

TI_GERICHTE 35.2024.73 vom 27. Januar 2025

TI Tribunale d'appello, 2025-01-27, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2024.73

FR: TI_GERICHTE 35.2024.73 du 27 janvier 2025

IT: TI_GERICHTE 35.2024.73 del 27 gennaio 2025

Regeste

Rendita LAINF del 13% in seguito a trauma da schiacciamento alla gamba destra. Stabilizzazione dello stato di salute confermata. Problematica ortopedica e neurologica. Rinvio per perizia ex 44 LPGA per capacità lavorativa residua

Erwägungen

E. 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 concreto, oggetto di contestazione sono la stabilizza-zione dello stato di salute al 1° maggio 2024, la valutazione medica operata dall'amministrazione (capacità lavorativa residua del 100%, presenza e rendimento, in attività adeguate, attestata dai medici fiduciari), il calcolo economico, il grado di invalidità dell'assicurato e il riconoscimento di un'IMI complessiva del 15%. Preliminarmente i TCA rileva che, nella misura in cui la decisione del 7 maggio 2024 dell'CO 1 non è stata contestata in sede di opposizione in relazione al riconoscimento di un'IMI complessiva del 15% (cfr. consid. 1.6), per tale aspetto essa è cresciuta formalmente in giudicato (a tal proposito cfr. la DTF 144 V 354, consid. 4.3, giusta il quale: "Praxisgemäss ist eine Verfügung insbesondere hinsichtlich des Entscheids über den Anspruch auf Integritätsentschädigung einerseits und über den Anspruch auf Invalidenrente andererseits der Teilrechtskraft zugänglich (SVR 2017 UV Nr. 40 S. 138, 8C_43/2017 E. 2.3.1 mit Hinweis)."; cfr. pure DTF 119 V 347 e RAMI 1999, pag. 98). La richiesta di un'IMI complessiva del 20% (cfr. doc. I, pag. 6) è, pertanto, irricevibile. 2.3. Il TCA rileva innanzitutto che l'assicurato, a partire dalla prima-vera del 2002, ha iniziato a soffrire di una lombosciatalgia, che, durante la visita medica fiduciaria del 27 ottobre 2022, il PD Dr. med. _____ ha ritenuto non essere attribuibile all'infortunio (cfr. doc. 143, pag. 6). L'opinione del medico _____ è condivisibile, in quanto confermata da diverse perizie specialistiche ordinate dal TCA in altre procedure ricorsuali, nelle quali i periti hanno indicato che il fatto di zoppicare non implica un sovraccarico della colonna vertebrale, sempre che non esistano gravi deformazioni. Si è in presenza di una grave deformazione se vi è una dismetria degli arti inferiori superiore ai 5 cm, una situazione dopo artrodesi dell'anca oppure una miastenia (come ad esempio dopo una poliomielite). Inoltre, le alterazioni devono agire per lungo tempo prima che divengano sintomatiche (al riguardo, si veda la STFA U 122/02 del 28 maggio 2004 consid. 4.1, pubblicata in RtiD II-2004 n. 62; cfr. la STCA 35.2007.33 del 27 giugno 2007, consid. 2.5 e rinvii giurisprudenziali ivi citati; STCA 35.2013.63 del 4 dicembre 2014, consid. 2.2.4; STCA 35.2021.42 del 30 agosto 2021, consid. 2.6 confermata in STF 8C_668/2021 del 18 febbraio 2022). Il caso di RI 1 non rientra fra quelli limite enumerati. Da un lato, dalla documentazione agli atti non risulta che l'assicurato presenti una dismetria degli arti

inferiori, in ogni caso non dell'entità indicata dagli specialisti in questione. D'altra parte, i disturbi in sede dorso-lombare sono apparsi a distanza di qualche mese dall'infortunio. Al riguardo, va sottolineato che nella fattispecie di cui alla già citata pronunzia del 4 maggio 2000 nella causa T., la sindrome lombare era insorta circa otto anni dopo l'evento traumatico che aveva interessato il piede destro. Ciò nonostante i periti giudiziari avevano valutato tale periodo come troppo breve. In esito alle considerazioni che precedono, è quindi a ragione che l'Istituto assicuratore convenuto ha negato la propria responsabilità in relazione ai disturbi dorsali lamentati dall'insorgente.

2.4. Stato di salute infortunistico stabilizzato dal 1° maggio 2024?

2.4.1. Giusta l'art. 10 LAINF, l'assicurato ha diritto alla cura appropriata dei postumi d'infortunio (cfr. DTF 109 V 43 consid. 2a; art. 54 LAINF) e, in applicazione dell'art. 16 LAINF, l'assicurato totalmente o parzialmente incapace di lavorare (art. 6 LPGa) a seguito d'infortunio, ha diritto all'indennità giornaliera. Il diritto all'indennità giornaliera nasce il terzo giorno successivo a quello dell'infortunio. Esso si estingue con il ripristino della piena capacità lavorativa, con l'assegnazione di una rendita o con la morte dell'assicurato. Il diritto alle cure cessa qualora dalla loro continuazione non sia da attendersi un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato (art. 19 cpv. 1 seconda frase LAINF), un miglioramento insignificante non basta. Non vi è un sensibile miglioramento delle condizioni di salute, se la misura terapeutica in questione è in grado soltanto di alleviare momentaneamente dei dolori causati da uno stato altrimenti stazionario. Se un miglioramento non è più possibile, la cura termina e l'assicurato può pretendere una rendita d'invalidità (sempre che presenti un'incapacità di guadagno del 10% almeno). Una volta terminata la cura medica, delle misure terapeutiche possono essere assunte soltanto alle condizioni di cui all'art. 21 LAINF e soltanto se l'assicurato è stato posto al beneficio di una rendita. Se ciò non è il caso, spetta all'assicurazione contro le malattie prendere a proprio carico il trattamento (cfr. STF 8C_50/2018 del 20 luglio 2018 e riferimenti ivi menzionati; STCA 25.2022.68 del 28 novembre 2022 consid. 2.3). L'Alta Corte ha inoltre stabilito che la questione del "sensibile miglioramento" di cui all'art. 19 cpv. 1 LAINF va valutata in funzione dell'entità del previsto aumento oppure del ripristino della capacità lavorativa, nella misura in cui quest'ultima è pregiudicata dalle sequele infortunistiche (DTF 134 V 109 consid. 4.3 e riferimenti; cfr. anche STF 8C_301/2021 del 23 giugno 2021 consid. 3.2; STCA 35.2022.68 del 28 novembre 2022 consid. 2.3.). È qui inoltre utile precisare che, secondo la giurisprudenza federale, occorre procedere a una valutazione prospettica della questione della stabilizzazione, ponendosi al momento in cui le prestazioni sono state interrotte (cfr. STF 8C_289/2018 del 15 marzo 2019 consid. 3.6; 8C_303/2017 del 5 settembre 2017 consid. 6.3.1; 8C_184/2017 del 13 luglio 2017 consid. 2.2; 8C_651/2016 del 15 dicembre 2016 consid. 4.1; si vedano pure, tra le tante, la STCA 35.2021.75 del 31 gennaio 2022 consid. 2.3.1, la STCA 35.2022.87 del 30 gennaio 2023 consid. 2.4.1, la STCA 35.2023.99 dell'11 aprile 2024, consid. 2.3.1 e la STCA 35.2024.81 del 24 dicembre 2024, consid. 2.4.1; cfr. pure la STF 8C_428/2023 del 7 febbraio 2024, consid. 10 e i rinvii giurisprudenziali ivi citati).

