eventuell Einarbeitung mit Hilfe der IV. Abklärung hinsichtlich Durchführung von Eingliederungsmassnahmen. Es ist fraglich, ob sich der Versicherte im Rahmen der festgelegten Zumutbarkeit tatsächlich arbeitsfähig sieht. (...). (...). Unserem Dafürhalten nach ist ein medizinischer Endzustand erreicht bzw. kurz bevorstehend. (...)" (doc. 199, pag. 2-4; n.d.r.: il grassetto e le sottolineature non sono della redattrice mentre il corsivo è della redattrice). Nell'apprezzamento medico del 12 febbraio 2021 (doc. 201 incarto LAINF) il dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore, ha attestato quanto segue: " (...) Diagnosi Stato dopo frattura di L1 trattata con stabilizzazione vertebrale Th11-L3. Dorsolombalgia persistente. Diagnosi non CO 1 Spondilolisi con spondilolistesi di L5 e lieve fissurazione anulus. Cisti radicolare sacrale. Apprezzamento Siamo di fronte ad un assicurato che ha subito un trauma con una frattura di L1 che ha richiesto una stabilizzazione vertebrale lombare da Th11 ad L3. La frattura di L1 è guarita con una protrusione del muro posteriore ed appare stabilizzata nel corso degli anni, in considerazione del quadro clinico e degli esami eseguiti nel corso della cura. L'assicurato è stato valutato recentemente presso la Clinica di _____ ove è stata eseguita un'esigibilità al lavoro. Per quanto riguarda la valutazione della esigibilità si conferma quanto valutato in occasione del soggiorno presso la Clinica a _____ e si rimanda al relativo rapporto. Molto probabilmente l'attività in essere non sarà più esigibile in misura completa. Si redige pertanto un'esigibilità al lavoro. L'esigibilità al lavoro è redatta in riferimento alla valutazione eseguita presso la Clinica a _____ e si riferisce ai soli postumi infortunistici relativi al rachide lombare, di pertinenza post-infortunistica. L'assicurato è da ritenersi abile in un lavoro da leggero a medio con capacità lavorativa completa nell'arco dell'intera giornata. Vi sono delle limitazioni al sollevamento e porto di pesi. L'assicurato è in grado di sollevare con due braccia fino all'altezza dei fianchi pesi molto leggeri molto spesso e pesi leggeri da 5 a 10 kg spesso, pesi medi da 10 a 25 kg e superiori mai. È in grado di sollevare oltre l'altezza del petto pesi fino a 5 kg molto spesso e pesi superiori ai 5 kg con le limitazioni sopra esposte. Maneggio di attrezzi: l'assicurato è in grado di utilizzare molto spesso attrezzi leggeri e di precisione e medi, attrezzi pesanti solo di rado e molto pesanti mai. La rotazione della mano è possibile molto spesso. Posizione e mobilità: l'assicurato è in grado di eseguire lavori sopra la testa talvolta, lavori che prevedano la rotazione del busto spesso, la posizione seduta e inclinata in avanti molto spesso, la posizione in piedi e inclinata in avanti spesso, la posizione inginocchiata e con flessione delle ginocchia talvolta. Per la posizione a lunga durata, l'assicurato è in grado di mantenere la posizione seduta e la posizione in piedi spesso con possibilità di cambiare frequentemente fra una posizione e l'altra. Per quanto riguarda lo spostamento l'assicurato è in grado di eseguire molto spesso spostamenti brevi fino a 50 m, talvolta può camminare per lunghi tratti, solo occasionalmente su terreno accidentato, salire le scale talvolta, salire le scale a piolo occasionalmente. L'uso delle due mani è possibile, equilibrio e stare in equilibrio possibile. L'assicurato in un lavoro che rispetti l'esigibilità espressa è da ritenersi abile in misura completa nell'arco dell'intera giornata con rendimento completo e senza pause supplementari. (...)" (doc. 201, pag. 3-4; n.d.r.: il grassetto non è della redattrice mentre il corsivo è della redattrice). L'11 gennaio 2021 il ricorrente si è nuovamente sottoposto ad una valutazione medica specialistica presso la Clinica _____ di _____ (doc. 116 incarto LAINF), ove il PD dr. med. _____, specialista FMH in

