

TI_GERICHTE 35.2022.58 vom 21. November 2022

TI Tribunale d'appello, 2022-11-21, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2022.58

FR: TI_GERICHTE 35.2022.58 du 21 novembre 2022

IT: TI_GERICHTE 35.2022.58 del 21 novembre 2022

Regeste

Discussa l'eziologia, professionale o meno, di una BPCO, trattandosi di un'assicurata attiva per anni nel settore tessile. Rinvio atti per complemento istruttorio (perizia esterna)

Erwägungen

E. 27

maggio 2022) poiché, come dichiarato dall'CO 1 in una comunicazione dell'8 giugno 2020 al TCA, l'incarto sub judice 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 LPGA) 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). 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. In particolare, i “lavori nella polvere di cotone, di canapa, di lino, di cereali e farina di frumento e di segale, di enzimi, d'ifomiceti” possono essere causa di “affezioni degli organi della respirazione”. 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 corrispondenti 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 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 ≥ 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 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 marzo 2019, l'RA 1 ha chiesto all'CO 1 il riconoscimento della natura professionale dei disturbi respiratori presentati dall'assicurata (doc. 2). Unitamente alla richiesta, sono stati prodotti in particolare due referti del dott. _____, Direttore dell'Unità operativa di riabilitazione cardio respiratoria dell'Ospedale di _____. In quello datato 26 giugno 2018 figura la diagnosi di quadro clinico di broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) moderata non reversibile a sospetta genesi lavorativa (doc. 6). Con il secondo, datato 19 marzo 2019, il curante specialista ha confermato la diagnosi di BPCO "... in non fumatrice e a sospetta genesi lavorativa in industria tessile rimanendo esposta per 42 anni a fibre vegetali (canapa, cotone, lino), solventi e polveri in openspace con 200-300 addetti." (doc. 5). Interpellata dall'amministrazione, con apprezzamento del 5 giugno 2019, la dott.ssa _____, spec. in medicina del lavoro, ha rilevato che sebbene nella documentazione a disposizione si parli di una BPCO, il fatto che sia stata refertata una parziale reversibilità nella funzione polmonare del 10 aprile 2018 corrisponde piuttosto a un'asma. Ella ha quindi disposto l'audizione dell'assicurata per la raccolta dei dati anamnestici e un accertamento a cura del dott. pneumologo _____ (doc. 20). A margine della sua audizione del 3 luglio 2019, la ricorrente ha riferito che i primi disturbi respiratori erano insorti una ventina di anni prima, nella forma di ripetute bronchiti. Per quanto riguarda l'anamnesi lavorativa, ella ha dichiarato che, terminate le scuole dell'obbligo, aveva lavorato per quattro anni in Italia per una ditta specializzata nella produzione di calze elastiche, ginocchiere, cavigliere, ecc. Successivamente, dal 1973/'74 e sino al 2016, l'assicurata ha lavorato in Svizzera, dapprima ("per pochi mesi") alle dipendenze di un'azienda orologiera, in seguito (ininterrottamente) nel campo tessile. Trattandosi di quest'ultimo periodo, RI 1 ha precisato che "durante il lavoro entravo in contatto con tessuti di diverso tipo (non sono in possesso delle schede di sicurezza). Per smacchiare i capi venivano utilizzati diversi solventi (negli anni erano stati cambiati più volte). Questi smacchiatori venivano usati alla Consitex ma anche presso i precedenti datori di lavoro. Ricordo che noi colleghe ci eravamo già lamentate tempo addietro per i periodi prolungati in cui dovevamo utilizzare questi prodotti (soprattutto quanto mi trovato alla _____), In ditta era inoltre presente un impianto di umidificazione poiché i tessuti dovevano mantenere una certa umidità.". Sempre riferendosi al periodo trascorso nel campo tessile, ella ha ricordato che "non era previsto l'utilizzo di mascherini o altri mezzi di protezione", rispettivamente che "non erano presenti degli impianti di ventilazione. Si lasciavano aperte le finestre per smuovere l'aria.". La ricorrente ha infine dichiarato di non aver mai sofferto da giovane di disturbi né respiratori/polmonari né della sfera ORL, di non soffrire e di non aver mai sofferto di altre malattie, di non aver mai lamentato allergie, eczemi o asma (idem per i consanguinei) e di non aver mai fumato (doc. 25). I consulti presso il dott. _____, spec. FMH in pneumologia e medicina