2.4.2. Per costante giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale mentre invece nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (cfr. RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STF U 259/02 dell'8 luglio 2003 consid. 2.1.1; 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

ricosciuto 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

E. 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. In proposito cfr. pure STF 8C_67/2024 del 15 luglio 2024 consid. 4.2.; STF 8C_562/2023 del 29 maggio 2024 consid. 2.3.; STF 8C_447/2023 del 18 aprile 2024 consid. 3.3.; STF 8C_47/2024 del 20 marzo 2024 consid. 2.1.; STF 8C_668/2023 del 18 marzo 2024 consid. 6.1.; STF 8C_370/2022 del 1° marzo 2023 consid. 5.1.; STF 8C_622/2021 del 21 dicembre 2021 consid. 4.1.; STF 8C_434/2020 del 26 ottobre 2020 consid. 3.3.; STF 8C_616/2018 del 3 giugno 2019 consid. 4.1.; DTF 145 V 97 consid. 8.5 (cfr. la STCA 35.2024.18 del 7 ottobre 2024, consid. 2.2.5). 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_458/2023 del 18 dicembre 2023 consid. 3.2.; STF 8C_862/2014 del 2 aprile 2015 consid. 3.2 e riferimenti ivi citati). Per quel che concerne il valore probante di un rapporto medico, determinante è che esso sia completo sui temi sollevati, che sia fondato su esami approfonditi, che tenga conto delle censure sollevate dalla persona esaminata, che sia stato redatto in piena conoscenza dell'anamnesi, che sia chiaro nella presentazione del contesto medico e che le conclusioni dell'esperto siano motivate (cfr. SVR 2002 IV Nr. 21 p. 63; DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191ss.; DTF 122 V 160 ss., consid. 1c e riferimenti). L'elemento rilevante per decidere circa il valore probante, non è né l'origine del mezzo di prova né la sua designazione quale rapporto oppure quale perizia, ma semplicemente il suo contenuto (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti). È infine utile osservare che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va, tuttavia, precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (cfr. STF I 811/03 del 31 gennaio 2005, consid. 5 in fine; STF I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV Nr. 10 p. 35 consid. 4b; cfr. STCA 35.2024.81 del 24 dicembre 2024, consid. 2.3.4). 2.4.3. Dagli atti dell'incarto si evince, a distanza di quasi 2 anni dall'infortunio (e nonostante essersi già sottoposto a: svariate indagini strumentali, visite mediche specialistiche, due interventi, terapie farmacologiche, sedute di

