

TI_GERICHTE 35.2021.25 vom 30. August 2021

TI Tribunale d'appello, 2021-08-30, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2021.25

FR: TI_GERICHTE 35.2021.25 du 30 août 2021

IT: TI_GERICHTE 35.2021.25 del 30 agosto 2021

Erwägungen

E. 20

settembre 2011 consid. 3.3.3, concernente un assicurato, vittima di un incidente stradale con commotio cerebri e contusione del rachide lombare, il cui trattamento era consistito essenzialmente in controlli presso il medico curante e in sedute di fisioterapia. L'Alta Corte ha ritenuto che nemmeno la degenza in clinica nel periodo 20 novembre 2007-17 gennaio 2008, la seguente ergoterapia ambulatoriale e l'ulteriore ospedalizzazione dal 20 luglio al 21 agosto 2008, potevano giustificare la realizzazione di questo criterio, precisato che per la realizzazione del criterio della specifica cura medica protratta e gravosa, la prassi pone delle esigenze decisamente più elevate. Nessun elemento all'inserto permette inoltre di ravvisare gli estremi per ammettere la presenza di un'acura medica errata e notevolmente aggravante gli esiti dell'infortunio. Del resto, secondo la giurisprudenza, questo criterio non può già essere considerato realizzato quando un determinato provvedimento medico non si rivela finalmente efficace (cfr. SVR 2009 UV 41 p. 142 consid. 5.6.1).

La medesima conclusione s'impone pure per il criterio del decorso sfavorevole della cura o delle complicazioni rilevanti intervenute. Per ammetterne la realizzazione dovrebbero essere date delle circostanze particolari che hanno pregiudicato la guarigione, le quali, nel caso di specie, non appaiono evidenti.

In questo contesto, va segnalato che, secondo la giurisprudenza, il fatto che, nonostante regolari terapie, l'assicurato lamenti ancora disturbi e presenti ancora un'inabilità lavorativa non basta per riconoscere questo criterio (cfr. STF 8C_213/2011 del 7 giugno 2011 consid. 8.2.5 e 8C_80/2009 del 5 giugno 2009 consid. 6.5 e riferimenti). In questo senso, il Tribunale federale ha negato la realizzazione del criterio anche nel caso di un decorso indiscutibilmente protratto (cfr. STF 8C_402/2011 del 10 febbraio 2012 consid. 5.4).

Per contro, questa Corte ritiene adempiuto, in forma semplice, il criterio dei notevoli disturbi. Ciò che è peraltro incontestato.

Il TCA ritiene parimenti realizzato, sempre in forma semplice, il criterio della rilevante incapacità lavorativa. In particolare, dalla perizia _____ del 14 dicembre 2016 (cfr. doc. 229 fascicolo 1) si evince che l'assicurato (al beneficio di una rendita intera AI con grado di invalidità del 100% dal 1° luglio 2013 - cfr. decisione AI del 21 dicembre 2017 di cui al doc. 263 fascicolo 2) è inabile al lavoro al 100% in qualsiasi attività lavorativa dal 28 luglio 2012 (giorno dell'infortunio) e che il persistere dell'inabilità lavorativa è dovuto ai primari deficit cognitivi post-traumatici concernenti le capacità esecutive, la memoria, l'attenzione, il linguaggio e la comprensione e, in misura inferiore, alla patologia psichiatrica (doc. 229, pag. 29 e 30 fascicolo 1). In questo contesto, va pure segnalato che l'assicurato, disoccupato dal 1° ottobre 2015, si era iscritto all'assicurazione contro la

disoccupazione dal 23 novembre 2015, per la ricerca di un'occupazione adeguata al 50% (doc. 263 fascicolo 2). Va pure segnalato che, secondo la giurisprudenza federale, il criterio in questione è soddisfatto in presenza di una totale incapacità lavorativa di quasi tre anni ("fast drei Jahren"/"rund dreijährige durchgehende Arbeitsunfähigkeit"; cfr. STF 8C_627/2019 del 10 marzo 2020 consid. 5.4.5 e STF 8C_547/2020 del 1° marzo 2021 consid. 5.1 e riferimenti ivi citati; in casu, al momento della decisione su opposizione, quasi 9 anni).

In queste condizioni, ritenuti adempiuti - anche se non con una particolare incisività - due criteri (quello dei notevoli disturbi e quello della rilevante incapacità lavorativa), si deve concludere che, dopo il 1° dicembre 2014, i disturbi psichici e quelli per i quali non è stato oggettivato un sufficiente sostrato organico, non costituiscono più una conseguenza adeguata dell'evento infortunistico assicurato, di modo che, da quella data, l'amministrazione non ne è più responsabile.

Facendo difetto l'adeguatezza, può essere lasciata aperta la questione relativa all'esistenza del nesso di causalità naturale tra l'infortunio e il danno alla salute infortunistico (cfr., in proposito, SVR 1995 UV 23, p. 67 consid. 3c; STF U 17/07 del 30 ottobre 2007, consid. 3, U 606/06 del 23 ottobre 2007, consid. 4 e U 299/05 del 28 maggio 2007, consid. 5.2).

Va infine segnalato che l'Alta Corte ha precisato che l'assicuratore infortuni non è tenuto a dimostrare l'esistenza di un'acausa extra-infortunistica a cui imputare i disturbi accusati dall'interessato (cfr. STFA U 152/03 del 21 aprile 2005 e riferimenti ivi menzionati; cfr. STCA 35.2017.62 del 2 ottobre 2017, consid. 2.9).