interna, hanno avuto luogo tra il 19 settembre e il 14 ottobre 2019. Lo specialista incaricato dall'CO 1 ha formulato la diagnosi di bronchiectasie del lobo medio mediale e della lingua laterale di molto probabile origine post-infettiva secondarie a bronchiti asmatiche ricorrente a partire dal 1990 su esposizione cronica a solventi ed esalazioni da colle acriliche con sviluppo di asma bronchiale e colonizzazione con pseudomonas aeruginosa già prima del giugno 2018 e con lievi emottisi intermittenti da qualche anno, di asma bronchiale di grado leggero-moderato persistente verosimilmente di origine professionale su esposizione cronica ad esalazioni da colle acriliche a caldo (polsini e colli delle camicie) e solventi (smacchianti). Fondandosi sui dati anamnestici, il dott. _____ ha affermato poter escludere "... un deficit immunitario umorale, una predisposizione intrinseca al disturbo bronco-ostruttivo nell'ambito di una diatesi atopica in una paziente che non presenta né anamnesticamente né a livello para-clinico indizi per meccanismi allergici attivi ai più frequenti pneumo-allergeni" e di poter ritenere che "... la paziente a partire dal 1990 possa aver sviluppato una componente asmatica verosimilmente secondaria all'esposizione cronica ad esalazioni da acrilati ed ev. anche da solventi (smacchianti), che ha iniziato a manifestarsi agli inizi degli anni '90 con bronchiti autunno-invernali sempre più frequenti, problema che ha portato in seguito alla diagnosi di disturbo bronco-ostruttivo asmatico di moderata entità e alla scoperta, nell'aprile 2018, di bronchiectasie a livello del lobo medio della lingua. Queste ultime, considerate le innumerevoli esacerbazioni bronchitiche infettive pregresse, sono da considerare come di origine post-infettiva. Nell'ulteriore decorso è eruibile la presenza di lievi emottisi a partire dal 2010/2012, indizio che può indirettamente fare datare la presenza delle bronchiectasie a partire da questo periodo, probabilmente già colonizzate allora da pseudomonas aeruginosa, ufficialmente isolata la prima volta nel giugno 2018 e persistente a tutt'oggi. È molto probabile che le emottisi intermittenti provengano dalle bronchiectasie nell'ambito della sovra-infezione a pseudomonas aeruginosa, effetto che spiegherebbe anche il miglioramento sia delle esacerbazioni bronchitiche che delle emottisi sotto trattamento antibiotico.". Questa quindi la sua conclusione: " (...) non potendo oggettivare fattori intrinseci della paziente che possano aver favorito lo sviluppo di bronchiti ricorrenti che hanno portato alla formazione di bronchiectasie che nel decorso si sono colonizzate con pseudomonas aeruginosa divenendo sintomatiche oltre che con le infezioni ricorrenti anche con emottisi intermittenti – anche se non lo posso dimostrare – ritengo molto probabile che l'esposizione cronica ad esalazioni di acrilati ed ev. a solventi (smacchianti) possa aver contribuito allo sviluppo dell'asma bronchiale che poi si è complicata con il decorso descritto sopra. Ritengo dunque che vi sia una buona probabilità che la "malattia respiratoria della paziente" abbia anche un'origine professionale ." (doc. 31 – il corsivo è del redattore) La documentazione acquisita nel frattempo, è stata valutata dalla dott.ssa _____, spec. in medicina interna e del lavoro. Ella ha in particolare dichiarato che, in base ai dati raccolti, una causa professionale appariva evidente (" naheliegend "). Tuttavia, la fiduciaria dell'amministrazione si è ancora riservata di consultare anche la pregressa documentazione medica proveniente dall'Italia (" Die Versicherte war dort regelmässig in Behandlung und bin ich überzeugt, es gibt einen pneumologischen Bericht wahrscheinlich aus den Jahren 2017 oder 2018 unf evtl. auch früher .") (doc. 34). La dott.ssa _____ ha in seguito più volte sottolineato la necessità di disporre della pregressa documentazione medica riguardante i polmoni e la sfera ORL, invitando l'amministrazione a procurarla (cfr. doc. 41 e 64). Ai fini della raccolta dei dati mancanti, il 21 settembre 2020 l'assicurata è stata di nuovo sentita da un funzionario dell'CO 1, e ciò con particolare riferimento all'incendio

