

## **TI\_GERICHTE 35.2018.91 vom 22. Mai 2019**

TI Tribunale d'appello, 2019-05-22, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_35.2018.91](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2018.91)

FR: TI\_GERICHTE 35.2018.91 du 22 mai 2019

IT: TI\_GERICHTE 35.2018.91 del 22 maggio 2019

### **Regeste**

Diritto al rimborso spese di viaggio dell'accompagnatore. Diritto al rimborso delle spese di patrocinio. Diritto a interessi di mora

### **Erwägungen**

#### **E. 11**

LAINF. Si tratta ad esempio di recarsi presso un luogo di cura oppure di consultare uno specialista (medico, chiropratico, ecc.). In pratica, l'INSAI rimborsa l'equivalente del valore del biglietto ferroviario di seconda classe per l'itinerario più diretto (cfr. Ghélew/Ramelet/Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), Losanna 1992, p. 79; in merito alla differenza tra spese di trasporto e di viaggio, si veda G. Riemer-Kafka, Vereinfachungen im System der schweizerischen Sozialversicherungen. Problemfelder und Lösungsvorschläge, 2014, p. 169). Nel caso in cui, per recarsi presso il luogo di cura, la persona assicurata necessiti dell'accompagnamento di un terzo, devono essere rimborsate anche le spese di viaggio di quest'ultimo, a condizione che sussista una giustificazione medica, ossia che la persona infortunata non sia in grado - per ragioni fisiche o psichiche - di recarsi alla visita medica resa necessaria dal danno alla salute infortunistico, senza un accompagnatore (cfr. la raccomandazione n. 1/94, " Remboursement de frais (frais de sauvetage, de dégagement, de voyage et de transport, frais de logement et d'entretien )", della Commissione ad hoc danni LAINF del 27 novembre 1990 (revisione del 18 novembre 2016), pto. 3; in questo senso, si veda pure KOSS – Hürzeler/Kieser, art. 13, n. 13 ). 2.1.2. Nella concreta evenienza, il ricorrente pretende che l'assicuratore convenuto rimborsi anche le spese generate dal suo accompagnamento da parte di una terza persona durante i viaggi per recarsi presso la Clinica di oftalmologia dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, rispettivamente per fare ritorno al proprio domicilio in Ticino (cfr. doc. I, p. 3 e doc. V). Al riguardo, l'amministrazione fa valere che l'accompagnamento dell'assicurato non era giustificato da ragioni mediche, rilevando al riguardo che "... anche con la vista di un solo occhio si può condurre una vita autonoma, addirittura guidare l'auto, e non si capisce perché non si possa prendere in maniera autonoma i mezzi pubblici." (doc. 173, p. 3). In corso di causa, questo Tribunale si è rivolto al Prof. dott. \_\_\_\_\_, attivo presso il succitato nosocomio lucernese e medico curante specialista dell'insorgente, con uno scritto del seguente tenore: " (...) Aus den Unterlagen des Falles geht hervor, dass Herr RI 1 in der Zeit vom 12. November 2012 bis 9. Januar 2017 die Augenklinik des \_\_\_\_\_ 18 Mal besucht hat. Insbesondere wurde er während des Krankenhausaufenthaltes vom 7. - 11. Januar 2013 einer perforierenden Keratoplastik am rechten Auge, am 13. Januar 2015 einer ambulanten Operation zur Astigmatismus-Korrektur und am 28. Mai und 10. September 2015 zwei ambulanten Operationen zur Regularisierung der Hornhautoberfläche mit dem Excimerlaser