E. 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. STFA I 811/03 del 31 gennaio 2005, consid. 5 in fine; STFA I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV Nr. 10 p. 35 consid. 4b). 2.10. In concreto, dalle carte processuali emerge che, in occasione dell'incidente stradale del 28 luglio 2012, l'assicurato ha riportato, come risulta dalla diagnosi posta presso l'Ospedale _____, un "trauma cranico commotivo con emorragia subaracnoidea temporo parietale sinistra" (doc. 46, pag. 3, fascicolo 1). Nel prosieguo, egli ha lamentato, segnatamente, cefalee, problemi di equilibrio, difficoltà cognitive, disturbi psichici, oculari e un tinnitus. L'assicuratore convenuto, basandosi sul parere del proprio neurologo di fiducia, dr. med. _____, ha ritenuto oggettivabili (e pure di origine infortunistica) le cefalee e i disturbi dell'equilibrio lamentati dall'insorgente dal mese di settembre 2012, in quanto essi correlavano con l'ematoma subdurale insorto a seguito dell'incidente del 28 luglio 2012 (doc. 157 fascicolo 1 e doc. 293 fascicolo 2). Per contro, sempre sulla base della valutazione del dr. med. _____, esso ha sostenuto che

il peggioramento delle cefalee a partire dal mese di febbraio 2013, i disturbi neuropsicologici, quelli psichici, quelli oculari, di equilibrio e il tinnito non correlano con un danno alla salute oggettivabile (doc. 157 fascicolo 1 e doc. 293 fascicolo 2), e ciò tenuto conto dell'esito dell'intervento di evacuazione dell'emorragia subdurale, perfettamente riuscito, con completo riassorbimento e senza nuove emorragie, come emerge dalla TAC cerebrale del 27 maggio 2013 (doc. 81 fascicolo 1). Pertanto, secondo il dr. _____, trattandosi dell'aggravamento di questi disturbi, occorre prendere in considerazione dei fattori extra-infortunistici, quali la tendenza all'autolimitazione, una sintomatologia depressiva e l'ipertensione arteriosa menzionata dal dr. _____ (cfr. doc. 157, pagg. 6-7). A seguito di quanto stabilito da questo Tribunale con la sentenza di rinvio 35.2015.122 del 9 agosto 2016, l'assicuratore LAINF ha di nuovo apprezzato la causalità tra i disturbi denunciati dall'interessato a partire dal mese di febbraio 2013 e l'infortunio, alla luce delle risultanze degli accertamenti pluridisciplinari eseguiti presso il _____. Facendo capo alla valutazione otoneurologica e audiologica 2 febbraio 2018 della dr.ssa _____ (doc. 264 fascicolo 2), a quella oftalmologica 26 gennaio 2018 del dr. _____ (oftalmologo) e a quella psichiatrica 14 marzo 2018 della dr.ssa _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia (doc. 265 fascicolo 2), con apprezzamento datato 9 maggio 2018, il dr. _____ ha rilevato che " riassumendo tutti i dati è stato escluso un danno oggettivabile riguardante l'infortunio del 28.07.2012. Tutti gli esami effettuati sono esaustivi con dati oggettivabili e hanno escluso un danno di origine ortopedica, cefalee o tinnitus, un danno oculare, un danno all'equilibrio, alla psiche e di tipo neuropsicologico. Gli specialisti hanno notato una tendenza all'aggravamento e mal-cooperazione. Lo stesso vale per i vari tests che non hanno mostrato nessuna patologia oggettivabile, quindi riassumendo tutti i rapporti si può effettuare una estinzione del nesso causale per i problemi soggettivamente lamentati dal signor RI 1 da luglio 2012 " (doc. 269 fascicolo 2). Vista l'opposizione dell'assicurato, l'assicuratore LAINF ha nuovamente interpellato il proprio Servizio medico fiduciario, invitandolo in particolare di valutare se " i disturbi neuropsicologici evocati a pag. 29 della perizia pluridisciplinare _____ sono da considerare in relazione causale almeno probabile con il trauma che ci occupa " (doc. 277 fascicolo 2). Con apprezzamento del 14 novembre 2018, il dr. _____, spec. FMH in neurologia, ha escluso che i disturbi neuropsicologici denunciati dall'interessato correlino con un danno organico oggettivabile (doc. 278 fascicolo 2). A fronte delle obiezioni sollevate con il complemento d'opposizione del 13 dicembre 2018, a loro volta fondate sulla valutazione della neuropsicologa lic. phil. _____ privatamente consultata dall'interessato (la quale ha, in particolare, sostenuto che " die Befunde sind als leichte bis mittelschwere neuropsychologische Funktionsstörung und als spezifische Folge der Traumatischen Hirnverletzung vom 28.07.2012 zu beurteilen, gemäss ICD-10: als F07.8, sonstige organische Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns kodierbar " - doc. 285 fascicolo 2), l'assicuratore convenuto ha chiesto una nuova presa di posizione al dr. _____. In data 8 gennaio 2019, egli ha confermato la sua precedente valutazione del 14 novembre 2018, ritenendo che la diagnosi formulata dalla neuropsicologa _____ non possa essere confermata in assenza di un danno strutturale a livello cerebrale (doc. 290 fascicolo 2). Anche il dr. _____, con apprezzamento del 26 febbraio 2019, ha confermato quanto già fatto valere dal dr. _____, negando che l'assicurato presenti delle affezioni che possano essere spiegate dal lato organico. Il dr. _____ ha in particolare osservato: " Beurteilung Unverändert steht die Kausalität einer kognitiven Gesundheitsbeeinträchtigung