neurologia e Primario del Centro _____, ha attestato quanto segue: "(...) Diagnosen 1. Inkomplette Paraplegie ASIA D sub Th8 •St. n. Fixateur intern Th11-L3 mit Laminektomie L2 und subdurale Hämatomentfernung Th10-L5 bei LWK1-Fraktur am 28.02.2019 (Ospedale _____, Dr. med. _____) bei •St. n. Sturz am 27.02.2019 •MRI BWS/LWS vom 11.02.2020: In Fehlstellung verheiltes Hinterkantenfragment L1 ohne relevante Spinalkanalstenose bei Status nach Laminektomie. Keine Foramenstenose. Normale Signalintensität des Myelons. 2. Erektile Dysfunktion im Rahmen Dg. 1 Anamnese (...) Neurophysiologische Zusatzuntersuchungen Siehe tabellarisches Beiblatt. (...). Beurteilung und Prozedere Der klinische und neurophysiologische Befund ist vereinbar mit einer inkompletten Paraplegie ASIA D sub Th8, wobei sich neurophysiologisch eine leichte spinale Afferenz- und Efferenzstörung von bzw. zu den unteren Extremitäten rechtsbetont zeigt. Ursächlich ist, aufgrund der anamnestischen Angaben, am ehesten der Sturz im Februar 2019. (...)" (doc. 205, pag. 1 e 2; n.d.r.: il grassetto non è della redattrice mentre il corsivo è della redattrice). Interpellato a tal riguardo dall'CO 1, il 6 aprile 2021 il dr. med. _____, Capoclinica della _____ di _____ (doc. 214 incarto LAINF) ha risposto quanto segue: "(...). Die neu gestellte Diagnose „Inkomplette Paraplegie ASIA D SubTh8 „, hat/könnte einen Einfluss auf die Zumutbarkeit haben. Als Erstes würde ich den neuen Befund Holger Schmid von VMG vorlegen um seine Meinung zu erfahren. Er hat ja zuletzt die erektile Dysfunktion abgelehnt. Wenn wir die Diagnose akzeptieren müssen, hat das erhebliche Konsequenzen, u.a. wäre eine erhebliche IE geschuldet. Aus meiner Perspektive müsste man die Zumutbarkeit nach unten korrigieren, whs auf Leicht. Aber wie gesagt, ich würde zuerst VMG befragen, dann würde ich edierbar Stellung nehmen. Ich gehe davon aus, dass man die neue Diagnose akzeptieren muss. (...)" (n.d.r.: il corsivo è della redattrice). Interpellato a tal riguardo dall'CO 1, nell'apprezzamento medico del 9 aprile 2021 (doc. 217 incarto LAINF) il dr. med. _____ ha attestato quanto segue: "(...). Schlussfolgerung (...) Eine im Rahmen der Abklärungen mit erheblicher zeitlicher Verzögerung zum Unfall neu aufgetretene Diagnose einer inkompletten Paraplegie ASIA D sub Th8 ist nicht überzeugend nachvollziehbar. Abgestützt auf die klinischen Befunde ist bis auf eine Sensibilitätsstörung sub Th8 mit Punctum maximum Th12 bis L2 kein klinischer Befund vorhanden, welcher diese Diagnose untermauert. Paresen oder eine Blasen-/Mastdarmstörung bestehen nicht. Der Befund der transkraniellen Mag-netstimulation ist bei nur sehr leichter Verlängerung der ZML eingeschränkt als pathologisch zu bewerten. (...)" (doc. 217, pag. 1-4 incarto LAINF; n.d.r.: il grassetto e il corsivo non sono della redattrice mentre la sottolineatura è della redattrice). 2.9. Attentamente esaminata la documentazione medica agli atti (in particolare, quella riassunta al considerando 2.8), questa Corte constata innanzitutto che, per quel che riguarda l'aspetto somatico, l'11 gennaio 2021 il PD dr. med. _____, specialista FMH in neurologia e Primario del Centro _____ della Universitätsklinik _____ di _____ (doc. 116 incarto LAINF) - dopo avere eseguito anche un esame neurofisiologico - ha posto la diagnosi di " paraplegia incompleta ASIA D " che, secondo il dr. med. _____, Capoclinica della _____ di _____ - oltre ad avere un influsso sulla capacità lavorativa - dovrebbe pure essere presa a carico dall'CO 1 (doc. 214 incarto LAINF). Dal canto suo, il dr. med. _____, specialista FMH in neurologia, nell'apprezzamento medico del 9 aprile 2021, ha ritenuto che tale diagnosi " ist nicht überzeugend nachvollziehbar. " (doc. 217 incarto LAINF). Ora, la presenza agli atti di pareri medici specialistici contraposti su un aspetto di fondamentale importanza (presenza o meno di