fisioterapia e di terapia del dolore; cfr. consid. 1.1-1.4), a partire dal mese di giugno 2023, sempre a causa della sindrome neuropatica, RI 1 si è dovuto sottoporre ad ulteriori indagini strumentali che hanno messo in evidenza un probabile intrappolamento del nervo safeno all'interno delle alterazioni cicatriziali a livello del tratto distale della gamba destra e un neuroma (doc. 234, 240, 261, 282 e 289 incarto LAINF), rispettivamente ad altre visite mediche specialistiche (anche in Svizzera interna e a _____), a seguito delle quali gli è stato proposto un intervento chirurgico per una adesiolisi e neurolisi e revisione della cicatrice che però, a causa della complessità della situazione, avrebbe potuto comportare anche un importante peggioramento della sindrome neuropatica dolorosa di cui soffre da ormai oltre 2 anni (doc. 282 e 289 incarto LAINF), proseguendo pure la fisioterapia. In data 24 gennaio 2024 RI 1, per il tramite dell'allora suo legale (avv. _____), ha comunicato all'CO 1 che non era disposto a sottoporsi al citato intervento (doc. 293 incarto LAINF). Quest'ultimo non è stato ritenuto esigibile nemmeno dai due citati medici fiduciari dell'CO 1 rispettivamente in data 29 e 30 gennaio 2024 (doc. 299 e 300 incarto LAINF), i quali - al termine della visita medica bidisciplinare ortopedica-neurologica del 14 marzo 2024 - hanno quindi ritenuto lo stato di salute infortunistico dell'assicurato stabilizzato (doc. 315, pag. 5 e doc. 318, pag. 7). In sede di opposizione l'insorgente ha versato agli atti la valuta-zione medico-legale del 9 luglio 2024, nella quale la dr.ssa. med. _____ (consultata privatamente dall'insorgente) ha attestato quanto segue: “ (...) Allo stato attuale, a condizioni cliniche stabilizzate, sono residuati postumi a carattere permanente che sono caratterizzati da sindrome lombalgia e sindrome algo-disfunzionale parestesica arto inferiore destro. (...) ” (doc. 350, pag. 11 incarto LAINF e doc. D; n.d.r.: la sottolineatura è della redattrice). Davanti al TCA l'insorgente ha versato agli atti il certificato medico del 13 settembre 2024 del dr. med. _____, medico chirurgo, specialista in ortopedia e traumatologia del _____, il quale ha consigliato, a fronte di una lesione del nervo safeno, una “ rivalutazione presso CO 1 per ripresa della fisioterapia ” e la ripetizione di un “ EMG arto inferiore in Italia e successiva valutazione per eventuale intervento .” (doc. D1). Il ricorrente ha prodotto pure il certificato medico del 19 ottobre 2024 del dr. med. _____ dell'Istituto _____ che ha attestato quanto segue “ (...) neuridase 1x2/die per 25 gg; riprenda fisioterapia per mobilizzazione tt e dita piede dx + coxofemorale omolaterale; esegua emg come da recente visita neurologica; a rivedere con rm rachide L-S con pesata stir + Rx rachide in toto in ortostasi in 2P su lastra lunga + rx rachide T-L-S in max flessione e max estensione + Rx bacino in Ap + anca dx in 2P già refertate. (...) ” (doc. D2). 2.4.4. Nel caso di specie, questo Tribunale rileva, innanzitutto, che tra l'infortunio (avvenuto in data 5 luglio 2021) e il momento a partire dal quale lo stato di salute è stato considerato stabilizzato (dal 1° maggio 2024) sono trascorsi quasi 34 mesi, durante i quali l'Istituto assicuratore ha pagato le prestazioni. Ciò premesso, dal profilo ortopedico, il dr. med. _____ dell'_____ (medico specialista curante dell'assicurato), in data 17 aprile 2023, ha attestato quanto segue: “ dal punto di vista ortopedico gli esiti sono stabilizzati infatti la frattura è consolidata, il callo ipertrofico/iperostosi è stato rimosso ed il chiodo è stato asportato ” (doc. 205, pag. 2). Dal profilo neurologico, in data 24 gennaio 2024, l'assicurato ha indicato di non essere intenzionato a sottoporsi all'intervento chirurgico proposto dai suoi medici specialisti curanti (doc. 293 incarto LAINF; peraltro neppure ritenuto esigibile dai medici fiduciari dell'CO 1: cfr. doc. 299 e 300 incarto LAINF). In simili circostanze - 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 2024) - 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. In tale contesto è utile sottolineare che la circostanza che, successivamente al 1° maggio 2024, l'insorgente necessitasse ancora di misure conservative (in particolare, di fisioterapia e/o medicinali anti-infiammatori o analgesici e/o terapia del dolore) volte a evitare un aggravamento dei disturbi denunciati è irrilevante (cfr., tra le tante, la STCA 35.2019.44 del 12 giugno 2019, consid. 2.3.2, la STCA 35.2021.75 del 31 gennaio 2022, consid. 2.3.2; la STCA 35.2021.81 del 7 febbraio 2022, consid. 2.3.3, la STCA 35.2021.97 del 21 marzo 2022, consid. 2.3.5 e la STCA 35.2022.87 del 30 gennaio 2023, consid. 2.4.4; in particolare, per quanto concerne la fisioterapia, la STCA 35.2022.68 del 28 novembre 2022, consid. 2.6 e i numerosi rinvii giurisprudenza federali e cantonali ivi menzionati; cfr. pure la STCA 35.2023.99 dell'11 aprile 2024, consid. 2.3.5; in particolare, per quanto concerne la terapia del dolore, la STF 8C_353/2020 del 5 marzo 2021, consid. 5.2, STF 8C_628/2023 del 9 aprile 2024, consid. 6.1 e la STF 8C_428/2023 del 7 febbraio 2024, consid. 4 e 10). Decisivo ai fini del giudizio è soltanto che a quel momento lo stato di salute dell'assicurato riconducibile al danno infortunistico non poteva più essere sensibilmente migliorato grazie ad ulteriori terapie. In esito a tutto quanto precede, il TCA ritiene dunque dimostrato, perlomeno con il grado della verosimiglianza preponderante abitualmente applicato nel settore delle assicurazioni sociali (DTF 138 V 218 consid. 6 pag. 221 con riferimenti), che al più tardi al momento in cui l'amministrazione ha posto termine alle prestazioni di corta durata (in casu , 1° maggio 2024), non vi erano più provvedimenti terapeutici suscettibili con probabilità preponderante di migliorare notevolmente lo stato di salute infortunistico dell'insorgente e che, pertanto, il suo stato di salute infortunistico era ormai stabilizzato ai sensi dell'art. 19 cpv. 1 LAINF. Del resto, anche la dr.ssa _____, consultata privatamente dall'insorgente, ha indicato, in data 9 luglio 2024, che lo stato di salute era stabilizzato (cfr. doc. 350, pag. 11 incarto LAINF e doc. D). Neppure i certificati medici del 13 settembre e del 19 ottobre 2024 riportati al consid. 2.4.3 consentono di addivenire ad una differente conclusione. In particolare, non permetterebbe, in ogni caso, di giungere ad una diversa conclusione il fatto che l'assicurato potrebbe, in futuro, essere sottoposto ad un ulteriore intervento chirurgico. Difatti, in tale evenienza, potrà annunciare una ricaduta del sinistro, con ripristino del diritto alle prestazioni di corta durata (cfr. art. 11 OAINF; cfr. pure, la STCA 35.2021.97 del 21 marzo 2022, consid. 2.3.5 e la STCA 35.2022.87 del 30 gennaio 2023, consid. 2.4.4). Stante ciò, l'amministrazione era pertanto legittimata a dichiarare estinto il diritto alle prestazioni di corta durata da quella data e a valutare le prestazioni di lunga durata (rendita d'invalidità e IMI). In simili circostanze la richiesta dell'insorgente di “ Verifica e ripristino delle cure con possibile intervento chirurgico consigliato ” e “ Ripristino delle IG dalla sospensione fino al raggiungimento di uno stato di salute tangibilmente stabilizzato ” (doc. VII, pag. 4) deve pertanto essere respinta. 2.5. Diritto ad una rendita di invalidità di entità uguale o superiore al 13%? Si tratta ora di valutare il grado dell'invalidità presentata dal ricorrente tenuto conto dei soli danni alla salute in relazione di causalità con l'evento del 5 luglio 2021 (fatta astrazione dai disturbi da lui accusati alla schiena: cfr. consid. 2.3). 2.5.1. 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 LPGGA; l'art. 8 cpv. 1 LPGGA, a sua volta, corrisponde al previgente art. 18 cpv. 2 prima frase LAINF, motivo per il quale occorre concludere che non vi sono stati cambiamenti di rilievo in seguito all'introduzione della LPGGA. Da parte sua, l'art. 16 LPGGA prevede, che per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato invalido potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido. L'Alta Corte, nella sentenza U 192/03 del 22 giugno 2004, citata in precedenza, ha rilevato che anche l'art. 16 LPGGA non ha modificato la valutazione del grado di invalidità dell'assicurato previsto dai precedenti art. 28 cpv. 2 LAI e art. 18 cpv. 2 seconda frase LAINF. Nella stessa pronuncia la nostra Massima Istanza ha quindi concluso che in ambito LAINF la giurisprudenza relativa ai concetti di inabilità lavorativa, inabilità al guadagno e invalidità continua a mantenere la sua validità anche in seguito all'introduzione della LPGGA. Su questi aspetti si veda pure la DTF 130 V 343. Due sono, dunque, di norma gli elementi costitutivi dell'invalidità: 1. il danno alla salute fisica o psichica (fattore medico); 2. la diminuzione della capacità di guadagno (fattore economico). Tra il danno alla salute e l'incapacità di guadagno deve inoltre intercorrere un nesso causale adeguato (fattore causale). Nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni deve esserci inoltre un nesso causale, naturale ed adeguato, tra il danno alla salute e l'infortunio.