und die Kausalität von Kopfschmerzen im vorliegenden Fall zur Diskussion. Anlässlich der durch die Invalidenversicherung-Stelle des Kantons Tessin veranlassten interdisziplinären Begutachtung am _____ (Gutachten vom 14.12.2016) erfolgten eine neurologische, ORL-ärztliche und neuropsychologische Untersuchung. Zu der neuropsychologischen Untersuchung durch Herrn Dr. _____ am 18.10.2016 nahm bereits Herr Dr. _____ und stellte zutreffend fest, dass Herr _____ eine multifaktorielle Ursache der generalisierten kognitiven Beeinträchtigung beurteilte. Bei auffälligen Symptomvalidierungstests mit widersprüchlichen Ergebnissen lagen ernstzunehmende Hinweise auf eine Aggravation vor. Der ORL-Arzt Herr Dr. _____ stellte nach Untersuchung am 30.09.2016 lediglich eine bilaterale Perzeptionsschwerhörigkeit und Tinnitus beidseits fest. Eine Hyposmie oder Anosmie wurde weder vom Versicherten berichtet noch im Untersuchungsbefund dokumentiert. Der Neurologe Herr Dr. _____ untersuchte den Versicherten am 11.10.2016 und konnte keine objektivierbaren neurologischen Defizite feststellen. Die allein auf die Angabe des Versicherten die Geruchsqualität Kaffee nicht wahrgenommen zu haben abgestützte Diagnose einer Hyposmie überzeugt nicht. Es handelt sich um eine subjektive Angabe, die eine abschliessende Beurteilung hinsichtlich einer Hyposmie nicht erlaubt. Darüber hinaus wurden in der neurologischen Untersuchung keine relevanten Defizite festgestellt. Weiterhin ist zu bemängeln, dass Herr Dr. _____ seine Beurteilung offenbar in Unkenntnis der Befunde der Bildgebung und in Unkenntnis der vorgängigen neurologischen Beurteilungen erstellte. Jedenfalls ist aus seinem Bericht nicht ersichtlich, dass er sich mit den Dokumenten der bildgebenden Diagnostik und der neurologischen Beurteilung vom 26.09.2014 auseinandersetzte, respektive diese Dokumente ihm vorlagen. Die Kausalitätsbeurteilung erfolgt pauschal und ist nicht begründet. Mit dem Untersuchungsbefund des ORL Arztes Herr Dr. _____ setzte sich Herr Dr. _____ nicht auseinander. Schlussfolgerung Die neurologische Beurteilung im Rahmen eines Auftrages zu einem neurologischen Teilgutachten durch Herrn Dr. _____ vom 03.11.2016 enthält keine neuen medizinischen Erkenntnisse im Hinblick auf die Beurteilung von Unfallfolgen. Das Gutachten weist erhebliche Mängel auf. Auf die Schlussfolgerungen im Hinblick auf die Kausalitätsbeurteilung kann nicht abgestellt werden.” (doc. 292 fascicolo 2) Con il successivo apprezzamento del 18 ottobre 2019, il dr. _____ ha negato la presenza di una lesione sostanziale del cervello che possa essere posta in nesso causale con l’infortunio, precisando che l’intervento chirurgico non può spiegare i disturbi successivi, avendo interessato una zona superficiale ed essendosi svolto in maniera soddisfacente, senza complicazioni (doc. 307 fascicolo 2). Con referto del 10 dicembre 2019, il dr. _____, Caposervizio del Servizio di neurologia del _____, rispondendo alle domande del rappresentante dell’assicurato, ha segnatamente dichiarato che “ l’infortunio subito dal paziente il 28.07.2012 in occasione di un incidente della circolazione in Italia risulta in effetti scatenante questa sintomatologia con il principio della verosimiglianza preponderante ”, che “ con riferimento alla perizia _____ (AI), in linea con quanto ritenuto dal collega neurologo dr. _____, neurologia FMH, ritengo a mia volta che molto verosimilmente l’impatto ha indotto delle conseguenze durature e per finire invalidanti ”, che “ nel caso particolare del signor RI 1, il fatto che effettivamente la craniotomia evacuativa dell’ematoma abbia avuto un effetto anatomicamente corretto (vd. gli esami neuroradiologici di controllo), non esclude che il trauma, il successivo sviluppo dell’ematoma e i suoi effetti compressivi abbiano esercitato un ruolo determinante nella genesi della polisintomatologia (cefalea, disturbi cognitivi, ...)

del signor RI 1 ” e, infine, che “ a mio modo di vedere risulta speculativo dissociare il trauma iniziale (determinato dall’incidente) e il successivo intervento (di craniotomia evacuativa) poiché i due meccanismi appaiono indissociabili, se si preferisce rappresentano un “continuum post-traumatico” (senza trauma, non si sarebbe sviluppato l’ematoma subdurale cronico scompensatosi acutamente). ” (doc. 313 fascicolo 2). Interpellato al riguardo, con apprezzamento neurologico del 17 gennaio 2020, il dr. _____ ha ritenuto che la presa di posizione del dr. _____ non muta le sue precedenti valutazioni, riconfermando pertanto le considerazioni già espresse circa il buon esito dell’intervento di craniotomia evacuativa e l’assenza di un danno oggettivabile agli esami strumentali (doc. 315 fascicolo 2). Nella causa sfociata nella già citata STCA 35.2019.45 del 27 aprile 2020, questo Tribunale ha chiesto al dr. _____, il quale ha indagato lo stato neurologico dell’assicurato nel quadro della perizia _____, di precisare se l’espressione “ importanti ripercussioni sul parenchima cerebrale ” derivanti dal trauma cranico subito da lui utilizzata nel referto peritale, corrisponda ad un eventuale danno alla salute oggettivabile ai sensi della nota giurisprudenza federale (doc. 318 fascicolo 2). Con risposta del 7 febbraio 2020 (doc. 319 fascicolo 2), il dr. _____ si è così espresso: " In riferimento alla pratica del Sig. RI 1 ricordo che lo avevo valutato dal punto di vista neurologico per conto del _____ il giorno 11 ottobre 2016. Dagli atti risultava che il paziente aveva subito un trauma cranico il 28.07.2012 con emorragie intracraniche che avevano necessitato di un intervento neurochirurgico di drenaggio. Si riscontrava inizialmente anche una lieve emiparesi a sinistra. Risultava che l'evoluzione dell'ematoma intracranico era stata protratta e solo in ottobre 2012 era stato sottoposto ad intervento neurochirurgico di evacuazione dell'ematoma. All'esame clinico si riscontravano minimi reperti (iposmia), l'esame neuropsicologico mostrava deficit concernenti la memoria, l'attenzione, le funzioni esecutive, il linguaggio e la comprensione, risultava anche una certa apatia. Avevo pertanto ritenuto che il trauma fosse comunque di entità importante con ripercussioni sul parenchima cerebrale, questo tenendo conto soprattutto anche della situazione iniziale e protratta. Per rispondere alla domanda specifica da Lei posta concernente le lesioni traumatiche che, ai sensi della giurisprudenza federale, debbono essere confermate da indagini effettuate per mezzo di apparecchiature diagnostiche o di immagine radiologica e con utilizzo di metodi conosciuti scientificamente, ho fatto pervenire la documentazione radiologica originale. Abbiamo dunque a disposizione una TAC cerebrale del 03.10.2012, che mostra un esteso ematoma sottodurale intracranico a destra dello spessore di almeno 2 cm, che comprime il tessuto cerebrale, determinando anche uno spostamento della linea mediana del cervello verso sinistra, in particolare anche dei ventricoli laterali, non è descritto un edema del tessuto cerebrale anche se da parte mia, almeno lieve, non sono sicuro di poterlo escludere. Era descritta allora anche una emiparesi a sinistra e dunque un malfunzionamento del tessuto cerebrale anche clinicamente era ben documentato e congruente con i reperti radiologici. Abbiamo anche una TAC post-operatoria del 4 ottobre 2012, dove si vede ancora una falda liquida sulla superficie dell'emisfero destro, comunque con un effetto di massa nettamente diminuito, la linea mediana cerebrale si è quasi normalizzata ed anche i ventricoli laterali sono ora ben visibili, senza edema cerebrale. A due ulteriori controlli radiologici di decorso del 12 novembre e 17 dicembre 2012 rimane una falda liquida sulla superficie dell'emisfero cerebrale destro di entità moderata e soprattutto con un effetto di massa meno importante sull'emisfero cerebrale. Inoltre una TAC cerebrale del 27 maggio 2013 mostra praticamente una normalizzazione del reperto anche a livello dell'emisfero cerebrale destro con

