

## **TI\_GERICHTE 35.2022.42 vom 2. Mai 2023**

TI Tribunale d'appello, 2023-05-02, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_35.2022.42](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2022.42)

FR: TI\_GERICHTE 35.2022.42 du 2 mai 2023

IT: TI\_GERICHTE 35.2022.42 del 2 maggio 2023

### **Erwägungen**

#### **E. 27**

maggio 2022) poiché, come dichiarato dall'CO 1 in una comunicazione dell'8 giugno 2020 al TCA, l'incarto sub iudice è stato trattato dalla funzionaria che figura nell'intestazione degli allegati prodotti (in concreto, dall'avv. \_\_\_\_\_), senza che la giurista di lingua italiana figlia del Giudice Ivano Ranzanici se ne sia in alcun modo occupata (cfr. STF 8C\_668/2021 del 18 febbraio 2022 consid. 2.1). nel merito 2.2. L'oggetto della lite è circoscritto alla questione di sapere se l'CO 1 era legittimato a negare l'assunzione a titolo di malattia professionale dei disturbi respiratori di cui soffre l'assicurata, oppure no. 2.3. Giusta l'art. 6 cpv. 1 LAINF, per quanto non altrimenti previsto dalla legge, le prestazioni assicurative sono concesse in caso d'infortunio professionale, d'infortunio non professionale e di malattie professionali. 2.4. Secondo l'art. 9 cpv. 1 LAINF, sono malattie professionali quelle (art. 3 LPG) causate esclusivamente o prevalentemente da sostanze nocive o da determinati lavori nell'esercizio dell'attività professionale. Il Consiglio federale compila l'elenco di tali sostanze e lavori, come pure delle malattie provocate da quest'ultimi. Facendo uso di questa delega di competenza, l'Esecutivo federale ha elencato all'allegato 1 all'OAINF, al quale rinvia l'art. 14 OAINF, le sostanze nocive e le malattie causate da determinati lavori ai sensi dell'art. 9 cpv. 1 LAINF. Queste due liste sono esaustive (STF 8C\_516/2020 del 3 febbraio 2021 consid. 3.1.1 e riferimenti). Nell'allegato 1 cifra 1 OAINF sono enumerate le sostanze nocive che sono notoriamente all'origine di malattie professionali. Nell'elenco è stato segnatamente incluso il berillio, i suoi composti e le sue leghe. La lista delle malattie causate dal lavoro contiene una doppia enumerazione – parimenti esaustiva – di malattie da una parte e di lavori per i quali la patologia in questione può essere causa di una malattia professionale dall'altra (allegato 1 cifra 2 OAINF). Nell'allegato 1 cifra 2 lett. a, riguardante le “malattie cagionate da agenti fisici”, tutti i lavori sono atti a causare una malattia professionale, fatta eccezione per le lesioni notevoli all'udito. L'allegato 1 cifra 2 lett. b (“altre malattie”) fa invece dipendere da certi lavori o luoghi di contagio le affezioni che possono provocare delle malattie professionali. Conformemente alla giurisprudenza, si può ammettere che una malattia sia stata causata prevalentemente dall'azione di una sostanza nociva menzionata nella prima lista (sostanze nocive) o da lavori se essa figura fra le affezioni elencate nella seconda lista (affezioni dovute al lavoro) dall'allegato 1 all'OAINF, soltanto se essi hanno avuto un'incidenza maggiore rispetto a tutte le altre cause coinvolte, ovvero se rappresentano più del 50% dell'intero spettro causale (DTF 133 V 421 consid. 4.1, 119 V 200 consid. 2a, 117 V 354 consid. 2a). Causa esclusiva significa che la malattia professionale è stata praticamente causata in misura del 100% da sostanze nocive o da determinati lavori (DTF 117 V 354 consid. 2a). La quota superiore al 50% deve essere dimostrata con il grado della verosimiglianza preponderante (cfr. Rumo-Jungo/Holzer, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4a ed., Zurigo/Basilea/Ginevra 2012, n. 92 ad art. 9 LAINF). Nella

DTF 133 V 421 consid. 5.1, concernente un assicurato, tabagista per oltre quarant'anni, affetto da carcinoma bronchiale che era stato professionalmente esposto alle fibre di amianto, la Corte federale ha precisato che - trattandosi di una patologia diffusa anche tra la popolazione che non è stata esposta alle polveri di amianto e di eziologia multifattoriale - può essere comunque riconosciuta l'origine essenzialmente professionale della malattia laddove, in base ai dati epidemiologici, l'esposizione professionale alla noxa comporta per le persone interessate un rischio due volte più elevato di contrarre la malattia (in questo senso, si veda pure la STFA 293/99 dell'11 maggio 2000, pubblicata in SVR 2000 UV n. 22 p. 75 ss., riguardante un benzinaio deceduto in seguito a una sindrome mielodisplasica che era stato professionalmente esposto al benzene). Per una valutazione della verosimiglianza fondata sui dati epidemiologici è determinante in che misura aumenta la probabilità di ammalarsi a causa dell'esposizione rispetto alla sostanza nociva in questione. Ci si deve così fondare sul cosiddetto rischio relativo (prevalenza), ovvero sul rapporto tra persone esposte e non esposte all'interno di una determinata popolazione e durante una determinata unità di tempo. Un rischio relativo  $r = 1$  significa che non vi è un rischio accresciuto. In presenza di un rischio relativo  $\geq 2$  va attribuito più del 50% della probabilità di ammalarsi all'esposizione. Ora, siccome una causalità prevalente è data allorché la sostanza nociva rappresenta più del 50% dell'intero spettro causale, è necessario un rischio relativo superiore a 2 ( $2 - 1 : 2 = 0.5$  oppure 50%) (cfr. BSK UVG-A. Traub, art. 9 n. 38). Ad esempio, nel caso del benzinaio di cui alla STFA U 293/99 succitata (consid. 4b), l'Alta Corte ha rilevato che, in base alla perizia di medicina del lavoro, il rischio relativo per leucemie nel caso di (prolungata) esposizione al benzene di 1 ppm ammonta in media a 1.2, ossia appena sopra al rischio riguardante l'intera popolazione. Inoltre, secondo la letteratura medica, l'aumento del tasso di mortalità per leucemie, inerente un campione di 1000 lavoratori esposti al benzene, ammonta in caso di esposizione di 1 ppm durante 15 anni a 1.5-5 (studio NIOSH), rispettivamente a 2-15 (studio DOW). Posto che nella popolazione in generale su 1000 decessi 8.5 sono da imputare a leucemie, il rischio relativo corrisponde a 1.28-1.58 (secondo lo studio NIOSH) oppure a 1.24-2.76 (secondo lo studio DOW). La Corte federale ha constatato che da questi studi emergono dei valori un po' più alti rispetto a quelli risultanti dalla perizia di medicina del lavoro, tuttavia i valori medi si situano chiaramente al di sotto del limite relativo determinante di 2 e, con ciò, anche al di sotto del 50%.