2.5.2. 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'espletare determinate funzioni. Il medico indicherà per prima cosa se l'assicurato può ancora svolgere la sua professione, precisando quali sono le controindicazioni in quell'attività e in altre analoghe. Egli valuterà finalmente il grado dell'incapacità lavorativa che gli impedimenti provocano sia nella professione attuale sia nelle altre relativamente confacenti (cfr., su questi aspetti, STF I 871/02 del 20 aprile 2004 e STF I 162/01 del 18 marzo 2002). L'invalidità, proprio perché concetto essenzialmente economico, si misura raffrontando il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora o potrebbe realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili, in un mercato del lavoro equilibrato, dopo l'adozione di eventuali provvedimenti integrativi (cfr. art. 16 LPGGA). I due redditi da porre a raffronto sono necessariamente ipotetici. L'ipotesi deve però poggiare su solide basi, avere un fondamento oggettivo. La giurisprudenza federale ha, più volte, confermato il principio che, nella determinazione dell'invalidità, non c'è la possibilità di fondarsi su una valutazione medico-teorica del danno alla salute dovuto all'infortunio e che occorre, sempre, basarsi sulle conseguenze economiche di tale danno. Il TF ha avuto modo di confermare che alla perdita di guadagno effettiva in un rapporto di lavoro stabile si può far capo solo eccezionalmente, se l'assicurato può esaurire pienamente presso la ditta in cui da lungo tempo lavora tutta la sua residua capacità lavorativa (STF U 25/94 del 30 giugno 1994). La perdita di guadagno effettiva può corrispondere alla perdita di guadagno computabile soltanto se - le condizioni sono cumulative - ogni riferimento al mercato del lavoro in generale, tenuto conto dei

rapporti di lavoro particolarmente stabili, si avvera praticamente inutile, se l'assicurato esercita un'attività ragionevolmente esigibile nella quale si deve considerare che sfrutti al massimo la sua capacità di lavoro residua e se il reddito corrisponde ad una prestazione di lavoro e non a un salario sociale (RAMI 1991 U 130, p. 270ss. consid. 4a; conferma di giurisprudenza). Le ragioni, inerenti l'azienda, che rendono impossibile l'utilizzazione ottimale della rimanente capacità di produzione, devono essere considerate soltanto se, sul mercato del lavoro generale, non esiste una possibilità d'impiego, esigibile dall'assicurato, che gli permetterebbe di valorizzare meglio la propria residua capacità di lavoro (RAMI 1991 succitata, consid. 4d). I. Termine: reddito da invalido La misura dell'attività che si può ragionevolmente esigere dall'invalido va valutata in funzione del danno alla salute, avuto riguardo alle circostanze personali come l'età, le attitudini psico-fisiche, l'istruzione, la formazione professionale. Secondo la giurisprudenza, per la fissazione dei redditi ipotetici, non vanno considerate circostanze che non riguardano l'invalidità vera e propria. Particolarità quali formazione professionale o conoscenza linguistiche carenti hanno, in quest'ambito, rilevanza se sono causa di un reddito inferiore alla media. In tal caso, esse vanno o considerate nella determinazione dei due redditi da porre a confronto o non considerati affatto (RAMI 1993 U 168, p. 97ss., consid. 5a, b). Nel valutare la possibilità di sfruttare la residua capacità lavorativa e tradurla in capacità di guadagno non si terrà conto di difficoltà contingenti del mercato del lavoro ma ci si collocherà nell'ipotesi di un mercato equilibrato, nella situazione, cioè, in cui offerta e domanda sostanzialmente si controbilancino (cfr. RAMI 1994 U 187, p. 90 consid. 2b; DTF 115 V 133; STF del 30 giugno 1994 succitata). Specifica dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni è la norma di cui all'art. 28 cpv. 4 OAINF: " Se a causa della sua età l'assicurato non riprende più un'attività lucrativa dopo l'infortunio o se la diminuzione della capacità di guadagno è essenzialmente dovuta alla sua età avanzata, sono determinanti per valutare il grado d'invalidità i redditi che potrebbe eseguire un assicurato di mezza età vittima di un danno alla salute della stessa gravità." II. Termine: reddito conseguibile senza invalidità Nel determinare il reddito conseguibile senza invalidità ci si baserà per quanto possibile sulla situazione antecedente l'infortunio. Se ne ipotizzerà l'evoluzione futura partendo dall'assunto che senza di esso la situazione si sarebbe mantenuta sostanzialmente stabile (cfr. STF del 15 dicembre 1992 nella causa G.I.M.). Ci si discosterà da questa proiezione solo se le premesse per modifiche di qualche rilievo sono già date al momento dell'infortunio o se particolari circostanze ne rendono il verificarsi altamente probabile (cfr. RAMI 1993 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. 2.5.3. Nel caso di specie, dalla decisione su opposizione impugnata si evince che l'CO 1 ha definito l'esigibilità lavorativa alla base della determinazione del grado dell'invalidità, facendo capo al parere dei propri medici fiduciari (cfr. doc. 359, pag. 4 e 5 incarto LAINF). Dalle tavole processuali emerge in effetti che in data 14 marzo 2024 ha avuto luogo una visita medica bidisciplinare ortopedica-neurologica a cura dei dr. med. _____ e _____ (doc. 315 e doc. 318 incarto LAINF). Per quanto concerne la valutazione dell'esigibilità lavorativa dal profilo ortopedico, il dr. med. _____ ha attestato quanto segue: " Il lavoro come camionista/autista non è più esigibile. Altrimenti sono esigibili al 100% lavori parzialmente seduti, parzialmente restando in piedi o camminando, lavori medio-pesanti. Non riesce a lavorare su ponteggi e luoghi pericolosi con rischio di una caduta come tetti. Non riesce più a lavorare in posizioni forzate. " (doc. 315, pag. 5 incarto LAINF). Per quanto concerne