riassorbimento completo della falda liquida ancora presente ai precedenti esami. Le indagini successive e cioè le RM cerebrali eseguite il 05.03.2014 e 10.07.2015 hanno mostrato un reperto normale a livello del tessuto cerebrale. Il 05 febbraio 2020 ho discusso i reperti radiologici con il Dr. Pravata, Caposervizio di Neurologia del Neurocentro, che gentilmente ha riguardato le immagini, confermando i reperti descritti più sopra. Gli ho chiesto in particolare se le due RM cerebrali del 2014 e 2015 comprendano tutte le sequenze radiologiche che possono mostrare eventuali lesioni traumatiche: mi ha confermato che entrambi gli esami non comprendono le sequenze SWI (susceptibility weighted imaging): queste sarebbero le sequenze più sensibili per eventuali lesioni post-traumatiche del tessuto cerebrale, in particolare micro-emorragie. Viste le immagini già a disposizione sempre il Dr. _____ non si aspetta che anche alle sequenze SWI vi possano essere lesioni particolarmente estese ma non si può neppure escludere che questa particolare tecnica di immagine non mostri almeno qualche discreta alterazione di tipo traumatico. Concludendo si può dunque affermare che gli esami radiologici iniziali, e cioè le TAC cerebrali citate del 2012, hanno documentato un danno cerebrale iniziale, le successive risonanze magnetiche cerebrali del 2014 e 2015 hanno mostrato invece un reperto normale.” Dando seguito a quanto disposto dal TCA nella sentenza di rinvio 35.2019.45 del 27 aprile 2020, l’assicuratore LAINF ha nuovamente valutato la causalità tra i disturbi fatti valere dall’interessato a partire dal mese di febbraio 2013 e l’infortunio, alla luce degli esiti della RMN cerebrale nativa del 7 luglio 2020 (doc. 335 fascicolo 2), giusta la quale: " (...) Referto: esame eseguito con apparecchiatura 3T in condizioni di base come da volontà del paziente. Confronto con il precedente esame RM del 10/07/15. In esiti di foro di trapano in regione paracoronarica destra per pregressa evacuazione di raccolta subdurale, non attuali raccolte extra-assiali. Non sono comparse alterazioni di significato patologico del parenchima cerebrale, cerebellare e tronco-encefalico, con invariate due puntiformi focalità gliotiche aspecifiche sottocorticali in sede frontale destra. Non evidenti esiti contusivi parenchimali né depositi emosiderinici nelle immagini SWI. Non processi espansivi encefalici. In asse le strutture della linea mediana. Non idrocefalo. Collateralmente, permane piccola cisti da ritenzione mucosa nel seno mascellare sinistro. Normo-areati i restanti seni paranasali e le cavità oto-mastoidee. Conclusioni: esiti di foro di trapano in sede paracoronarica destra senza attuali raccolte extra-assiali. Non evidenti esiti contusivi parenchimali né depositi emosiderinici nelle immagini SWI. Due puntiformi focalità gliotiche aspecifiche in sede sottocorticale frontale destra.” (doc. 335 fascicolo 2) Con apprezzamento del 21 luglio 2020 (doc. 339 fascicolo 2), la dr.ssa med. _____, specialista FMH in otorinolaringoiatria, ha concluso quanto segue: " (...). Ich verweise auf den Bericht vom 13.02.2018 meiner Arbeitskollegin Frau Dr. _____ über die erfolgte otoneurologische und audiologische Untersuchung des Versicherten vom 02.02.2018. In der damalig durchgeführten otoneurologischen Untersuchung konnte in Bezug auf vestibuläre Schwindelbeschwerden ein organstrukturelles Defizit der Gleichgewichtsorgane ausgeschlossen werden. Es zeigten sich weder Zeichen einer peripher vestibulären noch zentral vestibulären Funktionsstörung. Aus ORL-ärztlicher Sicht ergeben sich durch die von Dr. _____ beschriebenen neuen Erkenntnisse keine weiteren Konsequenzen. Es kann an der Schlussfolgerung der vorgängigen otoneurologischen Beurteilung von Frau Dr. _____ festgehalten werden.” (doc. 339) Con apprezzamento del 18 settembre 2020 (doc. 340 fascicolo 2), il dr. med. _____, ha osservato quanto segue: " (...). Zusammenfassend ergeben sich abgestützt auf die zur Verfügung stehende Dokumentation keine zuverlässigen Hinweise auf eine residuelle unfallbedingte substanzielle

