

TI_GERICHTE 35.2023.45 vom 12. Februar 2024

TI Tribunale d'appello, 2024-02-12, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2023.45

FR: TI_GERICHTE 35.2023.45 du 12 février 2024

IT: TI_GERICHTE 35.2023.45 del 12 febbraio 2024

Erwägungen

E. 18

marzo 2019, consid. 2.2.2; STCA 35.2020.86 dell'8 marzo 2021, consid. 2.3.1; STCA 35.2020.98 del 26 marzo 2021, consid. 2.3.1; STCA 35.2021.58 del 18 ottobre 2021, consid. 2.3.1). 2.3.2. La patrocinatrice del ricorrente ha contestato che sia stata raggiunta la stabilizzazione dello stato di salute, dato che vi sono ancora delle opzioni terapeutiche, quali un intervento chirurgico per le cicatrici; un trattamento EMDR per i disturbi psichici, come indicato dalla stessa perita psichiatra del _____, nonché l'impianto di un neurostimolatore, come prospettato dal PD dr. _____ (doc. I). In sede di risposta, l'CO 1 ha confermato che lo stato di salute è ormai da tempo stabilizzato, come valutato dagli specialisti del _____ nella perizia del 1° aprile 2019 e nel complemento peritale del 21 giugno 2021. In particolare, l'amministrazione ha indicato che: " 10. L'CO 1, con la decisione su opposizione, ha spiegato per quali motivi non può essere ammesso che, al momento della sospensione delle prestazioni di breve durata, esistevano delle ulteriori cure atte a portare ad un sensibile miglioramento della situazione dell'assicurato. L'INSAI ha in particolare rilevato che la terapia EMDR evocata dalla perita psichiatra non è mai stata caldeggiata dallo psichiatra curante. L'assicurato ha peraltro riferito alla dr.ssa _____ che è andato a fare una EMDR da una psicologa che è servita "niente di niente". 11. In data 17.10.2022 il Servizio medico dell'CO 1 si è espresso in merito alla mancata presa a carico del neurostimolatore prospettata dal PD dr. _____. L'CO 1 non può fare astrazione dalle questioni formali previste dalla Commissione delle tariffe mediche fermo restando che il PD dr. _____, concludendo il proprio apprezzamento del 17.10.2022, ha rilevato che: *Versicherungsmedizinisch-neurologisch gibt es mit Hinweis auf den aktuellen neurologischen Bericht vom 03.06.2022 jedoch ebenfalls kein indikative Diagnose in überwiegend wahrscheinlichem Unfallzusammenhang für eine invasive Testimplantation eines Neurostimulators: Es wird diesbezüglich auf die einschlägige, unverändert geltende, deutschsprachige Leitlinienliteratur hingewiesen.* Sintomatico è il fatto che – a detta di quanto riferito dall'assicurato alla dr.ssa _____ – il PD dr. _____ gli ha riferito che il neurostimolatore potrebbe cambiargli la vita. Si tratta pertanto solo di una possibilità allorquando nel diritto delle assicurazioni sociali le questioni di fatto devono essere comprovate secondo il criterio della probabilità preponderante. La semplice possibilità non basta. Un miglioramento deve essere probabile in prospettiva." (Doc. III) 2.3.3. Dalle carte processuali si evince che la questione della stabilizzazione dello stato di salute è stata opportunamente valutata dai periti del _____, i quali hanno proceduto ad un attento esame dei diversi disturbi dell'interessato. Nel referto peritale del 1° aprile 2019 (doc. 550) i periti amministrativi, al termine di una discussione multidisciplinare, hanno attestato, quanto segue: "(...). 3. limitatamente per quanto concerne le affezioni in relazione di causalità almeno probabile con l'infortunio sussistono delle cure atte a comportare un notevole miglioramento della capacità di lavoro e di guadagno dell'A.? Dal lato ortopedico,

no. Dal lato neurologico vi sono delle cure per mantenere stabile la situazione attuale ed evitare un peggioramento della capacità di lavoro e di guadagno; da questi trattamenti però non si arriva ad un notevole miglioramento della capacità lavorativa e di guadagno dell'A. Dal lato psichiatrico, sì. 7.5.1 Se sì, quali cure? Dal punto di vista neurologico, per mantenere stabile la situazione attuale, l'A. dovrà continuare con il trattamento con Lyrica 150 mg 1-0-1, come anche con il Cialis. Senza Lyrica potrebbe avere una capacità lavorativa minore. Inoltre dovrà continuare gli esercizi che svolge generalmente, sia in palestra, che a casa, per mantenere il suo stato muscolare agli arti inferiori. Per quanto riguarda la presa a carico psichiatrica, è assolutamente da iniziare il prima possibile la terapia EMDR che, rielaborando il trauma, ha ricaduta positiva sull'insonnia, sul dolore cronico (protocollo Grant per il dolore cronico) e sull'accettazione delle prospettive future di lavoro, inclusa l'eventuale frustrazione se non si contempla la guida del camion. In alternativa, ipnosi o terapia cognitivo-comportamentale per l'insonnia (TCC-I), meno incisiva e rapida rispetto all'EMDR." (Doc. 551, pag. 58). Nel complemento peritale del 21 giugno 2021 gli specialisti del _____ hanno confermato il loro precedente apprezzamento, ritenendo la documentazione medica prodotta dall'assicurato ininfluenza sugli esiti peritali (cfr. doc. 713). 2.3.4. In sede ricorsuale, la patrocinatrice dell'insorgente ha insistito nel richiedere il ripristino delle prestazioni di corta durata, basando le proprie pretese sui seguenti referti medici: - referto del 9 agosto 2023 della dr.ssa _____, Capoclinica di Medicina del sonno, la quale ha indicato di seguire l'assicurato dal 6 marzo 2017 per insonnia cronica di addormentamento e di mantenimento, secondaria a componente algica da esiti di politrauma, rilevando come la severità del quadro clinico dell'insonnia è al momento sotto controllo con la terapia in atto, la quale migliora i disturbi, chiedendo alla CO 1 il rimborso degli esami e delle visite mediche di follow-up (doc. F3); - referto del 31 luglio 2023 del Prof. dr. _____, Primario del Servizio multisito di Chirurgia Plastica, Ricostruttiva ed estetica, il quale ha proposto all'assicurato diverse sedute di correzione di cicatrice nella parte anteriore e posteriore del corpo (doc. F2); - referto del 18 luglio 2023 dello psichiatra curante, dr. _____, il quale ha contestato che l'assicurato presenti la diagnosi - ritenuta invece dalla dr.ssa _____ - di elaborazione di sintomi fisici per ragioni psicologiche (doc. F1). Con osservazioni del 14 settembre 2023 l'amministrazione ha indicato che "per quanto riguarda le cicatrici l'CO 1 conferma che accetta di lasciare aperto il caso e più precisamente l'esame del diritto all'indennità per menomazione all'integrità nell'attesa dell'esito delle sedute di correzione" (doc. XVII). Quanto agli aspetti psichici, l'CO 1 si è rifatto a quanto valutato dalla dr.ssa _____ con apprezzamento medico del 13 settembre 2023, con il quale la specialista in psichiatria ha confermato la correttezza della diagnosi di elaborazione di sintomi fisici per ragioni psicologiche (doc. XVII/1). In corso di causa, la patrocinatrice dell'assicurato ha ancora inviato ulteriore documentazione medica e meglio: - referto dell'11 luglio 2023 del PD dr. _____, Viceprimario del Centro per la terapia del dolore presso il _____, il quale ha indicato che "come l'ultima volta abbiamo spiegato al paziente che purtroppo la neurostimolazione potrebbe essere l'unica possibilità di migliorare in modo significativo i sintomi, ma purtroppo si dovrebbe avere almeno la possibilità di eseguire un test con posa di elettrodi ed una batteria esterna, per il quale non abbiamo ancora il consenso per la copertura dei costi da parte della Spettabile CO 1" (doc. XIX/1); - referto del 24 settembre 2023 del dr. _____, Capoclinica della Clinica di riabilitazione, il quale ha chiesto la possibilità di recuperare le sedute di fisioterapia perse (e già riconosciute con una frequenza di una volta a settimana) attraverso un incremento della frequenza

settimanale (doc. XIX/2). Con osservazioni del 26 settembre 2023 l'Istituto assicuratore ha indicato che "incombe al centro di competenza della _____ - al quale il dott. _____ ha indirizzato la sua richiesta del 14.09.2023 nuovamente proposta in questa sede – esprimersi in merito alle cure fisioterapiche che, come già rilevato, non sono oggetto della presente procedura. Il PD dott. _____ non ha fatto valere nessun nuovo elemento per cui l'CO 1 si permette di rinviare a quanto enunciato" (doc. XXIII).

L'insorgente ha poi trasmesso al TCA un ulteriore referto del dr. _____, datato 3 ottobre 2023, con il quale lo psichiatra curante ha ribadito le proprie obiezioni riguardo alle diagnosi poste dalla dr.ssa _____ (doc. XXV/1). Con apprezzamento medico del 19 ottobre 2023, la dr.ssa _____ ha considerato che quanto affermato dal dr. _____ non sia in grado di apportare nuovi elementi atti ad invalidare le sue conclusioni precedenti (doc. XXIX/1). Il dr. _____ ha ribattuto, con osservazioni del 6 novembre 2023, confermando ancora una volta la correttezza delle proprie diagnosi (doc. XXIII/1). Con apprezzamento medico del 16 novembre 2023, la dr.ssa _____ ha ribadito le proprie posizioni, rilevando come "la sintomatologia presente causa un disagio, ma non è sufficientemente grave da giustificare una diagnosi di episodio depressivo, grave, medio e nemmeno lieve. Indipendentemente dalla diagnosi, lo stato psichico dell'assicurato, constatato in occasione della visita in agenzia (il dott. _____ nei suoi rapporti non ha mai riferito di un peggioramento dello stato psichico), non ha conseguenze a lungo termine sulla capacità lavorativa" (doc. XXXV/1).