unterzogen. Für die Abklärung des Falles frage ich Sie aus rein medizinischer Sicht, ob RI 1 in der Lage gewesen wäre, mit öffentlichen Verkehrsmitteln (Zug) nach \_\_\_\_\_ zu fahren bzw. an seinen Wohnort im Tessin zurückzukehren, ohne von einer dritten Person begleitet zu werden. ” (doc. VII) Questa la risposta che il Prof. \_\_\_\_\_ ha fornito in data 20 marzo 2019: " (...) Das nicht-korrigierte Sehvermögen des linken Auges wurde am 30.03.2015, 06.08.2015, 14.12.2015, 06.06.2016 sowie am 09.01.2017 gemessen und betrug jeweils zwischen 100 und 125%. Unabhängig vom Sehvermögen des geschädigten bzw. operierten rechten Auges ist es bei diesem einseitig vollen Sehvermögen möglich, mit den öffentlichen Verkehrsmitteln ohne Begleitperson zu reisen. ” (doc. H – il corsivo è del redattore) Secondo lo specialista in questione, RI 1 avrebbe dunque potuto recarsi dal Ticino a \_\_\_\_\_ (e viceversa) anche senza l’accompagnamento di una terza persona, e ciò tenuto conto della piena acuità visiva dell’occhio controlaterale (non infortunato). Il TCA non ha motivo di dubitare della correttezza delle indicazioni fornite dal Prof. \_\_\_\_\_, e del resto l’assicurato non ha sollevato alcuna specifica obiezione, ragione per la quale, tenuto conto dei principi esposti in precedenza (cfr. supra, consid. 2.1.1.), l’istituto assicuratore resistente era legittimato a negare il rimborso delle spese di viaggio per la persona accompagnatrice. Su questo punto la decisione su opposizione impugnata deve dunque essere confermata.

2.2. Diritto al rimborso dell’integralità delle spese di patrocinio? 2.2.1. Con la propria impugnativa, l’assicurato chiede che la CO 1 gli rimborsi l’importo di fr. 11'612.50, corrispondente ai costi di patrocinio maturati durante il periodo 14 marzo 2013 – 14 settembre 2018 (fr. 17'512.50) dedotti fr. 5'900 percepiti a titolo d’indennità per ripetibili in sede cantonale e federale, facendo presente che, per giurisprudenza, i costi legali non coperti dalle ripetibili costituiscono una posta del danno e vanno quindi risarciti (cfr. doc. I, p. 4 e doc. G). L’assicuratore LAINF convenuto ritiene infondata la pretesa del ricorrente, osservando segnatamente che “nel caso in cui l’assicurato fosse stato del parere che a lui spettassero più ripetibili, avrebbe dovuto ricorrere contro la decisione del Tribunale.” (doc. 173, p. 3 s.).

2.2.2. Il TCA rileva innanzitutto che i costi di patrocinio di cui l’assicurato domanda il rimborso, non comprendono soltanto quelli maturati nel contesto delle diverse procedure giudiziarie e per i quali gli sono state assegnate delle ripetibili (fr. 1'500 nella causa 35.2015.79, fr. 2'000 nella causa 35.2015.109 e fr. 2'400 in sede federale), ma pure quelli maturati nell’ambito della procedura amministrativa dinanzi alla CO 1 (cfr. doc. G). Per quanto riguarda i primi, l’amministrazione fa giustamente valere che se l’assicurato riteneva che gli spettassero delle ripetibili più elevate rispetto a quelle accordategli dal TCA, sarebbe stato suo diritto impugnare le relative sentenze. Non avendolo fatto, esse sono cresciute in giudicato, anche per quanto riguarda l’entità delle ripetibili. Trattandosi invece dei secondi, è utile rilevare che, secondo l’art. 52 cpv. 3 LPGA, la procedura di opposizione è gratuita e di regola non vengono accordate ripetibili. Non vi è diritto a un’indennità per ripetibili, a maggior ragione, nella fase che precede la procedura di opposizione. D’altro canto, nella misura in cui il ricorrente pretende che l’assicuratore convenuto debba risarcirgli il danno costituito dalle spese di patrocinio non coperte dalle ripetibili – pretesa di risarcimento che, in materia di assicurazioni sociali, trova fondamento nell’art. 78 LPGA -, questo Tribunale osserva che la giurisprudenza federale ha già avuto modo di chiarire che la responsabilità secondo l’art. 78 LPGA non concerne in realtà i costi di patrocinio che ne sono eventualmente derivati, in quanto esiste una regolamentazione legale esaustiva per quanto riguarda l’indennizzo dei costi di rappresentanza (cfr. la STF 5A.27/1999 del 18 febbraio 2000 consid. 3b, emanata prima dell’entrata in vigore della LPGA in base alla LResp, i cui principi sono però validi

anche nel caso di specie; in questo senso si veda la STCA 35.2014.35 del 1° aprile 2015 consid. 2.6). La decisione su opposizione impugnata merita quindi conferma anche nella misura in cui la CO 1 ha negato di dover rimborsare all'insorgente le richieste spese di patrocinio.