2.5. Sono considerate professionali anche altre malattie di cui è provato siano state causate esclusivamente o in modo affatto preponderante dall'esercizio dell'attività professionale (art. 9 cpv. 2 LAINF). Questa clausola generale risponde al bisogno di colmare eventuali lacune esistenti nell'elenco che il Consiglio federale è incaricato di compilare in virtù dell'art. 9 cpv. 1 LAINF (DTF 116 V 141 consid. 5a e riferimenti). Secondo la giurisprudenza, la condizione di un legame esclusivo o nettamente preponderante è adempiuta allorché è dimostrato, con il grado della verosimiglianza preponderante, che la malattia in questione è stata causata in misura del 75% almeno dall'attività professionale (DTF 126 V 186 consid. 2b; 119 V 201 consid. 2b). Ciò significa che l'incidenza della malattia per un determinato gruppo professionale deve essere quattro volte più elevata rispetto a quella per la popolazione in generale, affinché si possa ritenere che la malattia sia stata causata in maniera nettamente preponderante dall'esercizio di un'attività professionale (DTF 116 V 143 consid. 5c; RAMI 2000 U 408 p. 407). In un primo tempo, occorre esaminare se, in base ai risultati della ricerca medica, esiste un valore empirico attestante che, per la natura stessa della malattia, non può essere dimostrata la sua origine professionale. Se sono date queste condizioni, è escluso di fornire la prova, in un

caso concreto, della causalità qualificata ai sensi del cpv. 2 dell'art. 9 LAINF. Per contro, se le conoscenze mediche generali consentono di dimostrare che la professione esercitata ha causato in modo nettamente preponderante (quota minima del 75%) la malattia, vi è spazio, in un secondo tempo, per accertamenti più approfonditi circa la prova del nesso di causalità qualificata nel caso concreto (cfr., ad es., la STFA U 381/01 del 20 marzo 2001 consid. 3).

2.6. Nel caso di specie, dalle carte processuali si evince che, nel novembre 2019, l'\_\_\_\_\_ ha chiesto all'CO 1 il riconoscimento dell'origine professionale dei disturbi respiratori presentati dall'assicurata (doc. 1). Unitamente alla richiesta, sono stati prodotti i referti relativi agli accertamenti ai quali è stata sottoposta l'insorgente presso l'Ospedale di \_\_\_\_\_. In particolare, nel rapporto 26 agosto 2019 della Struttura complessa di medicina del lavoro, preventiva e tossicologia figura la diagnosi di "berilliosi polmonare di origine professionale" con la precisazione che sarebbe stato "utile, per completare l'iter diagnostico, test in vitro di proliferazione linfocitaria con berillio, non eseguibile presso la scrivente struttura." (doc. 8, p. 1). A margine della sua audizione del 23 gennaio 2020, la ricorrente ha riferito che i primi disturbi respiratori sono insorti a inizio 2015, nella forma di dispnee da sforzo. Per quanto riguarda l'anamnesi lavorativa, ella ha dichiarato che, terminate le scuole dell'obbligo, ha lavorato quale sarta dapprima in Italia presso la sartoria di famiglia, in seguito, dal 1986, in Svizzera presso la ditta \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_. Nel marzo 2002, l'assicurata è entrata alle dipendenze della ditta \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, presso la quale è rimasta sino alla fine di giugno 2018. L'attività veniva svolta quasi esclusivamente in un locale chiuso del reparto fonderia. In quell'ambito, facendo fondere della cera, l'insorgente ne ha respirato il fumo in quanto per lungo tempo il locale è rimasto privo di aspiratori. Sporadicamente, la ricorrente veniva pure impiegata presso il reparto bracciali di orologi, dove eseguiva il controllo visivo e, talvolta (in ogni caso soltanto per pochi mesi), praticava con un trapano dei fori nelle maglie dei bracciali. In quell'occasione, si sviluppava una leggera polvere di metallo duro. L'assicurata non è stata in grado di precisare se la stanza era dotata di una cappa d'aspirazione, in ogni caso non ve ne era una direttamente sopra il trapano da lei utilizzato. RI 1 ha inoltre rilevato che quando si trovava sul posto di lavoro "gli episodi di dispnea erano più frequenti ed intensi", mentre durante i week-end, le vacanze e i giorni festivi gli episodi erano "leggermente meno frequenti e meno intensi". La ricorrente ha infine affermato di non aver mai sofferto prima del 2015 di disturbi respiratori, che nel gentilizio nessuno soffre di allergie, eczemi o di affezioni delle vie respiratorie (in particolare di asma) e di non aver mai fumato in vita sua (cfr. doc. 33). Il 15 luglio 2020 ha avuto luogo un consulto presso il dott. F. Quadri, a quel momento Medico aggiunto presso il Reparto di pneumologia dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_. Queste in particolare le conclusioni contenute nel suo referto del 1° settembre 2020: "(...) Sulla base dei dati a disposizione, confermando che attualmente vi è solo un minimo disturbo della diffusione, non possiamo confermare con certezza la presenza di una berilliosi. Correttamente pure lo specialista di medicina del lavoro che l'aveva vista in Italia aveva proposto un test di proliferazione linfocitaria specifico, che tuttavia non poteva essere eseguito in quell'istituto. Personalmente riteniamo che attualmente non vi siano elementi per confermare con certezza l'elevata probabilità ad una berilliosi. In particolare i dati a disposizione sono poco specifici (la sensibilità cutanea non è un fattore sicuro), i referti radiografici non sono così marcati e specifici. Abbiamo anche dei dubbi sull'eventuale esposizione in quanto dal racconto preciso raccolto dall'ispettore CO 1 non è ben chiaro se effettivamente ci sia stata un'esposizione rilevante al berillio. Riteniamo opportuno che la paziente venga sottoposta ad un test di linfoproliferazione specifica che tuttavia, visto che la