l'aspetto neurologico , il dr. med. _____ ha attestato quanto segue: " Neurologische Diagnose Rein sensorische leichte bis allenfalls mittelschwere Neuropathie des N. saphenus und des N. peroneus superficialis rechts. Teilbeurteilung Neurologie (...). Neurologisch nachvollziehbar hat der Versicherte elektrophysiologisch ausgewiesen, dagegen eine hochgradige rein sensible Störung mit Schädigung des Nervus saphenus rechts entsprechend der medialen Oberfläche am Unterschenkel sowie des Nervus peroneus superficialis entsprechend dem lateralen Unterschenkel und dem Fussrücken rechts. Eindeutig darüber hinaus angegebene Sensibilitätsstörungen in der Untersuchung auch an der Fusssohle sowie am lateralen Fussrand rechts entsprechen jedoch dem elektrophysiologisch nachweisbar nicht betroffenen Territorium des Nervus tibialis und dem N. suralis gemäss aktuellen Befunden vom 09.01.2024 und sind weder vom Verletzungsmuster plausibel noch mit, elektrophysiologischem Schädigungsnachweis betroffen. Somit handelt es sich um eine ausgewiesene Beschwerdeausweitung, die organisch objektivierbar über die tatsächlich betroffenen nervalen Schädigungen nicht plausibel nachvollziehbar sind. Dies gilt ebenso für darüberhinaus angegebene Schmerzen und Gefühlsstörungen im Oberschenkelbereich, in der Leiste und im Rücken, was mit dem Versicherten auch in Hinblick auf seine unfallbedingte nervale Schädigung des Nervus saphenus und des Nervus peroneus superficialis ausschliesslich den Unterschenkel betreffend erörtert und erklärt wurde. Entsprechend ist auch organisch neurologisch nicht erklärbar, warum der Versicherte in der aktuellen Untersuchung ein durchgehendes rechtsseitiges Hinken zeigte, was durch die vorliegenden rein-sensorischen Nervenbeeinträchtigungen medial und lateral am Unterschenkel nicht erklärbar ist und er auch bei Beendigung der Untersuchungssituation zuletzt mit Bericht vom 02.11.2022 beim Verlassen der Untersuchung nicht aufwies als Hinweis auf die vorliegend gegebene funktionelle Möglichkeit eines hink freien Gehens. In der versicherungsmedizinischneurologischen Beurteilung vom 24.03.2023 hatten wir uns in diesem Zusammenhang bereits ausführlich mit der Dokumentation der stationären Standortbestimmung einschliesslich EFL mit Bericht vom 21.09.2022 aus der _____ auseinandergesetzt. Dort war dokumentiert worden, dass der Versicherte funktionell ein sicheres Gangbild ohne Hilfsmittel einschliesslich Zehen und Nackengang links erschwert erreichen konnte. Die sehr starken Schmerzangaben musculoskeletal konnten in der _____ bereits nicht erklärt werden. Ebenso das Ausmass demonstrierten physischen Einschränkungen konnte mit den objektivierbaren pathologischen Befunden aus somatischer Sicht nicht in Übereinstimmung gebracht werden. (...). Nicht abgesprochen wird dem Versicherten bei eindeutiger und objektiviert neurogener Schädigung eine gewisse Allodynie und eine Neuropathie in diesen beiden Nervenversorgungsgebieten, deren Ausmass jedoch angesichts der Beschwerdeausweitung nur versicherungsmedizinisch objektivierbar dann aber nur schwer einzuschätzen ist. Dies gilt auch für die Schmerzstärke mit praktisch durchgehender Angabe von der maximalen Schmerzstärke 10 ohne plausible Variation, das heisst mit absolutem Maximum im Gegensatz zu vorherigen Dokumentationen mit Schmerzstärke von 5 bis 6. Ein solcher Schmerzverlauf ist nicht plausibel ohne eine vorliegende Beschwerdeausweitung. Insbesondere bei einer aktuellen Medikation nur mit Antiphlogistika (Dafalgan und Brufen), die allenfalls leicht rein analgetisch aber nicht antineuropathisch wirksam ist. Diesbezüglich einschlägige Behandlungsversuche mit Neurodel Pflaster wurden bereits nach kurzer Zeit wegen angegebenen Nebenwirkungen wieder abgebrochen, Behandlungsversuche mit antineuropathischen Substanzen wie Pregabalin ebenfalls (Bericht vom 26.05.2023). Dies

gilt auch für die tatsächlich erreichbare Funktionalität des Versicherten mit Inkonsistenzen für eine höhergradige Neuropathie mit Allodynie, wo der Versicherte in der Lage ist, Hundespaziergänge durchzuführen und sowohl ein Bad im Meer als auch im Schwimmbad ohne typische Einschränkung im Sinne einer klassischen Allodynie im Unterschenkel, wo jeder Was-serreiz in diesem Bereich vermieden wird, ebenso wie z.B. mit dem Tragen einer anliegenden Trainingshose in der Untersuchungssituation und einer Totalrasur in diesem Bereich, wie jedoch aktuell durchgeführt [1]. Nach unserem Dafürhalten ist dennoch die Schwelle eines relevanten Integritätsschadens im Sinne einer schmerzhaften Neuropathie im rechten Unterschenkel, diesbezüglich als überwiegend wahrscheinlich erreicht einzuschätzen respektive sie ist aufgrund der neurophysiologisch objektivierbar ausgewiesenen nervalen rein sensiblen Schädigung des N. saphaneus und des N. peroneus superficialis eher wahrscheinlich als unwahrscheinlich. (...)” (doc. 318, pag. 5 e 6 incarto LAINF). Per quanto concerne la valutazione dell’esigibilità lavorativa dal profilo neurologico, il dr. med. _____ ha attestato quanto segue: " (...) Insgesamt kann daher mit einer überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf neurologischem Fachgebiet nunmehr von einem stabilisierten Heilzustand mit einem chronifizierten neuropathischen Schmerzsyndrom im Bereich des Nervus saphenus und des Nervus peroneus superficialis rechts im Unterschenkelbereich ohne motorische Einschränkungen ausgegangen werden. Diesbezüglich lassen sich jedoch überwiegend wahrscheinlich nur geringgradige funktionelle Einschränkungen wie oben erläutert begründen ohne Einschränkung der gantztägigen Arbeitsfähigkeit mit einem Schweregrad bis mittelschwer. Schwere Arbeiten wie z.B. auf Baustellen oder in der Eisenverarbeitung, oder in grosser Hitze oder Kälte sind dem Versicherten jedoch nicht mehr zumutbar. (...)” (doc. 318, pag. 7 incarto LAINF). In data 9 luglio 2024 la dr.ssa med. _____ (consultata privatamente dall’insorgente) ha attestato quanto segue: " (...). Esame obiettivo (...) Rachide lombare discretamente rigido per ipertono della muscolatura paravertebrale; dolente la digitopressione sulle apofisi spinose del tratto lombare. Motilità del tronco ridotta agli estremi con risentimento algico nelle rotazioni ed iperestensione. Laségue +- a destra. Arto inferiore destro: gamba destra arrossata con cute traslucida e sottile. Cicatrice chirurgica a decorso trasverso al III prossimale di gamba riferita dolente alla stimolazione con ago a punta smussa. Ipoestesia e allodinia con parestesie su faccia antero-mediale di gamba. Ipotrofia dei muscoli poplitei con minus di 2 cm alla misurazione comparata AAII. Anca limitata di circa 1/3 in abduzione. Ginocchio libero. TT limitata di 1/3 la flessione plantare. Deambula con zoppia di fuga a dx. (...). CONSIDERAZIONI MEDICO-LEGALI Sulla base della dinamica riferita, della documentazione sanitaria esaminata e dell’obiettività clinica riscontrata, (...). (...). L’obiettività clinica, completata dalla verifica diretta della documentazione sanitaria esibita, e citata in corso di iter clinico, oggettivizza le lesioni osservate e consente di verificare che esse non sono attribuibili a cause diverse da quella traumatica. Allo stato attuale, a condizioni cliniche stabilizzate, sono residuati postumi a carattere permanente che sono caratterizzati da sindrome lombalgia e sindrome algodisfunzionale parestesica arto inferiore destro. Tale danno non è più sanabile e determina una inabilità del 60% nell’esecuzione di attività lavorative leggere: non sopporta ambienti troppo caldi o eccessivamente freddi; la guida di automezzi leggeri dopo un po' provoca dolore alla gamba e alla schiena. Allega limitazione nel mantenere la stazione eretta per lunghi periodi; impossibile mantenere la postura sulle ginocchia. (...)” (doc. 350 pag. 9-12 incarto LAINF). Interpellato dall’amministrazione a tal proposito, in data 26 luglio 2024 il dr. med. _____ ha attestato quanto segue: " (...) Mi riferisco alla visita medica del 14.03.2024