2.3. Diritto a interessi moratori? 2.3.1. Secondo l'art. 26 cpv. 2 LPGA, sempre che l'assicurato si sia pienamente attenuto all'obbligo di collaborare, l'assicurazione sociale deve interessi di mora sulle sue prestazioni dopo 24 mesi dalla nascita del diritto, ma al più presto 12 mesi dopo che si è fatto valere il diritto. Tenuto conto dei due termini previsti dall'art. 26 cpv. 2 LPGA, gli interessi moratori sono dunque dovuti al più presto 12 mesi dopo che l'assicurato ha fatto valere il suo diritto, nella misura in cui, a quel momento, il termine di 24 mesi dalla nascita del diritto è scaduto (cfr. CR LPGA – S. Pétremand, art. 26 LPGA n. 38). L'art. 7 cpv. 1 OPGA recita che il tasso per l'interesse di mora é del 5 per cento all'anno. Il cpv. 2 prevede, in particolare, che il decorso dell'interesse di mora inizia il primo giorno del mese in cui ne é insorto il diritto e cessa alla fine del mese in cui é stato emesso l'ordine di pagamento.

2.3.2. Nel caso concreto, con la decisione su opposizione impugnata, l'amministrazione ha negato di dover pagare interessi moratori sulle prestazioni assicurative, in quanto "..., l'assicurato non ha mai rivendicato gli interessi di mora, e ciò né nel suo ricorso né nella sua precedente opposizione." (doc. 173, p. 3). Con il proprio ricorso, l'assicurato pretende che l'assicuratore LAINF venga condannato a pagare gli interessi moratori sull'importo relativo alle spese di viaggio dell'accompagnatore (fr. 3'683.30), su quello riguardante le spese di patrocinio (fr. 11'612.50), nonché su quello concernente le spese mediche sostenute (fr. 15'977.95) (cfr. il petito di cui al doc. I).

2.3.3. Questa Corte rileva innanzitutto che, nella misura in cui l'istituto assicuratore non può essere tenuto al rimborso né delle spese di viaggio dell'accompagnatore (cfr. supra, consid. 2.1.2.) né di quelle di patrocinio (cfr. supra, consid. 2.2.2.), esso non può parimenti essere obbligato a pagare gli interessi moratori sugli importi corrispondenti. D'altro canto, in merito ai pretesi interessi di mora sulle prestazioni di cura arretrate, va osservato che, laddove l'art. 26 cpv. 2 LPGA prevede che l'assicuratore sociale è tenuto a pagare interessi di mora "al più presto 12 mesi dopo che si è fatto valere il diritto", si deve evidentemente intendere il diritto alle prestazioni. Se ne deduce quindi che, in concreto, il diritto agli interessi moratori è stato in ogni caso negato con un'errata motivazione (cfr., al riguardo, il doc. 173, p. 3: "Nel caso che ci occupa, l'assicurato non ha mai rivendicato gli interessi di mora, e ciò né nel suo ricorso né nella sua precedente opposizione. Pertanto anche questa sua censura non può essere accolta." – il corsivo è del redattore). In questo contesto, è inoltre utile precisare che il momento in cui l'assicurato fa valere il diritto alle prestazioni corrisponde di principio al momento in cui è stato fatto un annuncio ai sensi dell'art. 29 LPGA (cfr. CR LPGA – S. Pétremand, art. 26 LPGA n. 37). L'art. 29 cpv. 1 LPGA recita che colui che rivendica una prestazione deve annunciarsi all'assicuratore competente nella forma prescritta per l'assicurazione sociale interessata. Trattandosi dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni, l'art. 53 cpv. 1 LAINF prevede che l'infortunato o i suoi congiunti devono notificare tempestivamente l'infortunio al datore di lavoro o all'assicuratore. Secondo il cpv. 2, gli assicuratori consegnano gratuitamente i formulari per la notifica dell'infortunio o della malattia professionale che devono essere riempiti in modo completo e conforme alla verità dal datore di lavoro e dal medico curante e rinviati senza indugio all'assicuratore competente. L'annuncio vale per tutte le prestazioni che l'avente diritto può far valere nei confronti dell'assicuratore competente. Non è necessario precisare, nell'annuncio, la natura o l'estensione delle prestazioni pretese (cfr. CR LPGA – G. Longchamp, art. 29 LPGA n. 24). Nella DTF 121 V 195 consid. 2, il TFA (a partire dal 1°