2.3.5. 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; STFA U 259/02 dell'8 luglio 2003 consid. 2.1.1; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in BJM 1989, p. 30ss.). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10 p. 33 ss. e RAMI 1999 U 356 p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Nella DTF 135 V 465, l'Alta Corte ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve, a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti.

Trattandosi invece di perizie affidate dagli assicuratori sociali, durante la procedura amministrativa, a medici esterni all'amministrazione o a servizi specializzati indipendenti, esse godono di piena forza probatoria, a condizione che non esistano indizi concreti che ne mettano in dubbio l'affidabilità (cfr. STF 8C_862/2014 del 2 aprile 2015 consid. 3.2 e riferimenti ivi citati; STCA 35.2020.47 del 1° febbraio 2021, consid. 2.2.4, STCA

35.2021.57 del 20 settembre 2021, consid. 2.8 e STCA 35.2021.75 del 31 gennaio 2022, consid. 2.4.6). Per quel che concerne il valore probante di un rapporto medico, determinante è che esso sia completo sui temi sollevati, che sia fondato su esami approfonditi, che tenga conto delle censure sollevate dalla persona esaminata, che sia stato redatto in piena conoscenza dell'anamnesi, che sia chiaro nella presentazione del contesto medico e che le conclusioni dell'esperto siano motivate (cfr. SVR 2002 IV Nr. 21 p. 63; DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191ss.; DTF 122 V 160 ss., consid. 1c e riferimenti). L'elemento rilevante per decidere circa il valore probante, non è né l'origine del mezzo di prova né la sua designazione quale rapporto oppure quale perizia, ma semplicemente il suo contenuto (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti). È infine utile osservare che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va, tuttavia, precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (cfr. STF I 811/03 del 31 gennaio 2005, consid. 5 in fine; STF I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV Nr. 10 p. 35 consid. 4b).

2.3.6. Alla luce di quanto emerge dalla documentazione medica esposta in precedenza, ribadito che, secondo la giurisprudenza federale, la questione della stabilizzazione va valutata in maniera prospettica, ponendosi al momento in cui le prestazioni sono state interrotte (dunque, in casu, nel mese di marzo 2018), occorre ritenere dimostrato che al più tardi al momento in cui l'amministrazione ha posto termine alle prestazioni di corta durata, non vi erano più misure terapeutiche atte, con verosimiglianza preponderante, a migliorare notevolmente le condizioni di salute infortunistiche dell'insorgente. Per quanto concerne i prospettati interventi alle cicatrici indicati dal Prof. dr. _____ in data 31 luglio 2023 (cfr. doc. F2), il TCA rileva che l'amministrazione ha accettato di lasciare aperto il caso con riferimento alla valutazione dell'IMI nell'attesa dell'esito delle sedute di correzione (cfr. doc. XVII).

2.3.7. Quanto al beneficio derivante da un impianto di neurostimolazione, invocato dalla patrocinatrice dell'insorgente quale motivo alla base del mancato raggiungimento della stabilizzazione dello stato di salute, lo stesso non può essere condiviso dal TCA. In una sentenza 35.2018.75 del 3 luglio 2019, chiamato ad esprimersi in una fattispecie analoga, concernente la richiesta di assunzione dei costi legati ad un neuromodulatore spinale, questo Tribunale ha avuto modo di sviluppare le seguenti considerazioni: " (...) 2.4. RI 1 chiede, in secondo luogo, che l'istituto assicuratore resistente si assuma i costi legati al neuromodulatore spinale, il cui impianto verrebbe consigliato dai suoi medici curanti specialisti (doc. I, p. 28). Secondo l'art. 10 cpv. 1 LAINF, l'assicurato ha diritto alla cura appropriata dei postumi d'infortunio, segnatamente ai mezzi ed agli apparecchi occorrenti per la sua guarigione (lett. e). Per "mezzi ed agli apparecchi occorrenti per la sua guarigione" s'intendono gli strumenti terapeutici che non sono né dei medicinali né delle analisi né dei mezzi ausiliari volti a compensare un pregiudizio fisico o funzionale (art. 11 LAINF). Si tratta segnatamente delle protesi e dei mezzi ausiliari provvisori (ad esempio, le stampelle), come pure degli apparecchi considerati quali cure fornite da un medico o facenti parte integrante del trattamento (cfr., in questo senso, A. Ghélew/O. Ramelet/J.-B. Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), Losanna 1992, p. 74; KOSS – Hürzeler/Kieser, art. 10 LAINF, n. 13; M. Lanz, Leistungen und Grundsätze im Hilfsmittelrecht der schweizerischen Sozialversicherung, in SZS 2016, p. 116, n. 179). Nella concreta

evenienza, secondo questa Corte, il neurostimolatore spinale rientra proprio nella categoria di prestazioni di cui alla lett. e dell'art. 10 cpv. 1 LAINF (e non in quella dei mezzi ausiliari), tenuto conto che prevale l'aspetto terapeutico (del resto, secondo i medici curanti specialisti, il neurostimolatore servirebbe da alternativa alla farmacoterapia), rispetto a quello consistente nella compensazione di un pregiudizio fisico o funzionale. La cura deve essere medicalmente indicata e scientificamente riconosciuta (KOSS – Hürzeler/Kieser, art. 10 LAINF, n. 8) Nella presente fattispecie, va innanzitutto precisato che da parte del dott. _____, Responsabile del Centro _____, è stata posta per il momento l'indicazione per un semplice “ test di neurostimolazione”, i cui esiti dovrebbero ancora essere oggetto di valutazione (su questo aspetto, si veda il referto 17 agosto 2011 del dott. _____ – allegato al doc. XVIII: “Lo stimolatore provvisorio consentirebbe di valutare l'efficacia di una stimolazione elettrica, al fine di mascherare i dolori urenti, che il paziente avverte all'arto inferiore destro. Nel caso in cui il risultato fosse soddisfacente si potrebbe allora procedere ad un impianto definitivo.”), e non per l'impianto vero e proprio di un neurostimolatore spinale (cfr., ad esempio, il doc. 453 – fasc. 6: “Resto quindi convinto che l'unica soluzione che potrebbe consentire al pz un netto miglioramento della qualità di vita riducendo i dolori neuropatici, sia la possibilità di un test di neurostimolazione dei gangli dorsali delle radici del nervosciatico.”). D'altra parte, dalle carte processuali si evince che l'indicazione a sottoporre il ricorrente alla terapia proposta dal dott. _____ è stata approfonditamente discussa dal dott. _____ e dal PD dott. _____, nel loro apprezzamento neurologico del 7 marzo 2018 (doc. 461 – fasc. 6). In quel documento, i fiduciari dell'CO 1 hanno negato l'indicazione tanto per l'impianto di un neurostimolatore spinale quanto per un test di neurostimolazione (“Es besteht daher weder eine gesicherte Indikation zur Implantation eines epiduralen Neurostimulators noch zu einer Teststimulation.”). Essi hanno in particolare osservato che, secondo le linee guida in vigore (“AWMF-Register Nr. 041/002” elaborate con la partecipazione della Federazione europea delle associazioni di neurologia, della quale fa pure parte la Società svizzera di neurologia), la neurostimolazione è sicuramente indicata in caso di CRPS e di “ failed back surgery syndrom ” con sintomatologia dolorosa prevalentemente radicolare. Per dolori neuropatici di altro genere esistono finora soltanto degli studi limitati con esito positivo, e ciò in relazione alla nevralgia post erpetica , alla neuropatia diabetica , ai dolori fantasma e alle lesioni incomplete del plesso , con raccomandazione “aperta” (non sicura) secondo le succitate linee guida. Pertanto, per il trattamento di una sindrome algica neuropatica dopo lesione traumatica del nervo sciatico non esiste al momento alcuna evidenza scientifica sicura . Inoltre, sempre secondo i dottori _____ e _____, nel caso di specie, l'assicurato presenta un quadro algico che va ampiamente al di là del territorio d'innervazione del nervo sciatico destro con, attualmente in primo piano, dolori lombo-sacrali, dolori cervicali con irradiazione alle due braccia, gonalgie bilaterali, come pure dolori all'arto inferiore destro in presenza di una trombosi venosa post-operatoria con stato edematoso. Va considerato inoltre che i blocchi periradicolare eseguiti nel frattempo hanno avuto scarso successo, come lo ha pure avuto la neurolisi del nervo sciatico effettuata nel 2015 nel quadro dell'intervento d'impianto della protesi dell'anca destra. A loro avviso, dalla documentazione a disposizione emerge quindi un quadro clinico sostanzialmente invariato, il cui trattamento non è più focalizzato prevalentemente su una sindrome algica neuropatica dopo lesione traumatica del nervo sciatico ma piuttosto su una sindrome algica diffusa con indizi a favore di una chiara estensione dei disturbi, anche nel senso di una possibile sindrome da dolore somatoforme. Chiamato ora a pronunciarsi, questo Tribunale