(visita interdisciplinare ortopedica/neurologica). Nel frattempo, è pervenuta una relazione medico legale della dott.ssa med. _____. La collega giunge alla conclusione che si evidenziano delle significative conseguenze prodotte dal trauma all'assicurato. Conferma che le condizioni cliniche si sono stabilizzate e riferisce residui postumi a carattere permanente. Riferisce una sindrome di lombalgia e una sindrome algo disfunzionale parestetica all'arto inferiore destro. Tutta questa problematica è già stata valutata in maniera dettagliata nel corso delle diverse visite e apprezzamenti medici, l'ultima interdisciplinare. Sono stati effettuati una serie di accertamenti anche specialistici. La nostra valutazione dell'esigibilità rende conto delle conseguenze del trauma dello schiacciamento. Non vedo nuovi aspetti medici nella lettera della dott.ssa med. _____, che potrebbero modificare l'esigibilità del lavoro. Infatti, dal punto di vista medico sembra che la dottoressa più o meno confermi le nostre conclusioni cliniche. (...)” (doc. 356 incarto LAINF). 2.5.4. Chiamato ora a pronunciarsi nel caso di specie, questa Corte segnala preliminarmente che, non essendo la decisione impugnata fondata su una perizia esterna ai sensi dell'art. 44 LPGGA, può trovare applicazione la giurisprudenza di cui alla DTF 135 V 465, secondo la quale dei lievi dubbi circa l'affidabilità di un rapporto medico bastano per potersene discostare (cfr. supra, consid. 2.4.2). Ora, attentamente vagliato l'insieme della documentazione a sua disposizione, il TCA non ritiene di poter senz'altro concludere, con la necessaria tranquillità, che RI 1, a partire dal 1° maggio 2024, fosse in grado di svolgere un'attività sostitutiva adeguata (in particolare, attività leggere fino a mediamente pesanti in posizione alternata, non esposto a caldo o freddo estremo, su terreni piani, senza necessità di pause supplementari) sull'arco dell'intera giornata e con pieno rendimento. La valutazione operata il 18 marzo 2024 (cfr. doc. 315 incarto LAINF) e il 26 luglio 2024 (doc. 356 incarto LAINF) dal dr. med. _____ dal profilo strettamente ortopedico è condivisibile. Difatti, gli impedimenti funzionali che presenta il ricorrente, da tale profilo, sono quelli che si riscontrano, usualmente, in assicurati che hanno subito danni agli arti inferiori, per i quali questa Corte ha ritenuto una capacità lavorativa residua del 100% (presenza e rendimento) in attività adeguate (per lo più sedentarie; cfr. a questo proposito, tra le tante, le: STCA 35.2017.111 del 20 giugno 2018, consid. 2.4.5; 35.2018.69 dell'11 febbraio 2019 consid. 2.3.5; 35.2020.98 del 26 aprile 2021 consid. 2.4.3; 35.2021.85 del 14 marzo 2022 consid. 2.3.6; 35.2022.7 del 28 aprile 2022 consid. 2.4.6; cfr. pure la STCA 35.2021.85 del 14 marzo 2022 confermata con STF 8C_252/2022 dell'11 gennaio 2023; cfr. pure la STCA 35.2023.99 dell'11 aprile 2024, consid. 2.8.2 e la STCA 35.2023.68 del 22 aprile 2024, consid. 2.4.4; per un caso in cui è stata ritenuta una capacità lavorativa residua del 100% (presenza e rendimento) in attività adeguate per un assicurato infortunatosi al ginocchio sinistro: cfr. pure STF 8C_215/2023 del 1° febbraio 2024 consid. 4.2). Va inoltre rilevato che, quand'anche tra la valutazione dell'esigibilità lavorativa eseguita dal medico fiduciario e quella effettuata dagli specialisti di fiducia dell'assicurato vi fossero alcune differenze riguardanti la natura e l'importanza dei limiti funzionali, esse sarebbero in ogni caso irrilevanti (cfr. pure la STCA 35.2021.59 dell'8 novembre 2021, consid. 2.4.3, la STCA 35.2021.83 del 7 marzo 2022, consid. 2.7.2 e la STCA 35.2023.99 dell'11 aprile 2024, consid. 2.8.2). Per quanto invece concerne l'aspetto neurologico, la valutazione operata il 18 marzo 2024 (cfr. doc. 318 incarto LAINF) dal dr. med. _____, non può rappresentare un valido fondamento al giudizio che è ora chiamato a rendere. In effetti, a suscitare dei dubbi, perlomeno lievi, circa la correttezza della valutazione espressa dal medico fiduciario dell'CO 1 vi è il fatto che RI 1, a causa dell'infortunio del 5 luglio 2021, ha residuato un danno neurologico piuttosto severo. Non