paziente è sotto terapia corticosteroidea da mesi, dovrebbe avvenire preferibilmente dopo sospensione della stessa per alcune settimane. Abbiamo già le date in cui la paziente verrà sottoposta ai controlli in Italia ad inizio ottobre. Riteniamo che si potrebbe eventualmente proporre la sospensione della terapia corticosteroidea perlomeno probatoriamente e sottoporre poi l'A. nel corso del mese di novembre o ad inizio dicembre al previsto test presso il laboratorio specializzato del Prof. \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_." (doc. 55) Dalle carte processuali emerge che diversi tentativi di sottoporre il sangue dell'assicurata al test di proliferazione linfocitaria presso il Reparto di pneumologia della Clinica universitaria di \_\_\_\_\_ non sono andati a buon fine, e ciò per ragioni legate alle modalità di trasporto che hanno alterato le cellule da analizzare (cfr. doc. 71, doc. 72 e doc. 93). L'11 novembre 2021, la ricorrente è stata sottoposta a visita fiduciaria da parte della dott.ssa \_\_\_\_\_, spec. FMH in medicina interna e del lavoro, attiva presso il Team di medicina del lavoro dell'CO 1. In quell'occasione, sono pure stati prelevati campioni ematici che sono poi stati inviati a \_\_\_\_\_ per analisi. Nel suo rapporto datato 12 novembre 2021, sottoscritto il 17 gennaio 2022, la specialista dell'assicuratore è giunta alla conclusione che "la presenza di una berilliosi è da considerarsi improbabile o al massimo possibile", rispettivamente che "sulla base degli accertamenti effettuati finora, non possiamo ricondurre questa malattia polmonare prevalentemente all'esposizione al berillio". In questo senso, la dott.ssa \_\_\_\_\_ ha innanzitutto rilevato che "dal punto di vista radiologico, l'assicurata non mostra un tipico quadro reticolo-nodulare, ma piuttosto sono presenti alterazioni a mosaico in entrambi i polmoni, come si può osservare nelle aree polmonari diversamente ventilate. In alcuni casi, tuttavia, sono presenti soprattutto alterazioni nodulari vicino alla pleura, a volte anche alterazioni fibrose che si retraggono dalla pleura. Nel complesso, però, la gravità dei micronoduli è piuttosto ridotta.". D'altro canto, sempre secondo la specialista dell'CO 1, "la broncoscopia e il conseguente lavaggio broncoalveolare del 20 maggio 2019 effettuato con 32 ml di liquido hanno mostrato prevalentemente una linfocitosi (macrofagi 62.5%, granulociti 0.5%, linfociti 37%). Gli esami di funzionalità polmonare non hanno rivelato alcun difetto ventilatorio restrittivo durante il decorso, come ci si aspetterebbe in caso di berilliosi. Come unico risultato è emersa una DLCO ridotta in termini assoluti e relativi e una DLCO/VA ancora nella norma.". E ancora: "..., il lavaggio broncoalveolare non mostra il quadro tipico della berilliosi, caratterizzato da una linfocitosi preponderante. Nel dossier non trovo alcuna tipizzazione linfocitaria né alcun dosaggio ACE. Sulla base delle indicazioni relative alla broncoscopia del 13 maggio 2019, tuttavia, questi esami sono stati effettuati ("tipizzazione linfocitaria, dosaggio ACE"), ma entrambi i referti non sono disponibili nel dossier come reperti originali di laboratorio. Solo nel rapporto dell'\_\_\_\_\_, S.C. Pneumologia del 7 settembre 2019 viene menzionato come reperto un quoziente CD4/CD8 di 5.8. In termini di diagnosi differenziale, potrebbe trattarsi di sarcoidosi, di berilliosi, del morbo di Crohn o di un'altra malattia sistemica granulomatosa con coinvolgimento polmonare. Non ho trovato il risultato dell'ACE in alcun documento.". La dott.ssa \_\_\_\_\_ ha infine riferito che "il reperto del test di proliferazione linfocitaria, che ci è pervenuto solo il 3 gennaio 2021 (recte: 2022) ed è stato integrato in questo rapporto, ha dato un risultato negativo." (doc. 147). In corso di causa, il patrocinatore ha prodotto in particolare copia di una comunicazione di posta elettronica del dott. \_\_\_\_\_, medico del lavoro presso il Servizio di sorveglianza sanitaria del Policlinico \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, il cui tenore è il seguente: "(...) Come ci siamo detti, la possibilità di ricorso ruota attorno alla presenza di un Test di proliferazione Linfocitaria positivo per Solfato di Berillio. Tale test (TPL o LTT)