gennaio 2007: TF) ha in effetti stabilito che, annunciandosi all'assicuratore competente, l'assicurato salvaguarda di regola tutti i suoi diritti alle prestazioni d'assicurazione, anche se non ne precisa l'esatta natura, comprendendo l'annuncio tutte le prestazioni che, in buona fede, sono legate all'insorgenza del rischio annunciato. Questa regola non vale tuttavia per le prestazioni che non hanno alcun rapporto con le indicazioni fornite dal richiedente e a proposito delle quali non esiste nel dossier alcun indizio che consenta di credere che potrebbero entrare in linea di conto. Allorquando, in un secondo tempo, l'assicurato fa valere di avere diritto anche a un'altra prestazione, occorre esaminare, in base a tutte le circostanze concrete, avuto riguardo al principio della buona fede, se l'impreciso annuncio precedente comprende anche la pretesa che l'assicurato ha fatto valere ulteriormente (si veda pure la DTF 132 V 286 consid. 4.3). Chiamato a pronunciarsi, il TCA constata che dalla documentazione a disposizione non emergono sufficienti elementi per potersi pronunciare, con piena cognizione di causa, circa il diritto a interessi moratori sulle prestazioni di cura arretrate. In particolare, trattandosi dell'importo sul quale il ricorrente pretende che l'amministrazione debba versare tali interessi (fr. 15'977.95, importo che, stando almeno alla distinta prodotta sub doc. C1, dovrebbe corrispondere alle spese di cura e ai danni materiali dipendenti dall'infortunio assicurato), non è chiaro se e in quale misura tale importo sia stato anticipato dall'assicurato medesimo, rispettivamente dal suo assicuratore contro le malattie (\_\_\_\_\_). Dallo scritto 5 dicembre 2017 della CO 1 al rappresentante dell'insorgente (doc. 139, p. 2) si apprende soltanto che nel corso del mese di novembre 2017 l'assicuratore convenuto ha rimborsato, a titolo di prestazioni sanitarie, un importo di fr. 3'097.35 (cfr. doc. 128/2-42) all'assicurato e di fr. 691.25 (cfr. doc. 129/2-21) al suo assicuratore malattie. Per quanto concerne la differenza, non è inoltre dato sapere se, in quale misura e quando è stata coperta dall'assicuratore convenuto. In queste condizioni, la decisione su opposizione impugnata deve essere annullata nella misura in cui è stato totalmente negato il diritto agli interessi di mora. Gli atti sono retrocessi all'assicuratore resistente affinché riesamini tale diritto in relazione alle spese di cura e renda al riguardo una nuova decisione. 2.4. In data 25 ottobre 2018, il rappresentante dell'assicurato ha chiesto "... in maniera formale ed esplicita, un'udienza pubblica, durante la quale (i) egli sia interrogato sulla fattispecie e (ii) sia sentito, come testimone, il Dr. \_\_\_\_\_." (doc. V). Secondo l'art. 6 CEDU ogni persona ha diritto ad un'equa e pubblica udienza entro un termine ragionevole, davanti a un tribunale indipendente e imparziale costituito per legge, al fine della determinazione sia dei suoi diritti e dei suoi doveri di carattere civile, sia della fondatezza di ogni accusa penale che gli venga rivolta. Al riguardo, è utile precisare che, secondo il Tribunale federale, l'art. 6 CEDU non garantisce il diritto all'audizione dei testimoni proposti dall'assicurato e nemmeno quello all'interrogatorio delle parti (cfr., in questo senso, STF 8C\_307/2013 del 6 marzo 2014 consid. 2.2, 8C\_743/2011 del 20 dicembre 2011 consid. 2.3.1 e SVR 2010 UV Nr. 3 consid. 2). Il 25 ottobre 2018 il patrocinatore di RI 1 ha di fatto formulato una domanda di assunzione di prove, ciò che va oltre a quelli che sono i limiti del pubblico dibattimento definiti dalla giurisprudenza federale, ragione per la quale il TCA è legittimato a rinunciarvi. In corso di causa, questa Corte ha peraltro già proceduto a interpellare per iscritto il Prof. dott. \_\_\_\_\_ (cfr. doc. VII e doc. H).