una diagnosi neurologica con influsso sulla capacità lavorativa), non consente a questa Corte di decidere in un senso oppure nell'altro, posto che quanto sostenuto dal PD dr. med. _____ del Centro _____ della Universitätsklinik _____ di _____ appare atto a generare dei dubbi, perlomeno lievi, circa la fondatezza del parere espresso dallo specialista interpellato dall'amministrazione. In simili circostanze - tenuto pure conto della documentazione riassunta al considerando 2.8. - secondo il TCA è necessario un approfondimento peritale, che dovrà essere di natura neurologica, volto a stabilire se l'assicurato è affetto da una paraplegia incompleta ASIA D e se tale patologia è stata causata dall'infortunio assicurato. Nell'affermativa, il perito dovrà pure determinare se l'affezione in questione ha un'incidenza sulla valutazione dell'esigibilità lavorativa e della menomazione dell'integrità. Trattandosi d'assicurati che hanno subito un danno infortunistico agli arti inferiori, il TCA ricorda di avere in passato di regola ammesso una completa capacità lavorativa (con pieno rendimento) in attività idonee. La fattispecie sub iudice si differenzia dalle precedenti per il motivo che la (eventuale) presenza di una paraplegia incompleta ASIA D potrebbe di per se giustificare una diversa soluzione e si tratta quindi di un aspetto che merita appunto di essere approfondito mediante una perizia specialistica esterna (per dei casi analoghi, cfr. STCA 35.2018.39 del 24 ottobre 2018 consid. 2.10 relativo un assicurato che aveva sviluppato delle neuropatie all'arto inferiore destro rispettivamente la STCA 32.2018.177 del 2 settembre 2019 consid. 2.9 relativo un assicurato che aveva sviluppato una CRPS al piede destro). 2.10. In una sentenza di principio 9C_243/2010 del 28 giugno 2011, pubblicata in DTF 137 V 210, il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche rivolte alla giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; art. 72bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione. In quella pronunzia, l'Alta Corte ha pure precisato in quali casi il Tribunale cantonale deve allestire direttamente una perizia giudiziaria e in quali altri può rinviare gli atti all'assicuratore per un complemento istruttorio. Il TF ha, al riguardo, sviluppato le seguenti considerazioni: " (...) 4.4.1.1 Ist das Gutachten einer versicherungsinternen oder -externen Stelle nicht schlüssig und kann die offene Tatfrage nicht anhand anderer Beweismittel geklärt werden, so stellt sich das Problem, inwieweit die mit der Streitsache befasste Beschwerdeinstanz noch die Wahl haben soll zwischen einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung, damit diese eine neue oder ergänzende Expertise veranlasse, und der Einholung eines Gerichtsgutachtens. Das Bundesgericht hat dazu jüngst festgehalten, die den kantonalen Gerichten zufallende Kompetenz zur vollen Tatsachenprüfung (Art. 61 lit. c ATSG) sei nötigenfalls durch Einholung gerichtlicher Expertisen auszuschöpfen (BGE 136 V 376 E. 4.2.3 S. 381). Dies schliesst ein, dass die erstinstanzlichen Gerichte diese Befugnis nicht ohne Not durch Rückweisung an die Verwaltung delegieren dürfen. 4.4.1.2 Die Vorteile von Gerichtsgutachten (anstelle einer Rückweisung an die IV-Stelle) liegen in der Straffung des Gesamtverfahrens und in einer beschleunigten Rechtsgewährung. Die direkte Durchführung der Beweissmassnahme durch die Beschwerdeinstanz mindert das Risiko von - für die öffentliche Hand und die versicherte Person - unzumutbaren multiplen Begutachtungen. Zwar gilt die Sozialversicherungsverwaltung mit Blick auf die differenzierten Aufgaben und die dementsprechend unterschiedliche funktionelle und instrumentelle Ausstattung der Behörden in der Instanzenabfolge im Vergleich mit der Justiz als regelmässig besser geeignet, Entscheidungsgrundlagen zu vervollständigen (BGE 131 V 407 E. 2.1.1 S. 411). In der hier massgebenden Verfahrenssituation schlägt diese Rechtfertigung für eine Rückweisung indessen nicht durch. 4.4.1.3 Die Einschränkung der