è di esecuzione complessa poiché richiede la disponibilità di un laboratorio attrezzato per colture cellulari radiomarcature diagnostiche. Fino all'anno scorso l'esame veniva eseguito presso il Laboratorio di Igiene Industriale degli Istituti clinici scientifici \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, ma la persona che se ne occupava è andata in pensione ed attualmente è in corso un riallestimento che rende temporaneamente non disponibile il test. Ho quindi provveduto all'esecuzione di una ricerca per valutare un'alternativa. Ho potuto constatare che questa metodica diagnostica è poco diffusa in Italia e i laboratori più affidabili si trovano tutti nel nord Europa. È tuttavia possibile inviare un campione di sangue da analizzare, avendo cura di organizzare la spedizione mediante corriere espresso "Next Day", con consegna garantita nelle 24 ore e conservazione a temperatura ambiente, in provette contenenti citrato come stabilizzante. Ho quindi selezionato un laboratorio di elevata affidabilità, in grado di prelevare il campione e curarne la preparazione e la spedizione in Germania. (...)" (doc. IX 1) Nel mese di ottobre 2022, l'avv. RA 1 ha quindi versato agli atti il referto relativo al test di proliferazione linfocitaria secondo il metodo Melisa, eseguito il 21 settembre 2022 presso il Laboratorio \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ (D) (la presa di sangue, poi inviato in Germania, era invece stata effettuata presso un laboratorio di analisi mediche di \_\_\_\_\_ [prov. \_\_\_\_\_]), da cui risulta una forte positività al Berillio (cfr. doc. A 10). Inoltre, con valutazione medico-legale del 26 settembre 2022, il dott. \_\_\_\_\_ ha segnatamente osservato che "su un quadro già fortemente sospetto per Berilliosi, sostenuta dal contesto epidemiologico e dalla clinica, il test di proliferazione linfocitaria con metodica MELISA conferma la diagnosi di Berilliosi. Un eventuale precedente BeLPT negativo non è in contrasto con la diagnosi che si pone in questa sede perché siamo in presenza di un esame con una frequenza di falsi negativi di 31,7% (bassa sensibilità), mentre quella dei falsi positivi è di 1,09% (elevatissima specificità). La ripetizione del test su 5 campioni con altrettante diluizioni di solfato di berillio e l'espressione numerica in unità SI, così alta rispetto ai valori di riferimento annulla la possibilità di un test falso positivo. La diagnosi è quindi di certezza." (doc. A 11). Il contenuto della documentazione prodotta dal rappresentante dell'assicurata è stato commentato criticamente dalla dott.ssa \_\_\_\_\_ nel suo apprezzamento datato 18 novembre 2022, il cui tenore è il seguente: " (...) L'assicurata ha subito un'esposizione professionale al berillio. Il quadro clinico e radiologico è compatibile con una berilliosi, ma anche con altre malattie polmonari che si manifestano clinicamente e radiologicamente in maniera simile. La CO 1 ha, quindi, insistito per effettuare il test di proliferazione linfocitaria, perché solo questo test, con un risultato positivo, indica con sufficiente probabilità la presenza di una berilliosi. Attualmente sono disponibili sul mercato vari test con diverse linee cellulari. La CO 1 fa effettuare i test presso la Clinica universitaria di \_\_\_\_\_ in Germania, dal Prof. Dr. \_\_\_\_\_, che si occupa di questo da molti anni. Vengono effettuati 2 test. Il perito, dott. \_\_\_\_\_, Coordinatore medico, Servizio di sorveglianza sanitaria, Fondazione \_\_\_\_\_, Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico, \_\_\_\_\_, ha citato nella sua perizia un test secondo il metodo MELISA. Se confronto la procedura dei due test, quello italiano e quello tedesco, (vedere di seguito), osservo che sono stati effettuati 2 test in Germania, entrambi con esito negativo, come richiesto dalla letteratura scientifica (solo uno di essi è riportato di seguito). Nel test effettuato in Italia, vedo solo un test e, quindi, presumo che si sia effettuato un solo test e non due. Formalmente, i test effettuati in Germania appaiono diversi da quelli effettuati in Italia. Si mette in evidenza un'altra procedura di test. Quelli effettuati in Germania mostrano 2 momenti di lettura, in conformità con le regole, mentre questo non si

evinces nei risultati dei test effettuati in Italia. In letteratura si raccomanda di effettuare due test, a causa della loro complessità. Inoltre, si raccomanda di condurre questi test solo in laboratori che abbiano una fondata esperienza nell'interpretazione dei test. Quale sia l'esperienza del laboratorio del controperito non è noto. Procedere: a mio avviso, la qualità e la comparabilità dei due test devono essere verificate e valutate da un laboratorio esperto e, se necessario, il test va ripetuto. Propongo di chiedere l'invio in Germania dei protocolli di analisi (protocolli di laboratorio; il solo risultato di laboratorio non è sufficiente in questo caso) dei test effettuati in Italia, con la richiesta di verificare la significatività del test italiano rispetto a quello tedesco." (doc. XVII 1) In data 7 dicembre 2022 (cfr. doc. XIX) e 8 febbraio 2023 (cfr. doc. XXI + allegata letteratura), il patrocinatore ha formulato alcune considerazioni volte a dimostrare la validità e l'attendibilità diagnostica dei test di proliferazione linfocitaria, in particolare di quello effettuato secondo il metodo Melisa. In particolare, l'avv. RA 1 ha sottolineato quanto segue: "(...) Tutto quanto sopra evidenziato, si ritiene in via conclusiva che: - le positività dei fattori Clinico e Espositivo, ammesse dalle parti, siano già diagnostiche di una Berilliosi polmonare secondo i criteri internazionali OSHA - l'esame del referto negativo eseguito a \_\_\_\_\_ evidenzia una debole risposta linfocitaria ai mitogeni usati per il controllo positivo, che genera forti dubbi sulla reattività immunitaria del campione utilizzato - il test LPT-MELISA rilevato positivo, ha presentato al contrario una vivace risposta al controllo positivo testimoniando una conservata reattività della popolazione cellulare. Il campione ha presentato una elevatissima espansione clonale linfocitaria dopo esposizione a berillio solfato, che permette di orientare la diagnosi sulla berilliosi, oltre ogni ragionevole dubbio - l'esigenza di un secondo test si rende costantemente necessaria in caso di referto negativo, perché l'LPT è un esame a bassa sensibilità - un secondo test potrebbe essere superfluo nel caso in trattazione, dopo il risultato positivo con IS elevatissime su campione idoneo, perché la specificità elevata riduce la possibilità di un falso positivo all'1%, dato coerente con il quadro clinico, strumentale ed espositivo - nel caso in cui il test fosse ritenuto comunque necessario, è opportuno che venga fatto documentando con precisione le fasi propedeutiche alla coltura cellulare (tempi, criteri etc) e che abbia valori di controllo positivo che comprovino una conservata integrità della coltura linfocitaria (...)." Con apprezzamento del 23 febbraio 2023, la specialista in medicina del lavoro dell'CO 1 ha in primo luogo sottolineato che il test eseguito a \_\_\_\_\_, quello standard, corrisponde alle "... linee guida sulla berilliosi cronica dell'American Thoracic Society (ATS): Balmes et al., An Official American Thoracic Society Statement: Diagnosis and Management of Beryllium Sensitivity and chronic Beryllium Disease, Am J Respir Crit Care Med Vol 190, Iss Lo, pp34-59): "La diagnosi di BeS si basa sui risultati anomali di due BeLPT o sulla combinazione di un BeLPT anomalo e di uno ai limiti della norma. Una diagnosi di CBD richiede l'evidenza sia di una specifica risposta immunitaria al berillio sia di infiammazione granulomatosa nel tessuto polmonare ..." (letteratura allegata). Il MELISA (Memory Lymphocyte Immuno-Stimulation Assay) test, che si basa sostanzialmente sul test di proliferazione linfocitaria (BeLPT), esamina inoltre le cellule anche dal punto di vista morfologico. Il laboratorio dell'Ospedale universitario di \_\_\_\_\_ considera problematico il fatto che il MELISA test sembra utilizzare solo 1 replicato per concentrazione. A \_\_\_\_\_ vengono impiegati 8 replicati per concentrazione, il che aumenta l'accuratezza, e il MELISA test viene letto solo una volta (dopo 5 giorni). Inoltre, con il MELISA test vengono ripetutamente depleti i monociti che tuttavia, secondo le competenze immunologiche degli specialisti di \_\_\_\_\_, sono necessari come cellule presentanti l'antigene per il test. Nel