constata che quanto indicato dai neurologi di fiducia dell'amministrazione corrisponde in effetti a quanto risulta dalle linee guida della Federazione europea delle associazioni di neurologia, consultabili sul sito web www.awmf.org, in base alle quali l'indicazione a sottoporsi a un impianto di neurostimolazione spinale è ammessa in relazione a numero limitato di patologie, diverse da quella presentata da RI 1 (una lesione traumatica del nervo sciatico destro). Pertanto, nella misura in cui il dott. _____ (e con lui la dott.ssa _____, spec. FMH in neurologia) ritiene utile sottoporre l'assicurato a quel trattamento, il suo parere diverge dalle linee guida appena menzionate e, pertanto, non appare atto a generare dei dubbi, nemmeno lievi, circa la fondatezza della valutazione enunciata dai dottori _____ e _____. In corso di causa, il patrocinatore dell'insorgente ha versato agli atti alcuni articoli scientifici che dovrebbero dimostrare l'efficacia in concreto del proposto neurostimolatore spinale (cfr. allegati al doc. XVIII). Attentamente esaminati i documenti prodotti, il TCA non ritiene che ciò sia il caso. Intanto, nessuno degli articoli tratta specificatamente del danno alla salute per il quale il neurostimolatore verrebbe impiantato al ricorrente. In effetti, cinque riguardano pazienti affetti da neuropatia diabetica (patologia per la quale le linee guida prevedono una raccomandazione "aperta") (cfr. doc. AA 1.6, 1.7, 1.8, 1.10 e l'articolo "Sustained treatment effect of spinal cord stimulation ...", non numerato), uno tre pazienti affetti da, rispettivamente, neuropatia periferica diabetica, neuropatia periferica cronica post HIV e neuropatia periferica cronica secondaria a trattamento chemioterapico (cfr. doc. AA 1.9), uno pazienti affetti da CRPS (affezione per la quale le linee guida prevedono un'indicazione sicura) (cfr. doc. AA 1.5) e uno pazienti che presentavano dolori neuropatici secondari a un'operazione di ernia del disco ("failed back surgery syndrom", per la quale le linee guida prevedono un'indicazione sicura) (cfr. doc. AA 1.4). L'articolo prodotto sub doc. AA 1.3 ha, per ammissione dei suoi stessi autori, un valore scientifico limitato nella misura in cui lo studio in questione ha riguardato un solo centro e, di conseguenza, un numero ridotto di pazienti. L'articolo di cui al doc. AA 1.2 è una sintesi della letteratura pubblicata in MEDLINE e Google Scholar in merito a pazienti affetti da dolore dell'arto fantasma, da CRPS, da "failed back surgery syndrom" e da dolore neuropatico secondario a ernioraffia. Gli autori hanno affermato che i risultati sono finora incoraggianti, con successi nel trattamento del dolore post-operatorio, della CRPS e del dolore fantasma. La cura della "failed back surgery syndrom" si è invece rivelata meno efficace. A loro avviso, la terapia è ancora recente e risultati sul lungo periodo non sono ancora disponibili. L'articolo di cui al doc. AA 1.1 riguarda uno studio che descrive gli effetti della neurostimolazione spinale su un periodo di 12 mesi e che ha visto coinvolti 51 soggetti affetti soprattutto da "failed back surgery syndrom" (16 pazienti), da CRPS (11), da dolore cronico post-operatorio (9) e da dolore di origine discale (4). Infine, quanto è stato prodotto sub doc. AA 1.11 – un documento edito dall'_____ in cui vengono presentati i diversi metodi di neuromodulazione e degli articoli di stampa in cui vengono descritte le attività del Centro _____ – ha carattere meramente divulgativo e non è atto a sminuire il valore probatorio attribuito all'apprezzamento dei dottori _____ e _____ (lo stesso valga per l'articolo di giornale di cui al doc. XXV 2). Sulla scorta di quanto precede, l'impugnativa presentata dall'assicurato non merita accoglimento nemmeno nella misura in cui è chiesta la condanna dell'amministrazione ad assumere i costi legati all'impianto di un neurostimolatore spinale." Nella sentenza STF 8C_561/2019 dell'11 maggio 2020, il Tribunale federale ha approvato l'operato del TCA, rilevando che: "(...) 6.1. Il Tribunale cantonale delle assicurazioni ha esaminato l'assunzione dei costi legati al neuromodulatore

spinale. Pur riconoscendo che tale richiesta rientra nelle prestazioni di cui all'art. 10 cpv. 1 lett. e LAINF, la Corte cantonale ha rilevato da una parte che il Dr. med. H. _____ nel referto del 17 agosto 2011 ha auspicato semplicemente un test di neurostimolazione e non la necessità di un neurostimolatore. Da un'altra parte il Tribunale cantonale delle assicurazioni ha osservato che tale terapia è stata discussa in maniera approfondita dal Dr. med. C. _____ e dal PD Dr. med. D. _____ il 7 marzo 2018. Da un'altra parte la Corte cantonale ha ricordato che questi specialisti hanno ritenuto ininfluente secondo la letteratura medica un neurostimolatore. Secondo i giudici cantonali tale approccio è confortato dalle linee guida della Federazione europea delle associazioni di neurologia consultabili nell'Internet. Il Tribunale delle assicurazioni ha concluso inoltre che gli articoli scientifici presentati dal ricorrente non dimostrano l'efficacia di un neurostimolatore spinale. 6.2. Il ricorrente rileva che anche i medici dell'INSAI sono concordi nel ritenere che per i dolori neurologici sarebbe necessario anche in futuro di medicine adeguate per compensare i suoi mali e ciò alla stessa stregua di visite mediche e di fisioterapia. Se anche fosse possibile escludere la soluzione alternativa di un neurostimolatore, questo non giustifica l'assoluta chiusura e negazione dei costi in merito ai costi della cura farmacologica. I dolori neuropatici sarebbero ammessi da tutte le parti. 6.3. L'opinione del ricorrente riguardo al neurostimolatore è sostanzialmente un parere personale, che non è comprovato da indicazioni mediche dettagliate. Tali censure non sono tali da sovvertire l'accertamento della Corte cantonale a tal punto da renderlo manifestamente inesatto o arbitrario (consid. 2.3). Analoga sorte deve essere tratta per la cura farmacologica, essendo la conclusione tutt'altro che insostenibile." Tornando al caso di specie, il TCA constata che, analogamente a quanto esposto nella STCA 35.2018.75 del 3 luglio 2019 confermata con STF 8C_561/2019 dell'11 maggio 2020, anche nella presente fattispecie il PD dr. _____, in tutti i suoi referti, ha proposto un test di neurostimolazione – fase “preliminare” ad un impianto vero e proprio e i cui esiti dovrebbero poi ancora essere oggetto di valutazione - e non l'impianto vero e proprio di un neurostimolatore spinale (cfr. referto del 21 marzo 2019 nel quale lo specialista in anesthesiologia ha indicato che “l'unico ulteriore passo per un eventuale miglioramento significativo dei dolori neuropatici è quello di dare la possibilità al paziente di testare un sistema di neuromodulazione epidurale”, cfr. doc. 725/15; concetto poi ribadito nei successivi referti del 4 ottobre 2022, cfr. doc. 774, e del 11 luglio 2023, doc. XIX/1 - corsivo della redattrice). Da tali considerazioni non risulta, dunque, che la neurostimolazione sia in grado di migliorare sensibilmente la situazione infortunistica, secondo il principio della probabilità preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali. Questo Tribunale rileva che la questione è stata sottoposta all'attenzione dei periti del _____ e valutata, in particolare, dal dr. _____ nell'ambito del complemento peritale del 21 giugno 2021, nel quale, dopo avere preso visione anche di quanto proposto dal dr. _____, il perito ha espressamente indicato che “leggendo con attenzione i vari rapporti non emergono aspetti nuovi rispetto a quello già constatato nel 2018” (cfr. doc. 713). Inoltre, con apprezzamento neurologico del 17 ottobre 2022 il dr. _____, spec. in neurologia, ha espressamente rilevato che: " (...) Mit Bericht vom 04.10.2022 stellt der Facharzt für Anästhesiologie PD dr. _____ dennoch die Indikation zu einer Austestung eines Neurostimulators bei Diagnose “lumbosakrale Plexopathie und neuropathischen Schmerzen gluteal und an den Oberschenkeln”. Zusätzlich habe der Versicherte diffuse Schmerzen an den Narben angegeben. Aktuelle Dokumentation nunmehr einer PregabalinGabe ohne Spiegelkontrolle und ohne Zeitpunkt des Beginns (600 mg Tagesdosis). Ein den formalen Kriterien der Medizinaltarifkommission (MTK)