Befugnis der Sozialversicherungsgerichte, eine Streitsache zur neuen Begutachtung an die Verwaltung zurückzuweisen, verhält sich komplementär zu den (gemäss geänderter Rechtsprechung) bestehenden partizipativen Rechten der versicherten Person im Zusammenhang mit der Anordnung eines Administrativgutachtens (Art. 44 ATSG; vgl. oben E. 3.4). Letztere tragen zur prospektiven Chancengleichheit bei, derweil das Gebot, im Falle einer Beanstandung des Administrativgutachtens eine Gerichtsexpertise einzuholen, die Waffengleichheit im Prozess gewährleistet, wo dies nach der konkreten Beweislage angezeigt ist. Insoweit ist die ständige Rechtsprechung, wonach das (kantonale) Gericht prinzipiell die freie Wahl hat, bei festgestellter Abklärungsbedürftigkeit die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen oder aber selber zur Herstellung der Spruchreife zu schreiten (vgl. statt vieler ARV 1997 Nr. 18 S. 85 E. 5d mit Hinweisen, C 85/95; Urteil vom 11. April 2000 E. 3b, H 355/99), zu ändern. 4.4.1.4 Freilich ist es weder unter praktischen noch rechtlichen Gesichtspunkten - und nicht einmal aus Sicht des Anliegens, die Einwirkungsmöglichkeiten auf die Erhebung des medizinischen Sachverhalts fair zu verteilen - angebracht, in jedem Beschwerdefall auf der Grundlage eines Gerichtsgutachtens zu urteilen. Insbesondere ist der Umstand, dass die MEDAS von der Invalidenversicherung finanziert werden, kein genügendes Motiv dafür. Doch drängt sich auf, dass die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten einholt, wenn sie einen (im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen) medizinischen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist (vgl. die Kritik an der bisherigen Rückweisungspraxis bei Niederberger, a.a.O., S. 144 ff.). Die betreffende Beweiserhebung erfolgt alsdann vor der - anschliessend reformatorisch entscheidenden - Beschwerdeinstanz selber statt über eine Rückweisung an die Verwaltung. Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (siehe beispielsweise das Urteil 9C_646/2010 vom 23. Februar 2011 E. 4; vgl. auch SVR 2010 IV Nr. 49 S. 151 E. 3.5, 9C_85/2009)." (DTF 137 V 263-265) In una sentenza 8C_59/2011 del 10 agosto 2011 - dunque successiva a quella pubblicata in DTF 137 V 210 -, emanata in materia di assicurazione contro gli infortuni, il Tribunale federale ha ribadito i principi sviluppati nella DTF 135 V 465, in particolare che, in presenza di dubbi circa l'affidabilità di rapporti allestiti da medici di fiducia, il giudice (cantonale) è libero di scegliere se ordinare direttamente una perizia giudiziaria oppure rinviare gli atti all'amministrazione affinché disponga essa stessa una perizia seguendo la procedura di cui all'art. 44 LPGGA: " Um solche Zweifel auszuräumen, wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 135 V 465 E. 4.6 S. 471)." (STF 8C_59/2011, consid. 5.2) In una sentenza 8C_412/2019 del 9 luglio 2020 consid. 5.4, la Corte federale ha rinviato la causa all'assicuratore LAINF (e non al tribunale cantonale che aveva respinto il ricorso della persona assicurata) affinché disponesse l'esecuzione di una perizia ai sensi dell'art. 44 LPGGA, precisando che laddove esistano dubbi circa l'attendibilità e la pertinenza della valutazione del medico fiduciario, spetta in primo luogo all'assicuratore contro gli infortuni procedere a ulteriori atti istruttori per determinare d'ufficio i fatti determinanti e, se del caso, assumere le prove necessarie prima di emanare la decisione (art. 43 LPGGA): "

Lorsqu'il existe des doutes sur la fiabilité et la pertinence de l'appréciation du médecin-conseil, il appartient en premier lieu à l'assureur-accidents de procéder à des instructions complémentaires pour établir d'office l'ensemble des faits déterminants et, le cas échéant, d'administrer les preuves nécessaires avant de rendre sa décision (art. 43 al. 1 LPG; ATF 132 V 368 consid. 5 p. 374; arrêt 8C_401/209 du 9 juin 2020 consid. 5.3.3. et ses références)." (STF 8C_412/2019, consid. 5.4.) (si veda pure la STF 8C_697/2019, 8C_698/2019 del 9 novembre 2020 consid. 4.1; STCA 35.2020.88 dell'8 febbraio 2021 consid. 2.10; STCA 35.2020.70 del 1° marzo 2021 consid. 2.10; STCA 35.2020.100 del 22 marzo 2021 consid. 