decidere la modalità di test, il laboratorio dell'Ospedale universitario di \_\_\_\_\_ si è orientato alla modalità scelta dal National Jewish Hospital di Denver, uno degli istituti leader negli Stati Uniti per la diagnosi della berilliosi cronica e l'attività di ricerca in questo ambito. A \_\_\_\_\_ il test viene letto al 4° e al 7° giorno. Questo BeLPT standard, il test eseguito a \_\_\_\_\_, è stato anche incluso nelle succitate linee guida dell'ATS sulla berilliosi cronica.”. In secondo luogo, a proposito dell'efficacia diagnostica dei test ai quali è stata sottoposta l'insorgente, la dott.ssa \_\_\_\_\_ ha rilevato che “il test di proliferazione linfocitaria al berillio è un esame biologico che in termini di affidabilità non soddisfa i criteri consueti. È altamente specifico (98%) ma poco sensibile (66%). Ne consegue che spesso questo test restituisce falsi negativi e che, al fine di escludere una sensibilizzazione al berillio, è necessario ottenere più volte conferma di negatività ripetendo il test mentre, per dimostrare una sensibilizzazione al berillio, devono risultare positivi almeno due test indipendenti su sangue periferico, effettuati con la stessa procedura di test. In alternativa, anche il risultato positivo di un test con cellule da lavaggio broncoalveolare può dimostrare la sensibilizzazione. La sensibilità di quest'ultimo è maggiore. Ciò depone a favore di un lavaggio broncoalveolare per l'assicurata in modo da eseguire il test di proliferazione linfocitaria sul materiale prelevato. Ciononostante, all'assicurata è stata recentemente prescritta una terapia con steroidi, come si evince dal rapporto di pneumologia dell'Ospedale \_\_\_\_\_ del 3.2.2023. Non vi sono studi che indichino la sensibilità e la specificità quando è in corso una terapia con prednisone. Pertanto la terapia a base di cortisone, se in atto, deve essere interrotta nelle 8-12 settimane che precedono la data prevista del test. Durante una terapia con cortisone si possono utilizzare solo test positivi, poiché si ritiene che nel corso della terapia il numero dei risultati falsi negativi aumenti e che la sensibilità del test diminuisca ulteriormente. Qualora non sia possibile il lavaggio broncoalveolare, un laboratorio di comprovata esperienza deve verificare e valutare la bontà e la comparabilità (metodo della procedura di test e relativa sensibilità e specificità) dei due test relativamente alla comparabilità ed eventualmente occorre ripetere ancora una volta il test persino in assenza di terapia steroidea o altrimenti effettuare anche un lavaggio broncoalveolare in assenza di terapia steroidea.” (doc. XXVIII 1). Il 3 aprile 2023, l'avv. RA 1 ha versato agli atti un rapporto, datato 31 marzo 2023, del dott. \_\_\_\_\_.

Nella prima parte del documento, lo specialista privatamente consultato dall'assicurata ha riportato le risposte che sarebbero state fornite dai tecnici del laboratorio di Neuss alle obiezioni contenute nell'apprezzamento 23 febbraio 2023 della dott.ssa \_\_\_\_\_ (cfr. doc. XXXII 1, p. 1-3). In questo contesto, è in particolare emerso che i due metodi in discussione (quello tradizionale [BeLPT] e quello Melisa) si distinguono per il maggior numero di replicazioni utilizzato dal BeLPT, dai diversi tempi di lettura dei risultati, dal numero di cellule esaminate (molto più elevato nel Melisa) e nell'esecuzione dell'esame morfologico al microscopio ottico (solo nel Melisa) e che “le differenze descritte sono mirate a rendere più specifica o più sensibile la tecnica ma le metodiche sono comunque molto simili e sostanzialmente sovrapponibili.”. In seguito, il dott. \_\_\_\_\_ ha precisato che se “è vero che basando la diagnosi esclusivamente sui test di proliferazione, con una sola analisi positiva non rispettiamo le linee guida tedesche S3, ma è altrettanto vero che due risultati negativi e uno positivo non sono sufficienti per negarla, poiché per negare una sensibilizzazione al berillio è necessario disporre di più test, tutti con risultato negativo a causa della elevata probabilità di errore (del 34%) dei test negativi. Tale sequenza di test negativi (solo 2 nel caso in esame) è interrotta dal test MELISA positivo. Possiamo quindi affermare che dato che il BeLPT e il MELISA hanno entrambi una

elevatissima specificità (98%) e una bassa sensibilità (66%) sotto un profilo statistico la probabilità di errore di 2 test negativi è molto superiore a quella di 1 solo test positivo. Tutto ciò che finora è stato osservato può essere sostenuto disponendo esclusivamente dei test di proliferazione linfocitaria finora eseguiti, ma a nostro avviso il caso in esame presenta un concerto di segni clinici e strumentali già diagnostico, che non può essere dimenticato, lasciando unicamente al test il compito diagnostico.”. Proprio in questo senso, il medico del lavoro ha evidenziato che i criteri OSHA (“ Occupational Safety and Health Administration”) per la diagnosi di berilliosi, non considerano nemmeno il BeLPT tra i criteri diagnostici essenziali ma tengono invece conto della documentata esposizione lavorativa e del quadro clinico-strumentale compatibile. Da questo punto di vista, sempre secondo il dott.

\_\_\_\_\_ , il caso concreto sarebbe dunque da considerare una berilliosi, anche non tenendo conto del test Melisa positivo. In conclusione, il medico del lavoro appena citato ha sostenuto che “chiunque voglia interpretare in altro modo i dati oggettivi descritti deve considerare che per negare l’esistenza di una berilliosi polmonare in un caso con comprovata esposizione è necessario spiegare con una diagnosi alternativa il quadro TAC e il quadro citologico sul BAL. Tale diagnosi alternativa è a nostro avviso la più grande lacuna delle tesi presentate dalla CO 1.” (cfr. doc. XXXII 1, p. 3-6). 2.7. Per costante giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l’amministrazione è parte solo dopo l’instaurazione della controversia giudiziale mentre invece nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (cfr. RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STF U 259/02 dell’8 luglio 2003 consid. 2.1.1; Meyer-Blaser , Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in BJM 1989, p. 30ss.). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10 p. 33 ss. e RAMI 1999 U 356 p. 572) , la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un’assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l’assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l’oggettività e l’imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell’apprezzamento. In una sentenza 8C\_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell’amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve , a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l’Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell’uomo ha dedotto dall’art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l’affidabilità dei rapporti dei medici interni all’amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. Questa giurisprudenza è stata in seguito costantemente confermata dall’Alta Corte (cfr. DTF 139 V 225 consid. 5.2 e 145 V 97 consid. 8.5 in fine; STF 8C\_333/2022 e 8C\_365/2022 del 23 marzo 2023 consid. 5.2). Trattandosi invece di perizie affidate dagli assicuratori sociali, durante la procedura amministrativa, a medici esterni all’amministrazione o a servizi specializzati indipendenti, esse godono di piena forza probatoria, a condizione che non esistano indizi concreti che ne mettano in dubbio l’affidabilità (cfr. STF 8C\_862/2014 del 2 aprile 2015 consid. 3.2 e riferimenti ivi citati). Per quel che concerne il valore probante di