scoppiato attorno al 1990 presso la ditta _____ di _____ (circostanza emersa dal rapporto del dott. _____). A questo proposito, l'insorgente ha riferito che "lo stabile era strutturato con il reparto cravatte al piano terra, mentre la produzione di camicie, gonne, pantaloni, si trovava al primo piano. Un giorno era scoppiato un incendio durante la notte (partito dalla zona cravatte) con fumi che avevano raggiunto anche i piani superiori (anche attraverso i vari montacarichi) e quindi era stato necessario sgomberare tutti gli abiti rovinati, pulire i pavimenti e tutti i macchinari. Nel rogo erano bruciati anche vari prodotti chimici (collanti per camice o cravatte, solventi, prodotti di pulizia). Ricordo che avevo lavorato una decina di giorni allo sgombero e pulizia delle zone coinvolte. Dopo questi 10 giorni i superiori ci avevano intimato di rimanere a casa poiché vi era la possibilità di rimanere esposti ad inalazioni di sostanze tossiche ambientali durante il lavoro di bonifica. Durante questo periodo non avevamo indossato mascherine protettive. Sul momento non avevo accusato particolari fastidi respiratori ma nel periodo successivo si erano lentamente presentati i primi disturbi respiratori che inizialmente erano stati banalizzati. Come già comunicato al momento del precedente incontro, a quel tempo era stata diagnosticata una bronchite che poi si era scatenata ancora regolarmente negli anni successivi. Avevo effettuato un primo controllo pneumologico ad _____ una trentina di anni or sono. A quel tempo lo specialista aveva già indicato che i polmoni sembravano piuttosto compromessi. Nonostante questo, avevo sempre banalizzato la problematica, continuando a lavorare regolarmente. Inizialmente avevo banalizzato il problema e non avevo tenuto i vari documenti medici concernenti le visite mediche effettuate anni addietro. Ho invece fornito alla CO 1 tutta la documentazione medica in mio possesso." (doc. 67). Sempre a tale riguardo, il Settore chimica, fisica e ergonomia dell'CO 1 ha interpellato il curatore fallimentare (già direttore) della _____, il quale ha rilevato che "... molti anni fa c'è effettivamente stato un piccolo principio di incendio ma non si rammenta in che anno esattamente. Mi ha inoltre confermato che lo stabile giallo sulla foto è stato ristrutturato e sono state fatte delle analisi sui materiali senza trovare tracce di amianto o altre sostanze dannose per la salute. Questo perché lo stabile era stato costruito da un famoso architetto che già pensava al benessere degli utilizzatori." (doc. 74, p. 1). Risulta pure che è stato contattato il Comandante dei Pompieri di _____, _____, attivo sin dal 1982 e già abitante di _____, il quale ha affermato di non ricordare "... di un incendio presso la fabbrica che potete vedere nella foto sotto (lo stabile _____ sulla sinistra è nel frattempo stato demolito). Il sig. _____ è stato molto gentile e ha consultato gli archivi dei pompieri per gli anni 1989-92 ma non ha trovato traccia di un incendio in una fabbrica di _____. Se potessimo avere una data precisa lo potrei comunque ricontattare. Da notare che fino al '92 esisteva ancora anche la _____ ma non ho trovato niente nemmeno in merito a questa ditta. In merito alla valutazione dell'esposizione a solventi e colle è praticamente impossibile dare un parere visto che non ci sono dati consolidati in merito a questo tipo di attività (tessile)." (doc. 74, p. 2). Su invito della dott.ssa _____ (cfr. doc. 77), l'amministrazione ha sottoposto all'insorgente alcune domande inerenti al suo coinvolgimento nei lavori di bonifica che hanno fatto seguito all'incendio. Ella ha dichiarato di aver partecipato ai lavori in questione per la durata di circa 10 giorni, che i lavori hanno riguardato tutti i locali aziendali (sia del piano inferiore che di quello superiore), di aver innanzitutto "... ritirato tutti i capi che erano già pronti oppure che erano in fase di lavorazione e che sono stati buttati in quanto l'incendio ed il fumo li aveva danneggiati irreparabilmente. Poi abbiamo proceduto alla pulizia dei mobili, dei macchinari presenti negli spazi aziendali, dei pavimenti, dei muri e dei vetri. Ricordo