Hirnverletzung. Der Befund von Frau Dr. _____ ist nachvollziehbar. Die Untersuchung wurde einschliesslich SWI-gewichteter Sequenzen durchgeführt und konnte keine Signalveränderungen im Sinne von Suszeptibilitätsartefakten als Hinweise auf eine parenchymale Kontusion oder Hämosiderinablagerungen nachweisen. Es liegen unverändert keine Hinweise für unfallbedingte Mikroblutungen/Schwerverletzungen vor. Die beschriebenen unspezifischen Signalveränderungen rechts frontal subkortikal stehen in keinem überwiegend wahrscheinlich kausalen Zusammenhang zum Unfall. Beurteilung Die zwischenzeitlich dem Dossier hinzugefügte medizinische Dokumentation mit Bericht des Neurologen Herrn Dr. _____ zu Händen des kantonalen Versicherungsgerichts Tessin sowie Bericht von Frau Dr. _____, Neuroradiologie, über eine kraniale Magnetresonanztomographie vom 06.07.2020 ergeben keine neuen medizinischen Erkenntnisse im Hinblick auf eine zur Diskussion stehende unfallbedingte organische Ursache der vom Versicherten beklagten Beschwerden. Die kraniale Magnetresonanztomographie vom 06.07.2020 steht zur eigenen Einsichtnahme zur Verfügung und ergibt keine Hinweise auf eine unfallbedingte substantielle Hirnverletzung. Schlussfolgerung Unter Berücksichtigung des Befundes der kranialen Magnetresonanztomographie vom 06.07.2020 ergeben sich keine neuen medizinischen Erkenntnisse. Es kann an der neurologischen und versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 17.01.2020 festgehalten werden. Beantwortung der Fragen Sulla base della nuova documentazione medica agli atti, si è in presenza di una lesione cerebrale da ricondurre, secondo il criterio della probabilità preponderante, all'infortunio del 28.7.2012? Si chiede di voler motivare la risposta. Nein. Abgestützt auf die zur Verfügung stehende Dokumentation, insbesondere die zuletzt durchgeführte kraniale Magnetresonanztomographie vom 06.07.2020, ergeben sich unverändert keine Hinweise auf eine unfallbedingte organische Grundlage der Beschwerden des Versicherten.” (doc. 340, pag. 3, fascicolo 2) In esito a tutto quanto precede, questa Corte constata che la complessa sintomatologia denunciata dall'assicurato (disturbi neuropsicologici, psichici, oculari, di equilibrio, cefalee e tinnitus) non correla con un danno organico oggettivabile a livello cerebrale imputabile all'infortunio in disamina (in questo senso, si vedano in particolare il rapporto 7 febbraio 2020 del dr. med. _____ [doc. 319]: “ Concludendo si può dunque affermare che gli esami radiologici iniziali, e cioè le TAC cerebrali citate del 2012, hanno documentato un danno cerebrale iniziale, le successive risonanze magnetiche cerebrali del 2014 e 2015 hanno mostrato invece un reperto normale. ” e il referto relativo alla RMN cerebrale del 7 luglio 2020 [doc. 335 fascicolo 2]: “ esiti di foro di trapano in sede paracoronarica destra senza attuali raccolte extra-assiali. Non evidenti esiti contusivi parenchimali né depositi emosiderinici nelle immagini SWI. Due puntiformi focalità gliotiche aspecifiche in sede sottocorticale frontale destra ”). A proposito dei disturbi per i quali non è stato trovato un sufficiente correlato organico, va ricordato che sono da considerare come oggettivabili gli esiti d'accertamenti (medici) suscettibili di conferma in caso di ripetizione dell'esame, allorquando sono indipendenti dalla persona dell'esaminatore e dalle indicazioni fornite dal paziente. Per poter parlare di lesioni traumatiche oggettivabili dal punto di vista organico, i risultati ottenuti devono essere confermati da indagini effettuate per mezzo di apparecchiature diagnostiche o di immagine radiologica e i metodi utilizzati riconosciuti scientificamente (DTF 138 V 248 consid. 5.1; STF 8C_591/2018 del 29 gennaio 2020 consid. 2 e riferimenti). In questo senso, in una sentenza pubblicata in SVR 4-5/2009 UV 18, p. 69ss., il TF ha precisato che reperti clinici quali miogelosi , dolori alla digitopressione del collo oppure limitazioni nella mobilità del

rachide cervicale , non possono di per sé essere qualificati quale chiaro substrato organico dei disturbi (si veda pure la STF 8C_416/2010 del 29 novembre 2010 consid. 3.2). L'Alta Corte ha, altresì, statuito che nemmeno le cefalee costituiscono la prova della presenza di un danno organico di natura infortunistica, sebbene esse possano essere classificate secondo la Classificazione Internazionale delle Cefalee (ICHD-II) della International Headache Society (cfr. SVR 2008 UV 2 p. 3; STF 8C_680/2010 del 4 febbraio 2011 consid. 3.2; in materia di cefalee, si veda pure la DTF 140 V 290; STCA 35.2020.42 del 30 novembre 2020, consid. 2.8). Il TCA, applicando il criterio della verosimiglianza preponderante, ritiene dunque che al più tardi al momento in cui l'CO 1 ha dichiarato estinto il proprio obbligo a prestazioni (1° dicembre 2014), RI 1 non presentava più danni organici oggettivamente in relazione causale naturale con l'infortunio occorso nel mese di luglio 2012. Conformemente alla giurisprudenza citata in precedenza, occorre quindi procedere a un esame particolare dell'adeguatezza. Secondo la giurisprudenza federale, l'esame dell'adeguatezza del legame causale può però avvenire, al più presto, quando l'assicuratore contro gli infortuni, in virtù dell'art. 19 cpv. 1 LAINF, è tenuto a chiudere un caso (con interruzione delle prestazioni di corta durata). Tale momento è dato quando dalla continuazione della cura medica non vi è più da attendersi dei sensibili miglioramenti e quando eventuali provvedimenti integrativi dell'assicurazione per l'invalidità si sono conclusi. L'Alta Corte ha inoltre precisato 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). Nel caso concreto, non vi sono in discussione provvedimenti integrativi dell'AI, motivo per cui è determinante il momento in cui si è stabilizzato lo stato di salute dell'insorgente. Giova qui ricordare 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 (dunque, in casu, il 1° dicembre 2014; cfr. RAMI 2005 U 557 p. 388; STF 8C_651/2016 del 15 dicembre 2016 consid. 4.1, 8C_184/2017 del 13 luglio 2017 consid. 2.2, 8C_303/2017 del 5 settembre 2017 consid. 6.3.1; STCA 35.2017.68 del 27 novembre 2017 consid. 2.3.3; STCA 35.2017.76 del 4 ottobre 2018 consid. 2.2.2; STCA 35.2018.114 del 18 marzo 2019 consid. 2.2.2). Dalla documentazione agli atti si evince che, all'epoca in cui l'assicuratore ha dichiarato estinto il diritto alle prestazioni di corta durata, all'assicurato non erano state prescritte ulteriori cure, suscettibili di migliorare in maniera notevole il suo stato di salute. Del resto, il suo medico curante specialista (il neurologo dr. med. _____) non riteneva indicate ulteriori terapie, suscettibili di migliorare sensibilmente le sue condizioni di salute (cfr., in particolare, la valutazione neurologica ambulatoriale del 19 agosto 2014 - doc. 150, pag. 2 e 3). Assodato dunque che all'amministrazione non può essere rimproverato di aver prematuramente chiuso la pratica, trattandosi della questione di sapere se l'esame dell'adeguatezza debba avvenire in base alla prassi sviluppata nella DTF 117 V 359 ss. relativamente ai traumi cranio-cerebrali e precisata nella DTF 134 V 109, oppure secondo i criteri applicabili in caso di evoluzione psichica abnorme conseguente a infortunio (DTF 115 V 133 ss.), il TCA rileva di non avere motivi per discostarsi da quanto stabilito dall'CO 1 (applicazione della prassi in materia di traumi cranio-cerebrali, più favorevole al ricorrente - cfr. doc. 341, pag. 2). 2.11. Nel valutare l'adeguatezza del legame causale, occorre innanzitutto procedere alla classificazione dell'infortunio occorso all'assicurato il 28 luglio 2012 e così descritto dal medesimo in occasione della sua audizione del 25 febbraio 2013: " Mi trovavo a bordo della