un rapporto medico, determinante è che esso sia completo sui temi sollevati, che sia fondato su esami approfonditi, che tenga conto delle censure sollevate dalla persona esaminata, che sia stato redatto in piena conoscenza dell'anamnesi, che sia chiaro nella presentazione del contesto medico e che le conclusioni dell'esperto siano motivate (cfr. SVR 2002 IV Nr. 21 p. 63; DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191ss.; DTF 122 V 160 ss., consid. 1c e riferimenti). L'elemento rilevante per decidere circa il valore probante, non è né l'origine del mezzo di prova né la sua designazione quale rapporto oppure quale perizia, ma semplicemente il suo contenuto (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti). È infine utile osservare che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va, tuttavia, precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (cfr. STF I 811/03 del 31 gennaio 2005, consid. 5 in fine; STF I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV Nr. 10 p. 35 consid. 4b). 2.8. Nella concreta evenienza, il TCA non può confermare la decisione mediante la quale l'assicuratore, fondandosi sulla valutazione espressa in proposito dalla dott.ssa \_\_\_\_\_ (la quale, a sua volta, si è riferita, fra l'altro, agli esiti di un test di proliferazione linfocitaria eseguito presso la Clinica universitaria di \_\_\_\_\_, esame disposto dall'amministrazione - cfr. supra, consid. 2.6.), ha negato che la ricorrente soffra di una berilliosi e, pertanto, anche il proprio obbligo a prestazioni riguardo ai disturbi respiratori da ella denunciati. Preliminarmente, va rilevato che, non essendo la decisione impugnata fondata su una perizia esterna ai sensi dell'art. 44 LPGA, 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. 2.7.). Ora, ai referti della specialista in medicina del lavoro dell'CO 1 non può essere riconosciuto un valore probatorio sufficiente per escludere che la problematica polmonare presentata da RI 1 sia riconducibile a una berilliosi di origine professionale. In effetti, questa Corte constata innanzitutto che la dott.ssa \_\_\_\_\_ ha ammesso esplicitamente che la ricorrente è stata professionalmente esposta al berillio (cfr. doc. XVII 1: "L'assicurata ha subito un'esposizione professionale al berillio"), aspetto riguardo al quale il dott. \_\_\_\_\_ aveva invece espresso delle riserve (cfr. doc. 55). Del resto, al riguardo, è utile segnalare che dalla visione del servizio intitolato "A me manca la vita", andato in onda il 4 maggio 2017 nel quadro della trasmissione "\_\_\_\_\_ della \_\_\_\_\_ (reperibile sul sito \_\_\_\_\_) e dalla lettura di articoli di stampa che ne hanno fatto seguito (cfr., in particolare, quello intitolato "\_\_\_\_\_", pubblicato sull'edizione del 9 ottobre 2020 del periodico "\_\_\_\_\_"), è emerso che altri dipendenti della ditta \_\_\_\_\_, dunque ex colleghi di RI 1, hanno presentato affezioni del sistema respiratorio, alcuni di essi proprio a seguito dell'esposizione al berillio (si veda inoltre la risposta del Consiglio di Stato dell'\_\_\_\_\_ 2017 all'interrogazione n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ 2017 del deputato \_\_\_\_\_ - punto 5 - e la risposta del Consiglio di Stato del \_\_\_\_\_ 2018 alla successiva interrogazione n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ 2018 del medesimo deputato - punto 2: "Dei 27 collaboratori che hanno presentato una domanda di prestazioni AI negli ultimi 15 anni - dato fornito nella risposta alla precedente interrogazione - 16 assicurati hanno beneficiato di una rendita di durata determinata (rendita transitoria) o indeterminata. Giova precisare che le rendite concesse concernono diverse patologie fisiche o psichiatriche e che le rendite stesse derivano da malattia o da infortunio.