2.10; STCA 35.2021.12 del 16 giugno 2021 consid. 2.10). Con una sentenza 8C_445/2021 del 14 gennaio 2022 consid. 4.4, pubblicata in SVR 10/2022 UV n. 34 p. 137 ss., l'Alta Corte ha stabilito che, laddove un tribunale cantonale determini il diritto alle prestazioni facendo capo a un rapporto del medico curante prodotto nel quadro della procedura di opposizione, sebbene ci si trovi in presenza di un caso di applicazione della DTF 135 V 465 che richiede l'intervento di un perito esterno, la causa deve essere rinviata all'amministrazione, e non ai giudici di prime cure, affinché proceda a un complemento istruttorio. È in effetti in primo luogo compito dell'amministrazione disporre degli atti istruttori complementari volti ad accertare d'ufficio tutti i fatti pertinenti e, se del caso, raccogliere le prove necessarie prima di rendere la propria decisione. Nella presente fattispecie, il TCA ritiene soddisfatti i presupposti per un rinvio degli atti all'istituto convenuto (cfr. STF 8C_59/2011 del 10 agosto 2011 e DTF 135 V 465), già per il solo fatto che esso ha fondato la decisione su opposizione impugnata sul parere dei propri medici fiduciari. In un caso del genere, per costante prassi, il TCA, anziché ordinare esso stesso una perizia giudiziaria, rinvia gli atti all'amministrazione affinché disponga una perizia esterna ai sensi dell'art. 44 LPG (cfr., in questo senso, STF 8C_757/2014 del 16 gennaio 2015 consid. 3.2., STCA 35.2014.103 dell'11 marzo 2015 consid. 2.9., STCA 35.2014.96 del 25 febbraio 2015 consid. 2.9., STCA 35.2014.47 del 2 febbraio 2015 consid. 2.8., STCA 35.2014.66 del 22 dicembre 2014 consid. 2.9 e 35.2014.50 del 10 novembre 2014 consid. 2.13; D. Cattaneo "Les erreurs les plus fréquentes des expertises médicales dans les assurances sociales" in: CGRSS n. 50 – 2014 pag. 137 seg. n. 15 pag. 140). Per le ragioni già esposte al considerando 2.9., si giustifica il rinvio degli atti all'amministrazione affinché disponga - previo richiamo dell'incarto AI - un approfondimento esterno (art. 44 LPG), nella forma di una perizia neurologica, volta a determinare se l'assicurato è affetto da una paraplegia incompleta ASIA D e se tale patologia è stata causata dall'infortunio assicurato. Se del caso, il perito dovrà pure stabilire se l'affezione in questione ha un'incidenza sulla valutazione dell'esigibilità lavorativa e della menomazione dell'integrità. Sulla scorta delle relative risultanze, l'CO 1 si pronuncerà di nuovo sul diritto alle prestazioni dell'assicurato. 2.11. Da ultimo, il TCA rileva che è prematuro pronunciarsi in merito alle ulteriori censure sollevate dal patrocinatore del ricorrente. Per motivi di economia processuale, questa Corte segnala comunque che, per costante giurisprudenza federale, se la persona assicurata era disoccupata al momento in cui le è occorso l'infortunio oppure se nel periodo sino all'inizio della rendita essa avrebbe perso il posto di lavoro anche senza l'infortunio, il reddito da valido deve essere desunto dai dati della rilevazione svizzera della struttura dei salari (RSS) (cfr., tra le tante, la STF 8C_314/2019 del 10 settembre 2019 consid. 6.1 e riferimenti ivi citati; la STF 8C_728/2016 del 21 dicembre 2016 consid. 3.1 in fine e riferimento ivi citato e la STF 9C_501/2013 del 28 novembre 2013, consid. 4.2 in fine e 4.3.2 e riferimenti ivi citati; in questo senso, si veda pure L. Grisanti, Nuove regole per la valutazione dell'invalidità, in RtiD II-2006, p. 316; cfr., tra le tante, la STCA 32.2019.24 del 28 gennaio