mia auto e, con mia moglie e mio figlio, stavo recandomi al mio paese per trascorrere le vacanze. Circolavo sulla corsia di sinistra dell'autostrada, all'altezza di _____, quando un'automobilista _____ ci ha superati sulla destra e poi, forse resosi conto del restringimento causa lavori in corso, ha chiuso verso la sua sinistra, inserendosi davanti alla nostra autovettura andando a tamponare la vettura che lo precedeva. In quel momento ho frenato bruscamente e io non ho più potuto fare nulla per evitare di tamponarlo a mia volta. Ho reagito frenando, ma l'auto era talmente vicina alla mia che lo scontro è stato inevitabile. Sono esplosi entrambi gli airbag. La mia auto (...) è andata completamente distrutta (...). Anche mia moglie, che era seduta davanti, ha riportato ferite (...), mentre il figlio di 16 anni non ha riportato lesioni (...). Purtroppo a seguito dell'incidente, io ho perso conoscenza, così come è capitato a mia moglie, e siamo stati evacuati con l'ambulanza (...)." (doc. 36, pag. 1 e 2, fascicolo 1) L'assicuratore LAINF ha ritenuto che il sinistro accaduto all'insorgente costituisce un infortunio di grado medio propriamente detto (doc. 352, pag. 7, fascicolo 2). Secondo il patrocinatore dell'insorgente, occorre invece qualificare l'infortunio come grave oppure quantomeno come medio-grave, trattandosi di un violento incidente della circolazione stradale in cui l'assicurato è rimasto coinvolto con la sua famiglia (la moglie ha anche riportato ferite gravi), che gli ha causato a distanza di alcuni mesi un'emorragia cerebrale, che, a sua volta, ha reso necessario un intervento di craniotomia evacuativa (cfr. doc. I). Tenuto conto della dinamica oggettiva dell'evento in discussione e precisato che, in questo contesto, non devono essere prese in considerazione le conseguenze dell'infortunio, né le circostanze concomitanti (cfr. SVR 2008 UV Nr. 8 p. 26), secondo questo Tribunale, il sinistro accaduto all'insorgente costituisce un infortunio di media gravità in senso stretto. A titolo di confronto, va ad esempio segnalato che, in una sentenza 8C_961/2012 del 18 luglio 2013 consid. 5.1, il TF ha qualificato allo stesso modo un incidente della circolazione in cui un'automobile che circolava su una strada innevata si è scontrata frontalmente con un'altra auto che proveniva dal senso inverso ed è stata proiettata indietro contro un'altra vettura che seguiva. Il TF ha precisato che, contrariamente a quanto ritenuto dal ricorrente, l'incidente occorsogli non poteva essere qualificato un infortunio di media gravità al limite dei casi gravi, in quanto - pur trattandosi di uno scontro frontale - l'impatto ha avuto luogo mentre i veicoli circolavano ad una velocità moderata. Si vedano pure la STF 8C_374/2009 del 19 agosto 2009 consid. 4.1 e rinvii giurisprudenziali ivi citati e la STF U 262/2007 del 7 maggio 2007 consid. 6.1, in cui la Corte federale ha qualificato allo stesso modo degli incidenti stradali che hanno comportato degli scontri, parzialmente o totalmente, frontali, come pure la STF 8C_611/2016 del 16 dicembre 2016 consid. 3.3, concernente un incidente stradale in cui un'automobile che circolava in un incrocio è stata tamponata da un'altra auto che, a velocità sostenuta, non si era fermata al semaforo rosso. Il giudice è, quindi, tenuto a valutare le circostanze connesse con l'infortunio, secondo i criteri elaborati dal TF. Affinché possa essere ammessa l'adeguatezza del nesso causale, sarebbe necessario che un fattore sia presente in maniera particolarmente incisiva oppure l'intervento di più criteri. In una sentenza 8C_897/2009 del 29 gennaio 2010 consid. 4.5, pubblicata in SVR 2010 UV Nr. 25 p. 100 s., il TF ha ribadito che - in caso di infortuni che fanno parte della categoria di grado medio vera e propria - devono essere adempiuti almeno tre dei criteri di rilievo affinché possa essere riconosciuta l'esistenza del nesso causale adeguato. Sebbene in ogni infortunio di media gravità sia insita una certa spettacolarità, la quale non è tuttavia ancora sufficiente per ritenere adempiuto il criterio (consid. 3.5.1 non pubblicato della DTF 137 V 199; STF 8C_96/2017 del 24 gennaio 2018 consid. 5.1; 8C_1007/2012 dell'11 dicembre 2013 consid.