Già nella precedente risposta era stato rilevato che 5 collaboratori hanno beneficiato di una rendita AI per affezioni del sistema respiratorio e due di loro a seguito dell'esposizione al berillio. "). Inoltre il TCA rileva che è la medesima fiduciaria dell'CO 1 a sostenere che la fattispecie necessita di essere ulteriormente istruita. A suo avviso, si tratterebbe di sottoporre a un laboratorio di comprovata esperienza le risultanze dei due test di proliferazione linfocitaria al berillio già eseguiti (BeLPT e Melisa) affinché ne valuti "la bontà e la comparabilità", eventualmente di ripetere il test utilizzando sangue periferico o, meglio ancora (in quanto più sensibile – su questo aspetto, si veda quanto si evince dal sito [www.msmanuals.com](http://www.msmanuals.com), nella sezione riguardante la malattia da berillio: " Il test di proliferazione linfocitaria al berillio da lavaggio broncoalveolare fatto sulle cellule da lavaggio broncoalveolare è altamente sensibile e specifico, aiutando a distinguere la berilliosi cronica dalla sarcoidosi e dalle altre forme di pneumopatia diffusa ."), cellule da lavaggio broncoalveolare (cfr. doc. XXVIII 1). Inoltre, agli atti figurano i referti del dott. \_\_\_\_\_, anch'egli specialista nella materia che qui interessa, il quale, in particolare con il rapporto del 31 marzo 2023 (doc. XXXII 1 - " Considerazioni complessive "), ha sviluppato una motivata argomentazione medico-scientifica a sostegno della diagnosi di berilliosi, suscettibile, secondo il TCA, di generare dei dubbi, più che lievi, circa la correttezza del parere espresso dalla dott.ssa \_\_\_\_\_. In particolare, lo specialista in medicina del lavoro consultato privatamente dall'assicurata ha indicato che, secondo i criteri OSHA, la diagnosi di berilliosi potrebbe essere validamente posta anche a prescindere dall'esistenza di un test di proliferazione linfocitaria positivo, in caso di documentata esposizione lavorativa e di quadro clinico-strumentale compatibile, condizioni a suo avviso adempiute nel caso di specie (" I criteri OSHA per la diagnosi di Berilliosi sono infatti: - Documentata esposizione lavorativa, - Quadro clinico-strumentale compatibile. Secondo OSHA il caso in esame è quindi da considerare una Berilliosi, anche non considerando il MELISA positivo ."), rispettivamente che la valutazione del caso di specie non può limitarsi alla sola trattazione del test di sensibilizzazione ma deve tenere conto di tutti gli elementi diagnostici oggettivi a disposizione, ovvero di una comprovata esposizione al berillio, della presenza di berilliosi in colleghi di lavoro, della presenza di un quadro radiologico tipico e della presenza di un quadro citologico sul BAL che parla a favore di una alveolite linfocitaria. Dal canto suo, la dott.ssa \_\_\_\_\_ ha sottolineato che, in base alle linee guida sulla berilliosi cronica dell'American Thoracic Society da lei citate, la diagnosi di berilliosi cronica richiederebbe invece sia una specifica risposta immunitaria al berillio sia un'inflammazione granulomatosa nel tessuto dei polmoni (cfr. doc. XXVIII 1). Inoltre, a proposito del quadro polmonare radiologico-strumentale, tanto il dott. \_\_\_\_\_ quanto la fiduciaria appena citata hanno giudicato quello dell'insorgente sì compatibile ma non sufficientemente specifico per una berilliosi (cfr. doc. 55 e doc. XVII 1). Alla luce di quanto precede, questo Tribunale osserva che le posizioni rispettive dei dottori \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ sono a tal punto divergenti, e ciò non soltanto a proposito della questione di sapere quale significato attribuire ai test di proliferazione linfocitaria già effettuati, che appare difficile decidere tra l'una e l'altra senza disporre di conoscenze mediche specialistiche. In simili casi, la giurisprudenza federale prevede che la vertenza non possa essere decisa basandosi sull'uno o sull'altro dei pareri a disposizione ma che occorra ordinare una perizia ad opera di un medico indipendente secondo la procedura di cui all'art. 44 LPGa oppure una perizia giudiziaria (cfr. STF 8C\_418/2022 del 1° marzo 2023 consid. 3.1.2 e riferimento ivi citato). 2.9. In una sentenza di principio 9C\_243/2010 del 28 giugno 2011, pubblicata in DTF 137 V 210, il Tribunale federale ha preso posizione

sulle critiche rivolte alla giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; art. 72bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione. In quella pronunzia, l'Alta Corte ha pure precisato in quali casi il Tribunale cantonale deve allestire direttamente una perizia giudiziaria e in quali altri può rinviare gli atti all'assicuratore per un complemento istruttorio. Il TF ha, al riguardo, sviluppato le seguenti considerazioni: " (...). 4.4.1.1 Ist das Gutachten einer versicherungsinternen oder -externen Stelle nicht schlüssig und kann die offene Tatfrage nicht anhand anderer Beweismittel geklärt werden, so stellt sich das Problem, inwieweit die mit der Streitsache befasste Beschwerdeinstanz noch die Wahl haben soll zwischen einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung, damit diese eine neue oder ergänzende Expertise veranlasse, und der Einholung eines Gerichtsgutachtens. Das Bundesgericht hat dazu jüngst festgehalten, die den kantonalen Gerichten zufallende Kompetenz zur vollen Tatsachenprüfung (Art. 61 lit. c ATSG) sei nötigenfalls durch Einholung gerichtlicher Expertisen auszuschöpfen ( BGE 136 V 376 E. 4.2.3 S. 381). Dies schliesst ein, dass die erstinstanzlichen Gerichte diese Befugnis nicht ohne Not durch Rückweisung an die Verwaltung delegieren dürfen. 4.4.1.2 Die Vorteile von Gerichtsgutachten (anstelle einer Rückweisung an die IV-Stelle) liegen in der Straffung des Gesamtverfahrens und in einer beschleunigten Rechtsgewährung. Die direkte Durchführung der Beweissmassnahme durch die Beschwerdeinstanz mindert das Risiko von - für die öffentliche Hand und die versicherte Person - unzumutbaren multiplen Begutachtungen. Zwar gilt die Sozialversicherungsverwaltung mit Blick auf die differenzierten Aufgaben und die dementsprechend unterschiedliche funktionelle und instrumentelle Ausstattung der Behörden in der Instanzenabfolge im Vergleich mit der Justiz als regelmässig besser geeignet, Entscheidungsgrundlagen zu vervollständigen ( BGE 131 V 407 E. 2.1.1 S. 411). In der hier massgebenden Verfahrenssituation schlägt diese Rechtfertigung für eine Rückweisung indessen nicht durch. 4.4.1.3 Die Einschränkung der Befugnis der Sozialversicherungsgerichte, eine Streitsache zur neuen Begutachtung an die Verwaltung zurückzuweisen, verhält sich komplementär zu den (gemäss geänderter Rechtsprechung) bestehenden partizipativen Rechten der versicherten Person im Zusammenhang mit der Anordnung eines Administrativgutachtens (Art. 44 ATSG; vgl. oben E. 3.4). Letztere tragen zur prospektiven Chancengleichheit bei, derweil das Gebot, im Falle einer Beanstandung des Administrativgutachtens eine Gerichtsexpertise einzuholen, die Waffengleichheit im Prozess gewährleistet, wo dies nach der konkreten Beweislage angezeigt ist. Insoweit ist die ständige Rechtsprechung, wonach das (kantonale) Gericht prinzipiell die freie Wahl hat, bei festgestellter Abklärungsbedürftigkeit die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen oder aber selber zur Herstellung der Spruchreife zu schreiten (vgl. statt vieler ARV 1997 Nr. 18 S. 85 E. 5d mit Hinweisen, C 85/95; Urteil vom 11. April 2000 E. 3b, H 355/99), zu ändern. 4.4.1.4 Freilich ist es weder unter praktischen noch rechtlichen Gesichtspunkten - und nicht einmal aus Sicht des Anliegens, die Einwirkungsmöglichkeiten auf die Erhebung des medizinischen Sachverhalts fair zu verteilen - angebracht, in jedem Beschwerdefall auf der Grundlage eines Gerichtsgutachtens zu urteilen. Insbesondere ist der Umstand, dass die MEDAS von der Invalidenversicherung finanziert werden, kein genügendes Motiv dafür. Doch drängt sich auf, dass die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten einholt, wenn sie einen (im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen) medizinischen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist (vgl. die Kritik an der bisherigen