2020, consid. 2.6.1). Questa giurisprudenza è stata confermata anche nella STF 8C_260/2020 del 2 luglio 2020 pubblicata in SVR 2020 IV Nr.71 e nella STF 8C_104/2021 del 27 giugno 2022 consid. 6.3.1. Nel caso di assicurati che hanno perso il lavoro per motivi estranei all'invalidità va preso in considerazione il salario statistico conseguibile nell'ultima professione esercitata, rispettivamente conseguibile in funzione dei titoli di studio ed in base all'esperienza professionale concreta e non il salario statistico conseguibile in un'attività semplice e ripetitiva (cfr. STCA 32.2013.61 del 22 novembre 2013; STCA 32.2013.216 del 22 settembre 2014, STCA 32.2017.175 del 30 maggio 2018, STCA 35.2018.123 del 27 marzo 2019; STCA 35.2019.25 del 5 settembre 2019, consid. 2.6; STCA 35.2019.57 del 14 ottobre 2019, consid. 2.6). Sul tema dei livelli di competenza, si vedano, tra le tante, la STCA 35.2021.88 del 14 marzo 2022 consid. 2.5.8 e i rinvii ivi citati; la STCA 35.2022.7 del 28 aprile 2022 consid. 2.7.2 e i rinvii ivi citati e la STCA 35.2022.29 dell'11 luglio 2022, consid. 2.4.7. Per una panoramica di casi in cui è stato applicato il livello di competenze 2, si veda la STF 8C_131/2021 del 2 agosto 2021 consid. 7.4.1, pubblicata in: SVR 1/2022 UV n. 3 p. 7 ss. e la STF 8C_276/2021 del 2 novembre 2021 consid. 5.4.1, pubblicata in: SVR 4-5/2022 UV n. 22 p. 70 ss.). Va infine ricordato che la più recente giurisprudenza federale ha stabilito che il livello di qualifica 1 dei dati RSS comprende già tutta una serie di attività leggere, che tengono conto di molte limitazioni. In altre parole, possono essere considerate sotto il cappello delle limitazioni funzionali solo circostanze che in un mercato equilibrato del lavoro devono essere considerate come eccezionali. Negli altri casi non viene applicata nessuna deduzione a questo titolo neppure se la capacità lavorativa è totale in attività adeguate e non si pone dunque il problema di un'indebita doppia deduzione (sentenze 8C_495/2019 dell'11 dicembre 2019 consid. 4.2.2 con riferimento a 8C_82/2019 del 19 settembre 2019 consid. 6.3.2; 8C_730/2019 del 10 giugno 2020 consid. 4.4.4; 8C_765/2019 del 10 giugno 2020 consid. 5.4.4; 8C_9/2020 del 10 giugno 2020 consid. 4.4.4; in questo senso, si veda pure A. Bernasconi, "8C_9/2020 du 10 juin 2020 - Abatement sur le revenu d'invalides selon l'ATF 126 V 75", in SZS/RSAS 1/2021 n. 49). Occorre inoltre considerare che le limitazioni mediche già incluse nell'esame della capacità lavorativa residua, non devono influire ulteriormente nella disamina della riduzione del reddito da invalido e a un conteggio doppio del medesimo aspetto: la sola circostanza che per l'assicurato siano esigibili soltanto attività leggere fino medio complesse non giustifica anche in caso di una capacità lavorativa limitata una riduzione aggiuntiva dovuta alle limitazioni personali (sentenze 8C_805/2016 del 22 marzo 2017 consid. 3.1 e 3.4.2 e 9C_846/2014 del 22 gennaio 2015 consid. 4.1.1 con riferimenti; STCA 32.2020.90 del 3 maggio 2021 consid. 2.10; STCA 32.2021.60 del 21 febbraio 2022 consid. 2.9.4; STCA 35.2021.94 del 30 marzo 2022 consid. 2.12). In questo contesto, si vedano anche le recenti STF 8C_74/2022 del 22 settembre 2022 e 8C_716/2021 del 12 ottobre 2022. 2.12. Alla luce di quanto precedentemente esposto, questo Tribunale rinuncia all'assunzione di ulteriori prove. Va ricordato che, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove ; cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2. ed., pag. 274, si veda pure STF 9C_632/2012 del 10 gennaio 2013; STF 9C_231/2012 del 24 agosto 2012). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b,

122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata; STCA 32.2018.211 del 21 ottobre 2019, consid. 2.6; STCA 32.2019.63 del 27 aprile 2020, consid. 2.14). L'incarto LAINF è stato peraltro versato agli atti con la risposta di causa. 2.13. Visto l'esito del ricorso (il rinvio con esito aperto equivale a piena vittoria, cfr., da ultimo, STF 8C_859/2018 del 26 novembre 2018 consid. 5 con rinvio a DTF 137 V 210 consid. 7.1 p. 271 e riferimento), l'CO 1 verserà all'insorgente, rappresentato da un avvocato, l'importo fr. 2'500 (IVA inclusa) a titolo d'indennità per ripetibili. 2.14. 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. 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 16 maggio 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).

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