genügender Antrag wird nicht beigelegt. Daher ist bereits aus formalen Gründen keine ausreichende Vorlage vorhanden. Versicherungsmedizinisch-neurologisch gibt es mit Hinweis auf den aktuellen neurologischen Bericht vom 03.06.2022 jedoch ebenfalls kein indikative Diagnose in überwiegend wahrscheinlichem Unfallzusammenhang für eine invasive Testimplantation eines Neurostimulators: Es wird diesbezüglich auf die einschlägige, unverändert geltende, deutschsprachige Leitlinienliteratur hingewiesen. Eine Kostengutsprache für eine Testimplantation eines SCS kann daher vorliegend nicht empfohlen werden.” (Doc. 790) Questo Tribunale constata, quindi, che il trattamento ipotizzato dal PD dr. _____ diverge dalle linee guida della Federazione europea delle associazioni di neurologia, consultabili sul sito web www.awmf.org, e, pertanto, non appare atto a generare dei dubbi, nemmeno lievi, circa la fondatezza della valutazione enunciata dal dr. _____. Va qui ancora precisato che la stabilizzazione ai sensi dell’art. 19 cpv. 1 LAINF non significa la scomparsa di tutti i disturbi ma piuttosto l’assenza di terapie ancora suscettibili di migliorare sensibilmente le condizioni di salute infortunistiche. 2.3.8. Infine, questo Tribunale condivide la valutazione dell’amministrazione di considerare lo stato di salute dell’assicurato ormai stabilizzato anche dal profilo psichico, nonostante la terapia EMDR proposta dalla dr.ssa _____ in sede peritale. Al riguardo, giova ricordare come tale tipo di terapia non sia mai stato caldeggiato dallo psichiatra curante, il quale ha da subito sollevato perplessità in merito. Perplessità che, del resto, il dr. _____ ha continuato a sostenere (cfr. referto del 16 novembre 2021, doc. 725/21, nel quale il curante ha indicato che “non era indicato un percorso di ipnosi, visto le caratteristiche cristallizzate del disturbo”). Va, inoltre, aggiunto che lo stesso assicurato in occasione della visita del 3 novembre 2022 ha dichiarato alla dr.ssa _____ di essersi sottoposto alla terapia EMDR presso una psicologa, che “non è servita a niente di niente. C’è andato una decina di volte, alla fine lo angosciava e le sedute gli aumentavano il nervoso” (doc. 821). A tale proposito, questa Corte rileva che il fatto stesso che l’assicurato non voglia (più) sottoporsi al trattamento proposto dalla dr.ssa _____ è sufficiente per considerare raggiunta la stabilizzazione dello stato di salute ai sensi dell’art. 19 cpv. 1 LAINF, con conseguente interruzione delle prestazioni di corta durata, così come già stabilito dal Tribunale federale con STF 8C_106/2023 del 20 ottobre 2023. In conclusione il TCA non ritiene dunque dimostrato, con il grado di verosimiglianza richiesto dalla giurisprudenza federale (cfr. DTF 125 V 195 consid. 2 e riferimenti), che al più tardi al momento in cui l’amministrazione ha posto termine alle prestazioni di corta durata, vi fossero ancora delle misure terapeutiche suscettibili di migliorare sensibilmente le condizioni di salute infortunistiche dell’insorgente. Alla luce delle considerazioni che precedono, le censure ricorsuali volte a criticare l’operato dell’amministrazione per avere chiuso il caso al 1° marzo 2018 vengono respinte. La decisione su opposizione impugnata nella misura in cui sancisce che al 1° marzo 2018, lo stato di salute infortunistico era stabilizzato ai sensi dell’art. 19 cpv. 1 LAINF va, dunque, confermata. Pertanto, data la stabilizzazione delle condizioni di salute infortunistiche, l’assicuratore LAINF convenuto era dunque legittimato a porre fine alle prestazioni di corta durata (cura medica e indennità giornaliera) e a valutare il diritto alle prestazioni di lunga durata. 2.4. Entità del grado dell’invalidità. 2.4.1. Giusta l’art. 18 cpv. 1 LAINF, l’assicurato invalido (art. 8 LPG) almeno al 10 per cento a seguito d’infortunio ha diritto alla rendita di invalidità. Secondo l’art. 8 cpv. 1 LPG, 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 LPGA; l'art. 8 cpv. 1 LPGA, a sua volta, corrisponde al previgente art. 18 cpv. 2 prima frase LAINF, motivo per il quale occorre concludere che non vi sono stati cambiamenti di rilievo in seguito all'introduzione della LPGA. Da parte sua, l'art. 16 LPGA prevede, che per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato invalido potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido. L'Alta Corte, nella sentenza U 192/03 del 22 giugno 2004, citata in precedenza, ha rilevato che anche l'art. 16 LPGA non ha modificato la valutazione del grado di invalidità dell'assicurato previsto dai previgenti art. 28 cpv. 2 LAI e art. 18 cpv. 2 seconda frase LAINF. Nella stessa pronuncia la nostra Massima Istanza ha quindi concluso che in ambito LAINF la giurisprudenza relativa ai concetti di inabilità lavorativa, inabilità al guadagno e invalidità continua a mantenere la sua validità anche in seguito all'introduzione della LPGA. Su questi aspetti si veda pure la DTF 130 V 343. Due sono, dunque, di norma gli elementi costitutivi dell'invalidità: 1. il danno alla salute fisica o psichica (fattore medico) 2. la diminuzione della capacità di guadagno (fattore economico). Tra il danno alla salute e l'incapacità di guadagno deve inoltre intercorrere un nesso causale adeguato (fattore causale). Nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni deve esserci inoltre un nesso causale, naturale ed adeguato, tra il danno alla salute e l'infortunio.

2.4.2. 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, la STF I 871/02 del 20 aprile 2004 e la 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; STFA del 30 giugno 1994 succitata). Specifica dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni è la norma di cui all'art. 28 cpv. 4 OAINF: " Se a causa della sua età l'assicurato non riprende più un'attività lucrativa dopo l'infortunio o se la diminuzione della capacità di guadagno è essenzialmente dovuta alla sua età avanzata, sono determinanti per valutare il grado d'invalidità i redditi che potrebbe eseguire un assicurato di mezza età vittima di un danno alla salute della stessa gravità." II. Termine: reddito conseguibile senza invalidità Nel determinare il reddito conseguibile senza invalidità ci si baserà per quanto possibile sulla situazione antecedente l'infortunio. Se ne ipotizzerà l'evoluzione futura partendo dall'assunto che senza di esso la situazione si sarebbe mantenuta sostanzialmente stabile (cfr. STFA del 15 dicembre 1992 nella causa G.I.M.). Ci si discosterà da questa proiezione solo se le premesse per modifiche di qualche rilievo sono già date al momento dell'infortunio o se particolari circostanze ne rendono il verificarsi altamente probabile (cfr. RAMI 1993 U 168, p. 97ss., consid. 5b; 4a, b). Il grado di invalidità corrisponde alla differenza, espressa in percentuale, tra il reddito ipotetico conseguibile senza invalidità e quello, non meno ipotetico, conseguibile da invalido. 2.4.3. Nella concreta evenienza, questo Tribunale constata che la decisione su opposizione impugnata risulta fondata essenzialmente sugli esiti della perizia amministrativa del _____ del 1° aprile 2019 e il relativo complemento peritale del 21 giugno 2021, esperito conformemente a quanto disposto dal TCA con sentenza di rinvio 35.2019.104 del

E. 22

settembre 2020. Dopo discussione plenaria, gli esperti in ortopedia, neurologia e psichiatria, con referto peritale del 1° aprile 2019, avevano ritenuto che complessivamente l'assicurato "... è ancora in grado di esercitare la sua attività abituale di camionista nella misura del 30%, intesa come combinazione di orario ridotto e rendimento ridotto, in quanto non può più eseguire attività fisicamente pesanti e per la necessità delle pause regolari per camminare/muoversi; quindi vi sono limitazioni per eseguire il carico/scarico del camion e guidare per lunghe distanze. Riteniamo esigibile un orario di 7 ore al giorno con una

riduzione del rendimento, da cui complessivamente risulta una capacità lavorativa globale del 30%.” (doc. 551, p. 13). Per quando concerne invece la capacità lavorativa in attività sostitutive, essi l’hanno quantificata in un 60%, “... intesa come combinazione di orario ridotto e rendimento ridotto. In un’attività adatta riteniamo esigibile un orario di 7,5 ore al giorno con una leggera riduzione del rendimento, da cui complessivamente risulta una capacità lavorativa globale del 60%.” (doc. 551, p. 14). Chiamati poi, a seguito della sentenza di rinvio del TCA, a nuovamente prendere posizione riguardo alle critiche sollevate dalla patrocinatrice dell’assicurato sulla scorta della documentazione medica nel frattempo prodotta nell’ambito della precedente procedura, con complemento peritale del 21 giugno 2021 gli specialisti del _____ hanno confermato la correttezza delle loro precedenti conclusioni peritali. In particolare, per quanto riguarda gli aspetti neurologici, con presa di posizione del 27 gennaio 2021, il dr. _____ ha concluso che: " (...) leggendo con attenzione i vari rapporti non emergono aspetti nuovi rispetto a quello già constatato nel 2018, tenendo conto anche dell’ultimo rapporto del Centro del sonno di novembre 2020 la situazione pare anche migliorata rispetto alle valutazioni precedenti. In base ai rapporti su citati non emergono dati che giustificherebbero di cambiare la mia valutazione per quanto riguarda la capacità lavorativa del paziente”. (doc 713/19) Dal canto suo, dal profilo psichiatrico, la dr.ssa _____, preso atto delle considerazioni espresse dallo psichiatra curante, con complemento del 14 dicembre 2020 ha rilevato che quanto indicato dal dr. _____ “non è in grado di confutare quanto da me attestato nell’ambito della perizia _____ del 1° aprile 2019”. Quanto alla quantificazione della capacità lavorativa, la dr.ssa _____ ha specificato che la “mia percentuale tiene conto dei dolori cronici, visto che le valutazioni psichiatriche vengono espresse tenendo conto del “mente-corpo”” (doc. 713/21-22). Infine, gli aspetti ortopedici sono stati vagliati dal dr. _____, il quale con complemento del 4 giugno 2021, dopo avere sottolineato come “la perizia in oggetto è da ritenere chiaramente pluri e interdisciplinare, risulta concludente e coerente e si basa su una valutazione indipendente ed oggettiva della situazione del paziente”, ha concluso: " (...) La nuova documentazione medica prodotta dall’avv. RA 1 non porta alla luce nuovi elementi atti a cambiare le mie valutazioni e conclusioni espresse nella perizia. In particolare non vi sono le premesse per ulteriore fisioterapia onde a mantenere lo stato muscolare del paziente. Dal lato ortopedico la situazione postinfortunistica è da ritenere stabilizzata da tempo e ulteriori misure diagnostiche e terapeutiche molto probabilmente non comporteranno nuove informazioni rispettivamente un sensibile miglioramento dei postumi infortunistici.” (Doc. 713/17-18) Chiamato a pronunciarsi, il TCA non ha motivo per distanziarsi dalle conclusioni alle quali sono giunti i periti del _____, dopo accurato esame dei disturbi dell’assicurato e dopo aver preso anche atto delle certificazioni dei curanti prodotte dalla patrocinatrice dell’insorgente, considerate non tali da rimettere in discussione le loro valutazioni peritali. Del resto, questo Tribunale evidenzia che il fulcro delle contestazioni mediche, oggetto di un copioso scambio di allegati fra le parti, riguarda gli aspetti psichiatrici e, in particolare, l’inquadramento diagnostico cui ricondurre i disturbi dell’assicurato. A più riprese, infatti, lo psichiatra curante, dr. _____, ha criticato le diagnosi poste dalla dr.ssa _____ nell’ambito della valutazione concernente l’IMI, ritenendo che la diagnosi di elaborazione di sintomi fisici per ragioni psicologiche non sia corretta (cfr. doc. F1). Ora, al riguardo, questo Tribunale rileva che il fatto che lo psichiatra consultato dall’assicurato abbia un’opinione diversa a proposito delle diagnosi che affliggono l’assicurato non costituisce un elemento sufficiente per qualificare come contraddittoria la valutazione dell’IMI della dr.ssa