Rückweisungspraxis bei Niederberger, a.a.O., S. 144 ff.). Die betreffende Beweiserhebung erfolgt alsdann vor der - anschliessend reformatorisch entscheidenden - Beschwerdeinstanz selber statt über eine Rückweisung an die Verwaltung. Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (siehe beispielsweise das Urteil 9C\_646/2010 vom 23. Februar 2011 E. 4; vgl. auch SVR 2010 IV Nr. 49 S. 151 E. 3.5, 9C\_85/2009)." (DTF 137 V 263-265) In una sentenza 8C\_59/2011 del 10 agosto 2011 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 LPGGA: " Um solche Zweifel auszuräumen, wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 135 V 465 E. 4.6 S. 471)." In una sentenza 8C\_412/2019 del 9 luglio 2020 consid. 5.4, la Corte federale ha rinviato la causa all'assicuratore LAINF (e non al tribunale cantonale che aveva respinto il ricorso della persona assicurata) affinché disponesse l'esecuzione di una perizia ai sensi dell'art. 44 LPGGA, precisando che laddove esistano dubbi circa l'attendibilità e la pertinenza della valutazione del medico fiduciario, spetta in primo luogo all'assicuratore contro gli infortuni procedere a ulteriori atti istruttori per determinare d'ufficio i fatti determinanti e, se del caso, assumere le prove necessarie prima di emanare la decisione (art. 43 LPGGA): " Lorsqu'il existe des doutes sur la fiabilité et la pertinence de l'appréciation du médecin-conseil, il appartient en premier lieu à l'assureur-accidents de procéder à des instructions complémentaires pour établir d'office l'ensemble des faits déterminants et, le cas échéant, d'administrer les preuves nécessaires avant de rendre sa décision (art. 43 al. 1 LPGGA; 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). Infine, con la pronunzia 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). 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 dei propri medici interni. In casi del genere, per costante prassi, il TCA, anziché ordinare esso stesso

una perizia giudiziaria, rinvia gli atti all'amministrazione affinché disponga una perizia esterna ai sensi dell'art. 44 LPGGA (cfr., in questo senso, STF 8C\_757/2014 del 16 gennaio 2015 consid. 3.2., STCA 35.2014.103 dell'11 marzo 2015 consid. 2.9., STCA 35.2014.96 del 25 febbraio 2015 consid. 2.9., STCA 35.2014.47 del 2 febbraio 2015 consid. 2.8., STCA 35.2014.66 del 22 dicembre 2014 consid. 2.9 e 35.2014.50 del 10 novembre 2014 consid. 2.13; D. Cattaneo, *Les erreurs les plus fréquentes des expertises médicales dans les assurances sociales* in: CGRSS n. 50 – 2014, p. 137 seg. n. 15 p. 140). A proposito dell'art. 44 LPGGA, questo Tribunale segnala che la disposizione è stata modificata nell'ambito della riforma dell'AI denominata " Ulteriore sviluppo dell'AI " , entrata in vigore il 1° gennaio 2022, con lo scopo di armonizzare i diritti di partecipazione degli assicurati e il ruolo degli organi esecutivi nell'ambito della procedura di accertamento amministrativo (cfr. RU 2021 705). In particolare, il cpv. 2 dell'art. 44 recita che se per chiarire i fatti deve far ricorso ai servizi di uno o più periti indipendenti, l'assicuratore ne comunica il nome alla parte. Questa può, entro dieci giorni, ricusare un perito per i motivi di cui all'articolo 36 capoverso 1 e presentare controproposte. Inoltre, secondo il cpv. 3, insieme al nome del perito, l'assicuratore comunica alla parte anche le domande rivolte allo stesso e segnala la possibilità di presentare domande supplementari in forma scritta entro lo stesso termine. L'assicuratore decide in via definitiva le domande da porre al perito. Giusta il cpv. 4, l'assicuratore che, nonostante una richiesta di ricusazione, conferma il perito previsto lo comunica alla parte mediante una decisione incidentale. Infine, ai sensi del cpv. 6, salvo che l'assicurato vi si opponga, i colloqui tra l'assicurato e il perito sono registrati su supporto audio; le registrazioni sono acquisite agli atti dell'assicuratore. Per le ragioni già esposte al considerando 2.8., si giustifica l'annullamento della decisione su opposizione impugnata e il rinvio degli atti all'assicuratore resistente affinché disponga un approfondimento peritale esterno (art. 44 LPGGA), nella forma di una perizia pneumologica/di medicina del lavoro, volta a definire se la patologia polmonare di cui è affetta l'assicurata costituisce, oppure no, una malattia professionale ex art. 9 LAINF. Sarà compito dell'esperto designato stabilire se, nel caso concreto, gli elementi probatori già contenuti nell'incarto sono sufficienti a tal fine oppure se sono necessari ulteriori accertamenti diagnostici, nel qual caso sarà lui stesso a doverli disporre prima di formulare le sue conclusioni. Sulla scorta delle risultanze della perizia amministrativa, l'CO 1 si pronuncerà nuovamente sul diritto alle prestazioni dell'insorgente. 2.10. Visto l'esito del ricorso, l'assicuratore verserà all'insorgente, rappresentata da un avvocato, l'importo fr. 2'800 (IVA inclusa) a titolo d'indennità per ripetibili. 2.11. L'art. 61 lett. a LPGGA, 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 LPGGA. L'art. 61 lett. a LPGGA prevede ora unicamente che la procedura deve essere semplice, rapida e, di regola pubblica. Dalla medesima data è entrato in vigore l'art. 61 lett. f bis LPGGA secondo cui in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. Trattandosi di una controversia relativa a prestazioni LAINF, il legislatore non ha previsto di prelevare le spese. Sul tema cfr. anche STF 9C\_369/2022 del 19 settembre 2022; STF 9C\_368/2021 del 2 giugno 2022; SVR 2022 KV Nr. 18 (STF 9C\_13/2022 del 16 febbraio 2022); STF 9C\_394/2021 del 3 gennaio 2022; STF 8C\_265/2021 del 21 luglio 2021 (al riguardo cfr. Ares Bernasconi, *Actualités du TF*,

8C\_265/2021 du 21 juillet 2021 - frais judiciaires pour les tribunaux cantonaux des assurances selon la révision de la LPGA du 21 juin 2019, in SZS/RSAS 2/2022 p. 107).

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