5.4.1), il sinistro qui in discussione, secondo il TCA, non si è svolto secondo circostanze concomitanti particolarmente drammatiche o spettacolari . L'infortunio in questione non è comparabile ad altri casi nei quali l'Alta Corte ha ammesso l'esistenza di un simile criterio (cfr., ad esempio, la RAMI 1999 U 335 p. 207 riguardante uno scontro frontale in galleria con il coinvolgimento di tre autoveicoli, il decesso di uno degli interessati e il ferimento di diverse altre persone oppure la STF U 260/01 del 28 marzo 2002 concernente un assicurato eiettato dall'abitacolo della propria automobile a seguito del ripetuto cappottamento della stessa a una velocità di almeno 140 km/h). Al riguardo, è utile precisare che, secondo la giurisprudenza, il criterio in questione è da valutare oggettivamente e non in base alle sensazioni soggettive, rispettivamente ai sentimenti di paura provati dalla persona assicurata. Occorre considerare la dinamica dell'infortunio in quanto tale e non il danno alla salute che ne è conseguito. Non si tiene conto del successivo processo di guarigione (cfr. STF 8C_738/2011 del 3 febbraio 2012 consid. 7.3.1). Nell'incidente del 28 luglio 2012 l'assicurato ha riportato un trauma cranico commotivo (doc. 46 pag. 13) con "emorragia subaracnoidea consecutiva a traumatismo senza menzione di ferita intracranica" (cfr. doc. 46 pag. 1). Successivamente, egli ha sviluppato una complessa sintomatologia, caratterizzata da disturbi neuropsicologici, psichici, visivi, di equilibrio, cefalee e tinnitus, finalmente risultata non oggettivabile. A proposito del criterio delle lesioni organiche gravi o particolarmente idonee a provocare un'elaborazione psichica abnorme, la giurisprudenza ha precisato che il fatto che le conseguenze infortunistiche abbiano costretto l'assicurato a cambiare professione, non basta per ritenerlo soddisfatto. Il criterio in questione implica l'esistenza di lesioni fisiche gravi o, trattandosi della loro particolare natura, delle lesioni interessanti organi ai quali l'uomo attribuisce una particolare importanza soggettiva come ad esempio la perdita di un occhio oppure la mutilazione della mano dominante (cfr. la STF 8C_566/2013 succitata, consid. 6.2.2). Nel caso concreto, secondo questa Corte, il ricorrente ha riportato dei danni relativamente seri ma questi ultimi non costituiscono ancora delle lesioni organiche gravi o particolarmente idonee a provocare un'elaborazione psichica abnorme ai sensi della giurisprudenza. In proposito, occorre considerare che le lesioni infortunistiche hanno necessitato di una prima degenza, durata appena 6 giorni, presso l'Unità operativa di chirurgia Ospedale _____ e di una seconda, dal 3 all'8 ottobre 2012, presso il _____, ove l'assicurato è stato sottoposto ad un intervento di evacuazione di ematoma intracranico. Inoltre, dalla documentazione di causa risulta che, il trauma cranio-cerebrale è guarito senza lasciare sequele. Una TAC cerebrale del 27 maggio 2013 ha mostrato in effetti una normalizzazione del reperto anche a livello dell'emisfero cerebrale destro con riassorbimento completo della falda liquida ancora presente ai precedenti esami (cfr. scritto del 7 febbraio 2020 del dr. med. _____ - doc. 319 fascicolo 2). Per un caso analogo al presente, riguardante un'assicurata vittima di un trauma cranio-cerebrale con emorragia subaracnoidea frontale a sinistra, che aveva reliquato cefalee come pure disturbi dell'olfatto e del gusto, in cui il TF ha negato che il criterio in discussione fosse adempiuto (anche in forma semplice), si veda la STF 8C_795/2012 del 28 novembre 2012 consid. 5.3.2. Tutto ciò non consente di ritenere che l'insorgente abbia riportato delle lesioni gravi o con caratteristiche particolari (cfr., in questo senso, la SVR 2009 UV 13, p. 52 consid. 7.2.5). Il TCA ritiene inoltre che non sia soddisfatto neppure il criterio della specifica cura medica protratta e gravosa . Precipato che determinante è il periodo sino alla chiusura del caso (dunque sino al 1° dicembre 2014 - cfr. STF 8C_252/2002 del 16 maggio 2008 consid. 7.3.3 e riferimenti; cfr. STCA 35.2014.79 del 30 novembre 2015 consid. 2.10), dalla documentazione agli atti risulta che le lesioni riportate

in occasione dell'incidente stradale hanno necessitato, oltre alle due degenze citate in precedenza, una riabilitazione neuro-ortopedica svoltasi dal 26 marzo al 20 aprile 2013 presso la Clinica _____ di _____ (doc. 53 fascicolo 1). Dalle carte processuali si evince inoltre che, nel corso degli anni, la cura è essenzialmente consistita nell'assunzione di medicinali (soprattutto antidolorifici, antidepressivi e sonniferi), in regolari sedute ambulatoriali di fisioterapia, psicoterapia, nonché in visite mediche di controllo (specialistiche e non). Conformemente alla giurisprudenza, provvedimenti diagnostici e semplici visite di controllo (cfr. STF 8C_327/2008 del 16 febbraio 2009 consid. 4.2), come pure la somministrazione di farmaci antidolorifici (cfr. STF 8C_507/2010 del 18 ottobre 2010 consid. 5.3.4), non fanno parte della cura medica ai sensi del criterio in discussione. Inoltre, provvedimenti quali la fisioterapia, la chiropratica, l'agopuntura, la terapia cranio-sacrale, l'osteopatia, nonché le sedute di neuropsicologia/psicoterapia, non possono essere definiti come particolarmente gravosi (cfr. STF 8C_726/2010 del 19 novembre 2010 consid. 4.1.3 e 8C_655/2010 del 15 novembre 2010 consid. 4.2.4 e riferimenti). Il TF ha del resto deciso in questo senso in una sentenza 8C_401/2009 del 10 settembre 2009 consid. 3.4.3, riguardante un assicurato, vittima di un trauma distorsivo cervicale, che aveva beneficiato, oltre a una terapia antidolorifica medicamentosa, di una riabilitazione stazionaria e di fisioterapia ambulatoriale, nonché, in seguito, anche di cure psichiatriche/psicoterapiche, e in una sentenza 8C_387/2011 del 20 settembre 2011 consid. 3.3.3, concernente un assicurato, vittima di un incidente stradale con commotio cerebri e contusione del rachide lombare, il cui trattamento era consistito essenzialmente in controlli presso il medico curante e in sedute di fisioterapia. L'Alta Corte ha ritenuto che nemmeno la degenza in clinica nel periodo 20 novembre 2007-17 gennaio 2008, la seguente ergoterapia ambulatoriale e l'ulteriore ospedalizzazione dal 20 luglio al 21 agosto 2008, potevano giustificare la realizzazione di questo criterio, precisato che per la realizzazione del criterio della specifica cura medica protratta e gravosa, la prassi pone delle esigenze decisamente più elevate. Nessun elemento all'inserto permette inoltre di ravvisare gli estremi per ammettere la presenza di una cura medica errata e notevolmente aggravante gli esiti dell'infortunio. Del resto, secondo la giurisprudenza, questo criterio non può già essere considerato realizzato quando un determinato provvedimento medico non si rivela finalmente efficace (cfr. SVR 2009 UV 41 p. 142 consid. 5.6.1). La medesima conclusione s'impone pure per il criterio del decorso sfavorevole della cura o delle complicazioni rilevanti intervenute. Per ammetterne la realizzazione dovrebbero essere date delle circostanze particolari che hanno pregiudicato la guarigione, le quali, nel caso di specie, non appaiono evidenti. In questo contesto, va segnalato che, secondo la giurisprudenza, il fatto che, nonostante regolari terapie, l'assicurato lamenti ancora disturbi e presenti ancora un'inabilità lavorativa non basta per riconoscere questo criterio (cfr. STF 8C_213/2011 del 7 giugno 2011 consid. 8.2.5 e 8C_80/2009 del 5 giugno 2009 consid. 6.5 e riferimenti). In questo senso, il Tribunale federale ha negato la realizzazione del criterio anche nel caso di un decorso indiscutibilmente protratto (cfr. STF 8C_402/2011 del 10 febbraio 2012 consid. 5.4). Per contro, questa Corte ritiene adempiuto, in forma semplice, il criterio dei notevoli disturbi. Ciò che è peraltro incontestato. Il TCA ritiene parimenti realizzato, sempre in forma semplice, il criterio della rilevante incapacità lavorativa. In particolare, dalla perizia _____ del 14 dicembre 2016 (cfr. doc. 229 fascicolo 1) si evince che l'assicurato (al beneficio di una rendita intera AI con grado di invalidità del 100% dal 1° luglio 2013 - cfr. decisione AI del 21 dicembre 2017 di cui al doc. 263 fascicolo 2) è inabile al lavoro al