_____, né della capacità lavorativa residua effettuata della dr.ssa _____ all'interno della perizia _____. Questo tanto più che le obiezioni che il dr. _____ ha sollevato sono state puntualmente sottoposte al vaglio sia della dr.ssa _____, che della dr.ssa _____, le quali non le hanno ritenute suscettibili di modificare le loro conclusioni. Al di là, quindi, dell'inquadramento diagnostico maggiormente rispondente alla realtà, questa Corte non può fare a meno di evidenziare che, secondo la giurisprudenza federale, ai fini della determinazione del diritto alle prestazioni è importante stabilire in che misura sussista una compromissione della capacità lavorativa e di guadagno, indipendentemente dalla diagnosi e dalla gravità della malattia (cfr. a tal proposito STF 8C_387/2023 dell'8 novembre 2023). Il TCA non ritiene condivisibili le critiche espresse dalla patrocinatrice dell'insorgente neppure nella misura in cui ella ha contestato la valutazione globale della capacità lavorativa residua dell'interessato in attività adatte, in quanto - a suo modo di vedere - la stessa, oltre a non essere motivata, sarebbe anche in contraddizione con quanto valutato singolarmente dagli esperti nei loro rispettivi ambiti di competenza. Questo Tribunale constata, al riguardo, che gli esperti del _____ hanno nei loro apprezzamenti specialistici fornito una spiegazione delle ragioni che li hanno portati a valutare una determinata percentuale di inabilità lavorativa in attività adatte. Dal profilo ortopedico il dr. _____ ha valutato esistere una completa abilità lavorativa in attività adatte; dal lato neurologico, il dr. _____ ha considerato l'assicurato inabile al lavoro al 30% in attività adatte, per la sintomatologia algica di base (doc. 553/15), mentre dal profilo psichiatrico la dr.ssa _____ ha stabilito un'incapacità del 20% "per via della condizione psicopatologica di deflessione del tono dell'umore, di inibizione della carica vitale, conseguente anche all'insonnia grave, oltre che alla condizione di disturbo da sintomi somatici con dolore cronico, con presenza di ruminazioni mentali non ossessive, che comportano una certa fatica psichica, con necessità di pause durante la giornata lavorativa" (doc. 554/23), specificando come vi sia stato un miglioramento da circa marzo 2018 a seguito dell'introduzione del trattamento con Pregabalin. Nel complemento peritale del 14 dicembre 2020, la dr.ssa _____ ha poi specificato che "la mia percentuale tiene conto dei dolori cronici, visto che le valutazioni psichiatriche vengono espresse tenendo conto del "mente-corpo" (doc. 713/21-22). Alla luce di quanto sopra, la valutazione globale di un'inabilità lavorativa complessiva del 40% in attività adatte non appare affatto contraddittoria, bensì rispettosa di quanto valutato nelle singole specialità, integrando parzialmente le inabilità lavorative neurologiche con quelle psichiche. In conclusione, in esito alle considerazioni che precedono, si ritiene dimostrato, perlomeno con il grado della verosimiglianza preponderante, caratteristico del settore della sicurezza sociale (cfr. DTF 125 V 195 consid. 2 e riferimenti; cfr., pure, Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 320 e Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Zurigo 2003, p. 343), che l'assicurato sia abile al lavoro al 60% in attività adatte a partire dal 1° marzo 2018. Quanto alle contestazioni ricorsuali relative alla presunta assenza di attività adeguate esigibili dall'assicurato (secondo la patrocinatrice risulterebbe "impossibile determinare quale lavoro potrebbe adattarsi alle limitazioni di cui soffre il ricorrente: in ogni caso nessuna delle professioni incluse nel livello di qualifica 1", cfr. doc. I pag. 29), questo Tribunale rileva che il concetto d'invalidità è riferito a un mercato del lavoro equilibrato e, quindi, ad un mercato del lavoro strutturato in modo tale da offrire una gamma di posti di lavoro diversificati. Inoltre gli impedimenti ritenuti dai periti amministrativi (in particolare poter cambiare posizione con una certa regolarità, non compiere sforzi eccessivi e poter

usufruire di pause per recuperare la concentrazione) non sono tali da poter sostenere che ci si troverebbe confrontati a una costellazione particolarmente sfavorevole ai fini reintegrativi. Difatti, la giurisprudenza federale ha, in maniera costante, già avuto modo di stabilire che nel mercato occupazionale aperto a personale non qualificato o semi qualificato, vi è una sufficiente offerta di occupazioni, in particolare nell'industria, in cui possono venir eseguite mansioni di sorveglianza e controllo, che non comportano aggravii fisici, che consentono il cambiamento frequente di posizione e che non richiedono necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale (cfr., tra le altre, STF 8C_563/2012 del 23 agosto 2012 consid. 3.3, che ha interamente confermato la STCA 35.2012.17 del 18 giugno 2012; 9C_635/2007 del 21 agosto 2008 consid. 3.3 e 9C_10/2007 del 26 marzo 2008 consid. 4.6.3). Secondo la giurisprudenza, se è vero che vanno indicate possibilità di lavoro concrete, all'amministrazione rispettivamente al giudice non vanno poste esigenze esagerate. È infatti sufficiente che gli accertamenti esperiti permettano di fissare in maniera attendibile il grado di invalidità. In proposito, va rilevato che il TF ha in particolare ritenuto corretto il rinvio ad attività nel settore industriale e commerciale, composto di lavori leggeri di montaggio, compiti di controllo e sorveglianza che non comportano aggravii fisici, che consentono il cambiamento frequente di posizione e che non richiedono necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale (per es. attività d'incasso, d'assemblaggio, di confezione prodotti, di controllo ecc.; cfr. la già citata STF 8C_563/2012 del 23 agosto 2012, consid. 3.3 con riferimenti). Si può, quindi, senz'altro ipotizzare - senza far riferimento alla difficoltà concreta di reperimento di posti di lavoro dovuta all'eccedenza della domanda, difficoltà che viene assicurata dall'assicurazione contro la disoccupazione e non dall'assicurazione contro l'invalidità (DTF 110 V 276 consid. 4c; RCC 1991 pag. 332 consid. 3b; OMLIN, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, Friburgo 1995, pag. 83) - che il ricorrente sia in grado di mettere a frutto la sua residua capacità lavorativa in attività professionali idonee (vedi, tra le altre, la STCA 35.2020.90 del 3 maggio 2021, consid. 2.7 e riferimenti, la STCA 35.2021.59 dell'8 novembre 2021, consid. 2.4.3 e la STCA 35.2021.83 del 7 marzo 2022, consid. 2.7.2). In concreto questo Tribunale ritiene che, anche nel caso di specie, nel mercato generale del lavoro esistano delle occupazioni, essenzialmente di controllo e di sorveglianza (che non richiedano l'utilizzo della mano destra, dominante), che il ricorrente, nonostante i disturbi che lo interessano, sarebbe in grado di esercitare al 60%, tenuto conto dei suoi limiti funzionali. Giova qui infine rilevare che, in una STF 9C_532/2020 del 13 ottobre 2021, al consid. 4.1, l'Alta Corte ha ribadito che: " Di principio, l'avviso dei medici curanti deve essere trattato con la necessaria prudenza a causa dei particolari legami che esse hanno con il paziente, per cui, secondo, esperienza comune, il medio curante propende generalmente, in caso di dubbio, a favore del paziente (DTF 125 V 351 consid. 3b/aa e 3b/cc)". Alla luce di quanto appena esposto, le censure ricorsuali volte a contestare l'operato dell'CO 1 come pure l'esigibilità in attività adeguate dell'assicurato vanno dunque respinte. 2.4.4. Si tratta ora di valutare le conseguenze economiche del danno alla salute infortunistico. Preliminarmente va ricordato che, secondo la giurisprudenza, per il raffronto dei redditi fa stato il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita (cfr. DTF 129 V 222; cfr., pure, STF I 600/01 del 26 giugno 2003 consid. 3.1; STF I 670/01 del 3 febbraio 2003, pubblicata in SVR 2002 IV Nr. 24, STF I 761/01 del 18 ottobre 2002 consid. 3.1, pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e STF I 26/02 del 9 agosto 2002 consid. 3.1; cfr. inoltre STF I 475/01 del 13 giugno 2003 consid. 4.2.). Nel caso di specie sono quindi determinanti, come correttamente ritenuto