ci si può infatti esimere dal sottolineare che gli specialisti _____ - prima quelli dell' _____ (_____; in data 13 novembre 2023) e poi quelli del _____ (in data 9 gennaio 2024) - hanno attestato che “ Wir klärten den Patienten über die Komplexität der Situation ” (doc. 282, pag. 1 incarto LAINF) rispettivamente che: “ Wie bereits von Euch festgehalten, besteht bei diesem 25-jährigen Bauhilfsarbeiter ein neuropathisches Schmerzsyndrom am rechten Unterschenkel, wobei der Hauptbefund durch eine Neuropathie des N. saphenus mit Hyperpathie und Allodynie in diesem Versorgungsgebiet verursacht wird. Als Korrelat findet sich ein Neurom in continuitatem des N. saphenus rechts am distalen Unterschenkel 2 cm distal der Narbe. Hinweise für eine darüberhinausgehende relevante Pathologie des N. peroneus superficialis und des N. suralis finden sich keine. Der N. peroneus superficialis rechts zeigt zwar elektrophysiologisch eine schwere axonale Schädigung, im Nervenultraschall kann ein Neurom in continuitatem hier nicht nachgewiesen werden. Der N. suralis kann rechts schön abgeleitet werden. ” (doc. 289 pag. 2 incarto LAINF). I medesimi specialisti avevano poi proposto un intervento chirurgico per una adesiolisi e neurolisi e revisione della cicatrice che però, a causa della complessità della situazione, avrebbe potuto comportare anche un importante peggioramento della sindrome neuropatica dolorosa di cui l'insorgente soffriva da ormai oltre 2 anni (doc. 282 e 289 incarto LAINF), motivi per i quali egli non aveva voluto sottoporvisi (doc. 293 incarto LAINF) e i medici fiduciari dell'CO 1 non l'avevano ritenuto esigibile (doc. 299 e 300 incarto LAINF). Non ci si può neppure esimere dal rilevare che i medici di fiducia dell'CO 1 (inclusi quelli di _____) avevano già ritenuto nel luglio rispettivamente nell'ottobre e dicembre 2022 come pure nel febbraio 2023 che fosse presente una significativa amplificazione dei sintomi da parte dell'assicurato, motivo per il quale l'CO 1 lo aveva ritenuto abile in misura del 50% dal 27 febbraio 2023 e in misura del 100% dal 27 marzo 2023, nonostante i suoi medici curanti avessero continuato ad attestare un'incapacità lavorativa del 100%. Solamente dopo che è stata posta il 26 maggio 2023 la diagnosi di neuropatia del nervo safeno destro e neuropatia assonale del nervo peroneo destro sulla base dell'ENMG eseguito il 22 maggio 2023, a fronte di un danno neurologico a quel momento oggettivato, il 31 maggio 2023 l'CO 1 ha ripristinato retroattivamente l'inabilità lavorativa completa di RI 1 a decorrere dal 27 febbraio 2023 (cfr. consid. 1.2-1.4). Infine, anche la dr.ssa med. _____, nella propria valutazione del 9 luglio 2024, ha ritenuto che il ricorrente, a causa della lombalgia e della sindrome algo disfunzionale parestesica di cui soffre alla gamba destra, presenta un'inabilità lavorativa del 60% nell'esecuzione di attività lavorative leggere adeguate. Ora se è vero che, nel caso di specie, va fatta astrazione dai disturbi alla schiena di cui soffre il ricorrente (cfr. consid. 2.3 e 2.5), è altrettanto vero che la sindrome neuropatica all'arto inferiore destro contribuisce in ogni caso, in una qualche misura, a determinare la citata incapacità lavorativa. L'affermazione, contenuta nella decisione su opposizione impugnata, secondo la quale le valutazioni elaborate da medici stranieri sarebbero da considerare “... con riserva in quanto un apprezzamento espresso con piena cognizione di causa presuppone una certa familiarità con il diritto svizzero delle assicurazioni sociali. Le basi di valutazione all'estero sono spesso diverse da quelle conosciute in Svizzera ... ” (doc. 359 pag. 5 incarto LAINF), non si attaglia al caso di specie in cui si tratta di valutare la capacità lavorativa residua (e, quindi, il grado di inabilità lavorativa riconducibile al danno alla salute infortunistico) del ricorrente che è una questione di natura squisitamente medico scientifica che non presuppone necessariamente la conoscenza dei principi del diritto assicurativo svizzero. Del resto, l'opinione dell'amministrazione trova il proprio fondamento in una

vecchia giurisprudenza federale, la quale è stata modificata già nell'anno 2006 (sul tema, cfr. D. Cattaneo, Le perizie nelle assicurazioni sociali, in Atti della giornata di studio del 29 maggio 2006, CFPG fascicolo 39, p. 236, con riferimento alla STFA I 414/05 del 18 dicembre 2006; si vedano pure le STAF C4930/2014 del 12 febbraio 2015 e C7023/2017 del 4 luglio 2018; cfr. pure la STCA 35.2018.88 del 10 dicembre 2018, consid. 2.8). Va inoltre considerato che quale dirigente dell'Istituto ortopedico _____ nonché medico chirurgo specialista in Medicina Legale con alla spalle un'ampia esperienza in ambito medico (il suo curriculum vitae è consultabile on line al sito _____), il medico privatamente interpellato dall'assicurato gode di sufficienti qualifiche affinché il suo parere sia atto a generare dei dubbi, perlomeno lievi, a proposito della fondatezza della valutazione enunciata dai medici dell'assicurazione. Da ultimo, se è vero che, come anzidetto, che questa Corte ha ammesso una piena capacità lavorativa in attività sostitutive adeguate trattandosi di assicurati vittime d'infortuni agli arti inferiori, è altrettanto vero che il caso sub iudice si differenzia dai precedenti per il motivo che l'insorgente ha sviluppato pure delle problematiche neurologiche (neuropatie all'arto inferiore destro), circostanza che potrebbe giustificare una diversa soluzione, e, quindi, 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 rispettivamente la 35.2022.45 del 14 novembre 2022 consid. 2.9 relativo un assicurato che poteva avere sviluppato una paraplegia incompleta ASIA D; cfr. pure le STCA 35.2024.26 del 30 settembre 2024, consid. 2.11 e la STF 8C_43/2024 del 9 agosto 2024 consid. 5.2). In questo contesto, giova qui segnalare che il TCA ha in passato regolarmente ammesso una piena capacità lavorativa in attività sostitutive adeguate trattandosi di assicurati vittime d'infortuni agli arti superiori, in particolare alle spalle (cfr., tra le tante, la STCA 35.2022.67 del 14 novembre 2022 consid. 2.3.4.) e che il TF, con sentenza 8C_542/2023 del 25 aprile 2024, ha ordinato a questa Corte di disporre una perizia giudiziaria volta a definire la capacità lavorativa residua di un assicurato vittima proprio di un infortunio alla spalla destra. 2.5.5. 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 Beweismassnahme 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 consid. 5.2 – 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 LPGA: " 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).” 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 LPG, 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 LPG): " 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).” (si veda pure la STF 8C_697/2019, 8C_698/2019 del 9 novembre 2020 consid. 4.1). Inoltre, con la pronuncia 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 (questo principio è stato confermato ancora con le sentenze 8C_274/2021 del 31 marzo 2023 consid. 9.3.3; 8C_523/2022 del 23 febbraio 2023 consid. 5.4 e riferimenti; 8C_731/2021 succitata consid. 4.6; cfr. pure la STCA 35.2023.12 del 24 aprile 2023, consid. 2.9 e la STCA 35.2024.12 del 10 giugno 2024, consid. 2.6). Infine, con pronuncia 8C_447/2023 del 18 aprile 2024 consid. 5.3, l’Alta Corte ha stabilito che: " Aufgrund der widersprüchlichen Berichte der RAD-Ärzte untereinander einerseits und im Vergleich zu den erwähnten Berichten des Spital F. _____ andererseits bestanden mithin zumindest geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Einschätzung durch die beiden Ärzte des RAD, auf welche sich die Vorinstanz abstützte. Anstatt weitere Abklärungen zu tätigen, stellte das kantonale Gericht eigene medizinische Überlegungen an und schloss auf eine abgestufte Arbeitsfähigkeit ab Oktober 2017. Dies liegt jedoch nicht mehr im Rahmen einer zulässigen freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG), ist es doch nicht Aufgabe des Gerichts, fachfremde Schlussfolgerungen zu ziehen (vgl. Urteile 8C_122/2023 vom 26. Februar 2024 E. 5.3; 8C_586/2022 vom 26. April 2023 E. 5.2.2; 8C_225/2021 vom 10. Juni 2021 E. 5.3+5.5). Vielmehr hätte die Vorinstanz die dargelegten Unstimmigkeiten und Widersprüche näher abklären müssen. Indem sie dies unterliess, stellte sie den Sachverhalt nicht rechtsgenügend fest, was die Beweiswürdigungsregeln sowie den Untersuchungsgrundsatz, mithin Bundesrecht, verletzt”. (cfr. pure la STCA 35.2024.26 del 30 settembre 2023, consid. 2.13). Nella presente fattispecie, il TCA ritiene che siano 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 fatto che esso ha fondato la decisione impugnata sul solo parere del proprio medico fiduciario. Per le ragioni già