100% in qualsiasi attività lavorativa dal 28 luglio 2012 (giorno dell'infortunio) e che il persistere dell'inabilità lavorativa è dovuta in primis ai deficit cognitivi post-traumatici concernenti le capacità esecutive, la memoria, l'attenzione, il linguaggio e la comprensione e, in misura inferiore, alla patologia psichiatrica (doc. 229, pag. 29 e 30 fascicolo 1). In questo contesto, va pure segnalato che l'assicurato, disoccupato dal 1° ottobre 2015, si era iscritto all'assicurazione contro la disoccupazione dal 23 novembre 2015, per la ricerca di un'occupazione adeguata al 50% (doc. 263 fascicolo 2). Va pure segnalato che, secondo la giurisprudenza federale, il criterio in questione è soddisfatto in presenza di una totale incapacità lavorativa di quasi tre anni (" fast drei Jahren"/"rund dreijährige durchgehende Arbeitsunfähigkeit "; cfr. STF 8C_627/2019 del 10 marzo 2020 consid. 5.4.5 e STF 8C_547/2020 del 1° marzo 2021 consid. 5.1 e riferimenti ivi citati; in casu, al momento della decisione su opposizione, quasi 9 anni). In queste condizioni, ritenuti adempiuti - anche se non con una particolare incisività - due criteri (quello dei notevoli disturbi e quello della rilevante incapacità lavorativa), si deve concludere che, dopo il 1° dicembre 2014, i disturbi psichici e quelli per i quali non è stato oggettivato un sufficiente sostrato organico, non costituiscono più una conseguenza adeguata dell'evento infortunistico assicurato, di modo che, da quella data, l'amministrazione non ne è più responsabile. Facendo difetto l'adeguatezza, può essere lasciata aperta la questione relativa all'esistenza del nesso di causalità naturale tra l'infortunio e il danno alla salute infortunistico (cfr., in proposito, SVR 1995 UV 23, p. 67 consid. 3c; STF U 17/07 del 30 ottobre 2007, consid. 3, U 606/06 del 23 ottobre 2007, consid. 4 e U 299/05 del 28 maggio 2007, consid. 5.2). Va infine segnalato che l'Alta Corte ha precisato che l'assicuratore infortuni non è tenuto a dimostrare l'esistenza di una causa extra-infortunistica a cui imputare i disturbi accusati dall'interessato (cfr. STFA U 152/03 del 21 aprile 2005 e riferimenti ivi menzionati; cfr. STCA 35.2017.62 del 2 ottobre 2017, consid. 2.9). 2.12. Va qui 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 DTF 122 II consid. 469 consid. 41; 122 III 223 consid. 3; 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). 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, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). A fronte di una situazione ritenuta sufficientemente chiarita, il TCA rinuncia all'assunzione di ulteriori prove, in particolare all'esperimento della perizia medica richiesta dal patrocinatore dell'insorgente. 2.13. Sulla scorta delle considerazioni che precedono il gravame deve dunque essere respinto e la decisione su opposizione impugnata, mediante la quale l'assicuratore resistente ha dichiarato estinto dal 1° dicembre 2014 il diritto alle prestazioni dipendente dall'infortunio del 28 luglio 2012, confermata. 2.14. L'art. 61 lett. a LPGa, in vigore fino al 31 dicembre 2020, prevedeva che la procedura deve essere semplice, rapida, di regola pubblica e gratuita per le parti; la tassa di giudizio e le spese di procedura possono tuttavia essere imposte alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. In data 1° gennaio 2021 è entrata in vigore una modifica della LPGa. L'art. 61 lett. a LPGa prevede ora unicamente che la procedura deve essere semplice, rapida e, di regola pubblica. Dalla medesima data è entrato in vigore l'art. 61 lett. fbis LPGa secondo cui in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta

a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. Secondo l'art. 82a LPGA (disposizione transitoria), ai ricorsi pendenti dinanzi al tribunale di primo grado al momento dell'entrata in vigore della modifica del 21 giugno 2019 si applica il diritto anteriore. In concreto, il ricorso è del 22 febbraio 2021 per cui si applica la nuova disposizione legale. Trattandosi di prestazioni LAINF, il legislatore non ha previsto di prelevare le spese.

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