dall'amministrazione, i dati del 2018, essendo stato ritenuto lo stato di salute stabilizzato a partire dal 1° marzo 2018 (cfr. consid. 2.3.). 2.4.5. Per quanto concerne il reddito da valido, secondo l'istituto assicuratore, l'insorgente avrebbe guadagnato nel 2018, qualora non fosse rimasto vittima dell'infortunio assicurato, un importo annuo pari a fr. 71'500. Tale dato, determinato in base a quanto comunicato dallo stesso datore di lavoro dell'interessato, ditta _____, in data 15 febbraio 2018 (cfr. doc. 381), appare corretto e va quindi confermato. Le contestazioni sollevate a tal proposito dalla rappresentante del ricorrente - la quale ha chiesto che venga considerato un ammontare di fr 79'300 - non appaiono pertinenti e vanno quindi disattese. Quanto preteso dall'insorgente corrisponde, infatti, a quanto l'assicurato avrebbe potuto guadagnare senza l'insorgenza del danno alla salute nel 2023, come espressamente indicato dal datore di lavoro in data 10 agosto 2023 (cfr. doc. G).

2.4.6. Per quanto riguarda il reddito da invalido, la giurisprudenza federale si fonda sui criteri fissati nelle sentenze pubblicate in DTF 126 V 75 seg. e in DTF 129 V 472 seg. Nella prima sentenza di principio la Corte ha stabilito che ai fini della determinazione del reddito da invalido fa stato in primo luogo la situazione professionale e salariale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Qualora difettino indicazioni economiche effettive, possono, conformemente alla giurisprudenza, essere ritenuti i dati forniti dalle statistiche salariali. La questione a sapere se, e in quale misura al caso, i salari fondati su dati statistici debbano essere ridotti, dipende dall'insieme delle circostanze personali e professionali del caso concreto (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione), criteri questi che l'amministrazione è tenuta a valutare globalmente. La Corte ha precisato, al riguardo, come una deduzione massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Il Tribunale federale delle assicurazioni ha poi ancora rilevato, nella medesima sentenza, che, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione. Nella seconda sentenza di principio il TF ha fissato i criteri da adempiere affinché il reddito da invalido possa essere validamente determinato sulla base dei salari DPL ("Descrizione dei posti di lavoro"). In quella sede, la nostra Corte federale ha rilevato che, oltre a produrre almeno cinque DPL, l'assicuratore infortuni è tenuto a fornire indicazioni sul numero totale dei posti di lavoro entranti in linea di considerazione a dipendenza dell'impedimento concreto, come pure sul salario più elevato, su quello più basso, nonché su quello medio del gruppo cui è fatto riferimento. L'Alta Corte, relativamente ai dati statistici, ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV Nr. 17; STF I 222/04 del 5 settembre 2006). In una sentenza 32.2007.165 del 7 aprile 2008 questa Corte, fondandosi sulla sentenza U 8/7 del 20 febbraio 2008, ha stabilito che "(...) quando il salario da valido conseguito in Ticino in una determinata professione è inferiore al salario medio nazionale in quella stessa professione, anche il reddito da invalido va ridotto nella medesima percentuale (al riguardo cfr. GRISANTI, Nuove regole per la valutazione dell'invalidità, in: RtiD II-2006, p. 311 seg., in

particolare p. 326-327) (...)”. Con sentenza 8C_399/2007 del 23 aprile 2008 al consid. 6.2, il Tribunale federale ha lasciato aperta la questione a sapere se l’adeguamento va ammesso solo nel caso in cui il valore fosse chiaramente sotto la media (“ deutliche Abweichung ”). Tale è di regola stata ritenuta una differenza del 10% (SVR 2004 UV Nr. 12 consid. 6.2; dell’8% nella STF U 463/06 del 20 novembre 2007; nella sentenza pubblicata in SVR 2008 IV Nr. 49 consid. 2.3. l’Alta Corte non ha ritenuto rilevante un gap salariale del 4%). La questione è stata definitivamente risolta con la DTF 135 V 297, sentenza in cui la nostra Massima Istanza ha stabilito che se il guadagno effettivamente conseguito diverge di almeno il 5% dal salario statistico usuale nel settore, esso è considerevolmente inferiore alla media ai sensi della DTF 134 V 322 consid. 4 p. 325 e può giustificare - soddisfatte le ulteriori condizioni -, un parallelismo dei redditi da raffrontare. Questo parallelismo si effettua però soltanto per la parte percentuale eccedente la soglia del 5%. Inoltre, le condizioni per una deduzione a titolo di parallelismo e per circostanze personali e professionali sono interdipendenti, nel senso che i medesimi fattori che incidono sul reddito non possono giustificare contemporaneamente una deduzione a titolo di parallelismo e una deduzione per circostanze personali e professionali. Nella DTF 134 V 322 l’Alta Corte aveva stabilito al considerando 4.1 che se una persona assicurata, per motivi estranei all’invalidità, ha realizzato un reddito considerevolmente inferiore alla media senza che vi sia spontaneamente accontentata, si procede in primo luogo a un parallelismo dei due redditi di paragone. In pratica, questo parallelismo può avvenire a livello di reddito da valido aumentando in maniera adeguata il reddito effettivamente conseguito oppure facendo capo ai valori statistici oppure ancora a livello di reddito da invalido mediante una riduzione adeguata del valore statistico. Questa giurisprudenza è stata confermata dal TF, segnatamente nella DTF 141 V 1 consid. 5. 2.4.7. Per quanto concerne il reddito da invalido, secondo l’assicuratore infortuni resistente, con il danno alla salute infortunistico, l’insorgente, nel 2018, avrebbe realizzato un guadagno annuo lordo di fr. 67’766, calcolato sulla base dei dati statistici risultanti dall’ISS (TA1 2018), attività semplici e ripetitive, livello di qualifica 1, uomini. A tale importo è poi stata effettuata una decurtazione del 40% per tenere conto della capacità lavorativa residua del 60% in attività adeguate stabilita in sede peritale e della deduzione sociale 10% per tener conto di altre circostanze, (doc. A). La patrocinatrice dell’insorgente ha contestato tale importo, ritenendo che al dato statistico di fr. 67’766 andrebbe applicata una riduzione del 60% per ragioni mediche e del 10% per altri fattori di riduzioni, per un importo finale di fr. 24’396 (cfr. doc. I pag. 30-31). Il TCA non può condividere il calcolo proposto dalla patrocinatrice dell’insorgente. Dal profilo medico, come visto, l’assicurato conserva una capacità lavorativa residua del 60% in attività adatte, motivo per il quale al reddito da invalido statistico l’amministrazione ha, a ragione, applicato una riduzione del 40%. Quanto alla decurtazione del 10% a titolo di riduzione sociale, il TCA rileva che, contrariamente a quanto indicato dalla rappresentante legale dell’assicurato (la quale ha osservato come l’amministrazione avrebbe operato una ingiustificata reformatio in pejus), l’CO 1 nella decisione su opposizione impugnata ha espressamente rilevato che “la CO 1 tiene a precisare che, alla luce dell’evoluzione della giurisprudenza, la riduzione sociale del 10% fissata all’epoca e mantenuta per evitare una reformatio in pejus, non è giustificata (...)” (cfr. doc. A, corsivo della redattrice). Il reddito “da invalido” ammonta, quindi, per il 2018 a fr. 36’594. 2.4.8. Confrontando ora il reddito "da invalido" di fr. 36’594 con il relativo reddito "da valido" di fr. 71’500, si ottiene un grado d’invalidità del 48.8% $([71'500 - 36'594] \times 100 : 71'500)$ arrotondato al 49% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121. La decisione su opposizione,