esposte al considerando 2.5.4, si giustifica pertanto l'annullamento della decisione su opposizione impugnata e il rinvio degli atti all'assicuratore resistente affinché disponga un approfondimento peritale esterno (art. 44 LPGa), in ambito neurologico, volto a chiarire la capacità lavorativa residua in attività adeguate di RI 1 al 1° maggio 2024. In base alle relative risultanze peritali, l'assicuratore resistente sarà poi chiamato a definire nuovamente il diritto alla rendita dell'insorgente. Da ultimo, il TCA rileva che è prematuro pronunciarsi sulle ulteriori obiezioni sollevate dal patrocinatore del ricorrente. Per motivi di economia processuale questa Corte osserva che il reddito da valido di fr. 74'530.- per il 2024 determinato dall'amministrazione in base ai dati statistici (TA1; ramo economico 41-43, livello 1, uomini) " in considerazione del fatto che la ditta _____ ha cessato la propria attività " (cfr. doc. 342, pag. 2) è corretto e, pertanto, è rimasto - a ragione - incontestato. Infatti, 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 (cfr. pure la STCA 35.2022.56 del 10 ottobre 2022, consid. 2.10e la STF 8C_110/2022 del 9 febbraio 2023, consid. 5.4). 2.6. Alla luce di quanto precedentemente esposto, questo Tribunale rinuncia all'assunzione di ulteriori prove. Va qui ricordato che, per costante giurisprudenza, 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 (valutazione anticipata delle prove), si rinuncerà ad assumere altre prove (cfr. STF 9C_632/2012 del 10 gennaio 2013; STF 9C_231/2012 del 24 agosto 2012), senza che ciò costituisca una lesione del diritto di essere sentito sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata; cfr. pure DTF 144 V 361, consid. 6.5; STF 8C_174/2023 del 5 ottobre 2023, consid. 8.2 e STF 8C_628/2023 del 9 aprile 2024, consid. 2.7). L'incanto dell'amministrazione è stato versato agli atti con la risposta di causa. 2.7. 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 e riferimento), l'CO 1 verserà all'insorgente, rappresentato da un sindacato (cfr. art. 61 cpv. 1 lett. g LPGa; art. 30 Lptca; DTF 122 V 278; DTF 118 V 139; STF U 8/07 del 20 febbraio 2008; STF 8C_517/2012 del 1° novembre 2012; STCA 35.2024.79 del 7 gennaio 2025 consid. 2.10; STCA 35.2022.80 del 24 gennaio 2023, consid. 2.12), l'importo fr. 1'200 (IVA inclusa) a titolo d'indennità per ripetibili. 2.8. L'art. 61 lett. a LPGa, in vigore fino al 31 dicembre 2020, prevedeva che la procedura deve essere semplice, rapida, di regola pubblica e gratuita per le parti; la tassa di giudizio e le spese di procedura possono tuttavia essere imposte alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. In data 1° gennaio 2021 è entrata in vigore una modifica della LPGa. L'art. 61 lett. a LPGa prevede ora unicamente che la procedura deve essere semplice, rapida e, di regola pubblica. Dalla medesima data è entrato in vigore l'art. 61 lett.

fbis LPGA secondo cui in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. Trattandosi di una controversia relativa a prestazioni LAINF, il legislatore non ha previsto di prelevare le spese (cfr. STCA 35.2021.9 del 20 settembre 2021 consid. 2.12; 35.2021.58 del 18 ottobre 2021 consid. 2.12; STCA 35.2022.80 del 24 gennaio 2023, consid. 2.13 e STCA 35.2024.26 del 30 settembre 2024, consid. 2.16). Sul tema, cfr. anche STF 9C_369/2022 del 19 settembre 2022; STF 9C_368/2021 del 2 giugno 2022; SVR 2022 KV Nr. 18 (STF 9C_13/2022 del 16 febbraio 2022); STF 9C_394/2021 del 3 gennaio 2022; STF 8C_265/2021 del 21 luglio 2021 (al riguardo cfr. Ares Bernasconi, *Actualités du TF*, 8C_265/2021 du 21 juillet 2021 - frais judiciaires pour les tribunaux cantonaux des assurances selon la révision de la LPGA du 21 juin 2019, in *SZS/RSAS 2/2022* pag. 107); Messaggio Nr. 8480 del Consiglio di Stato del 21 agosto 2024 «Rapporto sull'iniziativa parlamentare presentata il 4 maggio 2021 nella forma elaborata da Lara Filippini e Sabrina Aldi per la modifica dell'art. 29 della Legge di procedura per le cause davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni (Lptca) del 23 giugno 2008 (Implementazione della revisione LPGA alle spese giudiziarie dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni) e controprogetto».

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