mediante la quale è stata assegnata precisamente una rendita di invalidità del 49%, appare corretta e deve quindi essere confermata. 2.4.9. A fronte di una situazione ritenuta sufficientemente chiarita ai fini del presente giudizio, il TCA rinuncia (valutazione anticipata delle prove) all'assunzione di ulteriori prove (in particolare, alla “perizia giudiziaria pluridisciplinare” di cui al doc. I, pag. 16). Va difatti 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 32.2018.189 del 14 ottobre 2019, consid. 2.12; STCA 35.2019.12 del 5 febbraio 2020, consid. 2.1). La violazione del diritto di essere sentito nel senso invocato dall'assicurato è difatti una questione che non ha una portata propria per rapporto alla censura inerente a un errato apprezzamento delle prove (cfr. DTF 130 II 425 consid. 2.1). Il diritto di essere sentito non impedisce all'autorità di porre fine all'istruttoria se le prove raccolte le consentono di raggiungere un convincimento e se, in virtù di un apprezzamento anticipato delle prove, le è chiaro che gli ulteriori mezzi di prova offerti non potrebbero più modificare la propria opinione (cfr. DTF 136 I 229 consid. 5.3, 134 I 140 consid. 5.3; STCA 35.2014.71 del 15 aprile 2025, consid. 2.1). La censura di violazione del diritto di essere sentito va dunque disattesa. 2.5. Entità dell'indennità per menomazione all'integrità 2.5.1. Secondo l'art. 24 cpv. 1 LAINF, l'assicurato ha diritto a un'equa indennità se, in seguito all'infortunio, accusa una menomazione importante e durevole all'integrità fisica o mentale. Tale indennità è assegnata in forma di prestazione in capitale. Essa non deve superare l'ammontare massimo del guadagno annuo assicurato all'epoca dell'infortunio ed è scalata secondo la gravità delle menomazioni. Il Consiglio federale emana disposizioni particolareggiate sul calcolo dell'indennità (art. 25 cpv. 1 e 2 LAINF). 2.5.2. L'art. 36 cpv. 1 OAINF definisce i presupposti per la concessione dell'indennità giusta l'art. 24 LAINF: una menomazione dell'integrità è considerata durevole se verosimilmente sussisterà tutta la vita almeno con identica gravità e importante se l'integrità fisica o mentale è alterata in modo evidente o grave. In questa valutazione dovrà essere fatta astrazione dalla capacità di guadagno ed anche dalle circostanze personali dell'assicurato: secondo la giurisprudenza, infatti, la gravità della menomazione si stima soltanto in funzione di accertamenti medici senza ritenere, all'opposto delle indennità per torto morale secondo il diritto privato, le eventuali particolarità dell'assicurato (cfr. RAMI 2000 U 362, p. 42-43; DTF 113 V 218 consid. 4; RAMI 1987 U 31, p. 438). La parte della riparazione del torto morale contemplata dagli artt. 24ss. LAINF è, dunque, soltanto parziale: gli aspetti soggettivi del danno (segnatamente il pretium doloris e il pregiudizio estetico) ne sono esclusi (cfr. Ghélew/Ramelet/Ritter, *Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents*, Losanna 1992, p. 121). 2.5.3. Giusta l'art. 36 cpv. 2 OAINF, l'indennità è calcolata in base alle direttive contenute nell'Allegato 3 dell'OAINF. Una tabella elenca una serie di lesioni indicando per ciascuna il tasso normale di indennizzo, corrispondente ad una percentuale dell'ammontare massimo del guadagno assicurato. Questa tabella - riconosciuta conforme alla legge - non costituisce un elenco esaustivo (cfr. RAMI 2000 U 362, p. 43; DTF 124 V

32; DTF 113 V 219 consid. 2a; RAMI 1988 U 48 p. 235 consid. 2a e sentenze ivi citate). Deve essere intesa come una norma valida "nel caso normale" (cifra 1 cpv. 1 dell'allegato). Le menomazioni extra-tabellari sono indennizzate secondo i tassi previsti tabellarmente per menomazioni di analoga gravità (cifra 1 cpv. 2 dell'allegato). La perdita totale dell'uso di un organo è equiparata alla perdita dell'organo stesso. In caso di perdita parziale l'indennità sarà corrispondentemente ridotta; tuttavia nessuna indennità verrà versata se la menomazione dell'integrità risulta inferiore al 5% (cifra 2 dell'allegato). Se più menomazioni all'integrità fisica o mentale, causate da uno o più infortuni sono concomitanti, l'indennità va calcolata in base al pregiudizio complessivo (art. 36 cpv. 3 1a frase OAINF). Si prende in considerazione in modo adeguato un peggioramento prevedibile della menomazione dell'integrità. È possibile effettuare revisioni solo in casi eccezionali, ovvero se il peggioramento è importante e non era prevedibile (art. 36 cpv. 4 OAINF). Peggioramenti non prevedibili non possono, naturalmente, essere anticipatamente considerati. Nel caso in cui un pregiudizio alla salute si sviluppi nel quadro della prognosi originaria, la revisione dell'indennità per menomazione è, di principio, esclusa. Per contro, l'indennità dev'essere di nuovo valutata, quando il danno è peggiorato in una misura maggiore rispetto a quanto pronosticato (cfr. RAMI 1991 U 132, p. 308ss. consid. 4b e dottrina ivi menzionata).

2.5.4. L'CO 1 ha allestito una serie di tabelle, dalla griglia molto più serrata, che integrano quella dell'ordinanza. Semplici direttive di natura amministrativa, esse non hanno valore di legge e non vincolano il giudice (cfr. STFA I 102/00 del 22 agosto 2000; DTF 125 V 377 consid. 1c; STFA del 7 dicembre 1988 nella causa P.; RAMI 1989 U 71, p. 221ss.). Tuttavia, nella misura in cui esprimono unicamente valori indicativi, miranti a garantire la parità di trattamento di tutti gli assicurati, esse sono compatibili con l'annesso 3 all'OAINF (RAMI 1987 U 21, p. 329; DTF 113 V 219, consid. 2b; DTF 116 V 157, consid. 3a).

2.5.5. Nella concreta evenienza, l'Istituto assicuratore, con la decisione su opposizione qui impugnata (doc. A), ha riconosciuto all'assicurato il diritto ad un'IMI del 45%, precisando che tale percentuale è stata ottenuta nel seguente modo: " 15. Con decisione 7.5.2018, poi annullata su opposizione in quanto allora la situazione urologica non era stabilizzata, la CO 1 aveva concesso all'assicurato un'indennità per menomazione all'integrità del 35% di cui il 15% per la disfunzione erettile e del 20% per i postumi della frattura del bacino. Preso atto dell'evoluzione in data 21.4.2022 il PD dr. _____, specialista in neurologia, ha rilevato che il tasso del 15% concesso per la disfunzione erettile risultava favorevole all'assicurato in assenza di reperti specifici dal lato neurologico, di deficit neurologici a livello del plesso sacrale e di disturbi sensoriali nella zona perianale e del pene. 16. L'assicurato rimprovera alla CO 1 di non aver tenuto conto di tutti i danni causati dall'infortunio. Ora, per quanto riguarda la plessopatia, il PD dr. _____ ha rilevato che il tasso del 15% tiene conto anche del quadro clinico parzialmente aspecifico del plesso lombare con irradiazione ad entrambe le cosce. Per quanto riguarda la situazione psichica la dr.ssa _____ ha quantificato nella misura del 10% il danno all'integrità. 17. Questo significa che l'indennità per menomazione all'integrità deve essere portata al 45%. 18. Per quanto riguarda le cicatrici il 26.10.2022 la CO 1 ha dato il benestare al Prof. _____ per procedere alle correzioni necessarie secondo il suo rapporto del 6.9.2022. L'assicurato è pregato di contattare direttamente il Prof. _____. Alla chiusura delle cure la CO 1, una volta che sarà entrata in possesso del rapporto finale e delle fotografie, valuterà se sussistono le premesse per accordare un'indennità per menomazione all'integrità complementare." (Doc. A). Dagli atti emerge, infatti, che con apprezzamento neurologico del 21 marzo 2018 il PD dr. _____,

esprimendosi a proposito dell'IMI, aveva indicato: "(...) Per l'IMI dovuta ai postumi unicamente organici sarà necessario un suo apprezzamento. Ohne relevantes neurologisch-funktionelles Restdefizit wird kein relevanter Integritätsschaden erreicht. Dieser sollte allenfalls kreisärztlicherseits orthopädisch-unfallchirurgisch aufgrund der knöchernen Verletzungsfolgen eingeschätzt werden und allenfalls in urologischer Hinsicht auf eien allfällig mögliche nicht neurologische Organizität der geklagten Erektionsstörung." (Doc. 392/5). Con valutazione della menomazione all'integrità del 26 marzo 2018, il dr. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore, aveva valutato un danno all'integrità del 35%, così motivato: " Motivazione Per quanto riguarda i problemi di disfunzione erettile secondo la tabella 22.2, una disfunzione erettile che risponde ai medicinali orali dà diritto ad un 10%. In caso di necessità di applicazione di medicinali intravenosi la IMI aumenta a 20%. In questo caso abbiamo una situazione dove il trattamento medicamentoso orale risponde soltanto parzialmente ed il paziente al momento rifiuta l'applicazione di iniziazioni intracavernose. Ritengo quindi che per il problema erettile un 15% sia giustificato. Per quanto riguarda la problematica della frattura del bacino, per analogia rinvio alla tabella 5.2 paragonando lo stato attuale ad uno stato di coxartrosi media stimata dalla tabella 5.2 tra il 10% e il 30%. In questo caso valuterei una IMI del 20%. Per quanto riguarda il raccorciamento dell'arto inferiore di 2 cm questo non dà diritto ad IMI come anche ritengo che non vi siano i presupposti per una IMI per quanto riguarda la problematica cicatriziale peraltro tuttora in terapia. La problematica neurologica è già stata valutata dagli specialisti di _____." (Doc. 398) Con apprezzamento medico del 21 aprile 2022 il PD dr. _____ si è così espresso: " Schlussfolgerung An der Integritätsentschädigung vom 26.03.2018 mit Anrechnung einer erektilen Dysfunktion mit einem Integritätsschaden von 15%, auch ohne nachgewiesene organische Grundlage auf neurologischem Fachgebiet und ohne objektivierbare Ausfälle des neurologisch diesbezüglich verantwortlichen Plexus sacralis ohne eine sensible Störung im perinealen Areal und im Penisareal kann daher unverändert und aus neurologischer Einschätzung daher zugunsten des Versicherten festgehalten werden. Aus neurologischer Einschätzung fällt darunter noch das teils unspezifische Beschwerdebild des Plexus lumbalis mit Ausstrahlung in beide Oberschenkel. Beantwortung der Fragen Ritiene che a livello erettile-urologico sia nel frattempo intervenuto un peggioramento atto a modificare la nostra decisione di IMI emanata nel 2018? Nein, die Beschwerden sind unverändert. Insofern kann auf die diesbezügliche Integritätsentschädigung mit Beurteilung vom 26.03.2018 weiterhin und unverändert abgestützt werden. Hier ist der Versicherte trotz neurologisch fehlender organischer Grundlage eines N. pudendus- oder Plexus-Sacralis-Schaden zu seinen Gunsten nach meinem Dafürhalten bereits zu hoch mit 15% für eine medikamentös ansprechende geklagte Erektionsstörung entschädigt worden, nach rein unfallchirurgischer Beurteilung." (Doc. 736) Dal canto suo, con valutazione della menomazione all'integrità del 2 marzo 2023, la dr.ssa _____ si è così espressa: "(...) Dal profilo ortopedico è stata valutata un'IMI del 20% a causa di una coxartrosi media. Dal profilo urologico è stata valutata un'IMI del 15% a causa della disfunzione erettile. L'entità del disturbo psichico presentato dall'assicurato e valutato come conseguenza dell'infortunio si situa tra minima e lieve. Esso limita il senso di benessere soggettivo, ma non in modo particolare il disbrigo delle attività quotidiane. La capacità lavorativa non è compromessa. Secondo la tabella 19 per la valutazione del danno all'integrità dovuto a disturbi psichici, un disturbo di entità minima corrisponde ad una IMI dello 0% mentre un disturbo di entità lieve ad una IMI del 20%. Considerando sia l'entità del disturbo, che il fatto che una parte del disagio è dato dalla

personalità dell'assicurato più che dalle conseguenze dell'infortunio, si valuta una IMI del 10% da sommare a quelle date in precedenza. Stima del danno all'integrità: il danno di menomazione all'integrità complessivo è quindi del 45%, 20% per la patologia ortopedica, 15% per la patologia urologica e 10% per la patologia psichiatrica." (Doc. 821/2-3)

Chiamato ora a pronunciarsi, il TCA ritiene che non sussista alcun motivo che gli permetta di scostarsi da quanto deciso dall'assicuratore infortuni, sulla base della valutazione di tutti i postumi infortunistici. In effetti, a fronte di una questione squisitamente medica, tenuto conto che, secondo la giurisprudenza federale, l'indennità per menomazione dell'integrità si valuta sulla base di constatazioni mediche, ciò che significa che l'ammontare dell'IMI non dipende dalle circostanze particolari del caso concreto, bensì da un apprezzamento medico-teorico della menomazione fisica o psichica, a prescindere da fattori soggettivi (DTF 115 V 147 consid. 1, 113 V 121 consid. 4b e riferimenti ivi menzionati; RAMI 2000 U 362, p. 43; cfr., pure, STCA 35.2001.71 del 12 dicembre 2001, confermata dal TFA con pronuncia U 14/02 del 28 giugno 2002; cfr., altresì, Th. Frei, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, Tesi Friburgo 1998, p. 40 s.), questo Tribunale ritiene di poter validamente fondare il proprio giudizio sulla valutazione enunciata dal PD dr. _____, dal dr. _____ e dalla dr.ssa _____, specialisti che vantano un'ampia esperienza in materia di medicina assicurativa e infortunistica. Gli specialisti in questione hanno infatti in maniera esaustiva e ben motivata esposto le ragioni del loro apprezzamento, motivo per il quale non vi è ragione per distanziarsene. La patrocinatrice dell'insorgente, del resto, ha contestato l'entità dell'IMI assegnata, ritenendo che non si sia tenuto conto dell'insieme dei disturbi dell'interessato e, inoltre, criticando il fatto che non si sia tenuto conto delle cicatrici dell'assicurato (doc. I pag. 31-32). Ora, il TCA non può concordare con tali critiche. Come visto, infatti, il diritto all'IMI è stato vagliato con riferimento agli aspetti neurologici, ortopedici, urologici e psichiatrici. Quanto poi alle obiezioni sollevate riguardo alle cicatrici, questo Tribunale rileva come l'amministrazione, sia nella decisione impugnata, sia poi nella risposta di causa, abbia chiaramente rilevato come la situazione verrà analizzata al termine delle cure, valutando se sussistano o meno gli estremi per versare un'indennità per menomazione all'integrità per il danno estetico ai sensi della tabella 18 (cfr. doc. III).

Soluzione ancora ribadita con scritto del 14 settembre 2023, nel quale l'amministrazione ha ancora rilevato che "per quanto riguarda le cicatrici l'CO 1 conferma che accetta di lasciare aperto il caso e più precisamente l'esame del diritto all'indennità per menomazione dell'integrità nell'attesa dell'esito delle sedute di correzione" (doc. XVII). In conclusione, la decisione su opposizione impugnata merita tutela anche nella misura in cui all'insorgente è stata assegnata un'IMI del 45%. 2.6. L'insorgente non può essere seguito neppure nella misura in cui ha contestato l'ammontare del guadagno assicurato, il quale, a suo modo di vedere, andrà fissato conformemente all'art. 24 cpv. 2 OAINF "essendo che la rendita sarà da stabilire solo una volta che tutti gli interventi medici atti a migliorare lo stato di salute dell'assicurato saranno stati effettuati, e quindi ben oltre 5 anni dall'infortunio" (doc. I pag. 30). Il TCA non condivide tale critica, ritenuto che, come visto in precedenza (cfr. consid. 2.3.), lo stato di salute è stato a ragione considerato stabilizzato a decorrere dal 1° marzo 2018, con conseguente nascita, dalla medesima data, del diritto alla rendita di invalidità. Non può quindi trovare applicazione l'art. 24 cpv. 2 OAINF, visto che il diritto alla rendita non decorre cinque anni dopo l'infortunio. Pertanto, come opportunamente rilevato dall'amministrazione, il guadagno assicurato è stato correttamente calcolato, conformemente all'art. 15 cpv. 2 LAINF, sulla base del salario realizzato dall'assicurato

l'anno prima dell'infortunio. 2.7. Quanto alle contestazioni ricorsuali concernenti l'assunzione delle spese mediche, il TCA rileva che nella decisione su opposizione impugnata l'amministrazione ha correttamente indicato che "l'impugnata decisione non si è espressa in merito alle cure. Tuttavia, visto quanto dichiarato dall'assicurato alla dr.ssa _____, giova precisare che la CO 1 ha dato diversi benestare per delle cure fisioterapiche. La CO 1 continuerà poi a prendere a carico la cura psichiatrica presso il dr. _____ come supporto, così come indicato dalla dr.ssa _____" (doc. A). Stante quanto sopra, questo Tribunale condivide quanto indicato dall'Istituto assicuratore nella risposta di causa, laddove ha correttamente rilevato che "il ricorso deve essere dichiarato irricevibile per quanto concerne le spese mediche in quanto non oggetto della decisione su opposizione. Giova comunque ricordare che, a mente dell'art. 21 cpv. 1 lett. c LAINF, dal momento della decorrenza della rendita di invalidità, l'assicuratore infortuni è tenuto a prendere a carico unicamente le cure che permettono di mantenere la capacità di guadagno residua. Dagli atti risulta peraltro che l'CO 1, dopo la sospensione delle prestazioni di breve durata, ha preso a proprio carico diverse cure" (doc. III). 2.8. Infine, a proposito della richiesta ricorsuale di rimborso delle spese legali sostenute dall'assicurato fino alla decisione su opposizione, per un importo di fr. 6'317.25, pari ad un dispendio orario di 20.30 ore, oltre spese ed IVA (cfr. doc. I pag. 33) - richiesta fondata, secondo la patrocinatrice sugli articoli 61 lett. g LPGA e 30 cpv. 2 Lptca - questo Tribunale rileva che gli articoli di legge invocati dalla legale rappresentante non sono applicabili alla procedura di opposizione. Come già ampiamente illustrato nella sentenza di rinvio STCA 35.2019.104 del 22 settembre 2020, il TCA rileva nuovamente che, secondo l'art. 52 cpv. 3 LPGA, la procedura di opposizione è gratuita. Di regola non sono accordate ripetibili. Inoltre il TCA, rinviando a quanto già esposto nella sentenza di rinvio STCA 35.2019.104 del 22 settembre 2020, constata ancora una volta che né davanti all'autorità amministrativa né dinanzi a questa Corte, è mai stato preteso che l'assicurato si troverebbe in una situazione d'indigenza. Del resto, né in una sede né nell'altra è stata inoltrata una domanda di gratuito patrocinio (art. 37 cpv. 4 LPGA), rispettivamente di assistenza giudiziaria (art. 61 lett. f seconda frase LPGA). Non essendo dimostrata la realizzazione di (almeno) una delle condizioni necessarie per poter beneficiare del gratuito patrocinio ai sensi dell'art. 37 cpv. 4 LPGA, l'assicurato non avrebbe quindi comunque diritto a un'indennità per ripetibili per la procedura di opposizione. Da ultimo, va osservato che a ragione, nella risposta di causa, l'amministrazione ha osservato che "con l'opposizione l'assicurato non ha mai avanzato nessuna pretesa, per cui la richiesta tendente al pagamento delle ripetibili fatta valere in sede di processo risulta tardiva e di conseguenza irricevibile" (doc. III). 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).

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