che era stata chiamata anche una ditta per aiutarci nelle pulizie ma non ne ricordo il nome”, di non ricordare dove si trovava il locale adibito allo stoccaggio dei prodotti per le pulizie, che ogni piano disponeva dei propri prodotti (colle, solventi, ecc.), di confermare che, terminati i lavori di bonifica, il datore di lavoro ha obbligato coloro che vi avevano partecipato a starsene a casa per alcuni giorni “... in quanto si erano accorti che le condizioni ambientali e le sostanze che stavamo respirando potevano essere nocive per la nostra salute” e, infine, di non essere entrata in ditta durante l’incendio (doc. 83). Il Settore chimica, fisica e ergonomia dell’CO 1 ha quindi proceduto alla valutazione dell’esposizione alla noxa (esposizione a sostanze chimiche dannose per la salute durante le attività di operaia tessile e esposizione ai fumi dopo l’incendio presso _____ ad _____ nel 1990 circa), pervenendo alle seguenti conclusioni: “ (...) L’esposizione ad esalazioni di colle e smacchiatori dell’assicurata a partire dal 2000 è da considerare come minima, vista l’esigua quantità di sostanze, la loro natura e tempo di utilizzo. Inoltre, dal 2008 l’assicurata non ha più effettuato lei stessa lavori del genere. Prima degli anni 2000, quindi circa durante 25 anni di attività dell’assicurata, l’esposizione a colle e solventi clorato è stata probabilmente maggiore (ad esempio durante l’applicazione manuale delle colle in assenza di tessuti pre-impregnati). Questa però è comunque da ritenere sotto i limiti di esposizione sul posto di lavoro per i vari solventi contenuti nelle colle e negli smacchiatori, visto il numero esiguo di operazioni di smacchiatura necessarie, le quantità esigue di colle utilizzate per capo e le temperature di lavoro. L’esposizione alle polveri dell’incendio durante i dieci giorni di pulizia e ripristino è difficilmente quantificabile. Si esclude comunque che siano bruciate grosse quantità di materiale plastico e sostanze chimiche con conseguente emissione di diossine, furani e benzo(a)pirene poi depositate sulle superfici e inalate dall’assicurata.” (doc. 87) Con rapporto dell’8 marzo 2021, la dott.ssa _____ ha osservato che, sebbene la ricorrente sia certamente entrata in contatto con sostanze irritanti per le vie respiratorie, in base alla valutazione del Settore chimica, fisica e ergonomia, è poco verosimile che la loro quantità sia stata inusualmente elevata. Inoltre, non vi sono indizi a favore del fatto che la pneumopatia ostruttiva potrebbe essere insorta a dipendenza di un’esposizione professionale. Secondo la letteratura medica, le cause di un’asma bronchiale e, in particolare, anche delle bronchiectasie sono preponderantemente extra-professionali. Sulla scorta della documentazione a disposizione non può essere riconosciuta un’eziologia professionale. L’asma bronchiale interessa circa il 10% della popolazione. Si tratta quindi di una patologia molto diffusa. Dell’asma bronchiale si distinguono forme endogene e allergiche, come pure forme tossico-irritative. Si presume che soltanto il 15% di tutte le malattie asmatiche in età adulta sia imputabile a un’esposizione professionale. Le restanti forme asmatiche, quindi l’85%, non sono causate dalla professione. Di conseguenza, il presupposto di una preponderante o prevalente verosimiglianza non è realizzato. In particolare, senza poter prendere conoscenza di tutti i dati anamnestici dell’assicurata, l’esistenza di una causa professionale rimane tutt’al più possibile (doc. 90). Nel quadro della procedura di opposizione, il patrocinatore dell’insorgente ha prodotto un ulteriore referto, datato 22 aprile 2021, del dott. _____, per il quale “vi sono dati oggettivi come i valori della funzionalità respiratoria che evidenziano danni permanenti ai polmoni con ostruzione e lesioni alveolo-bronchiali. I danni sono irreversibili e confermano una malattia professionale senza ombra di dubbio.” (doc. 96, p. 9). Con apprezzamento del 14 giugno 2021 la dott.ssa _____ ha preso posizione, in particolare, sul parere del medico curante specialista. Ella ha rilevato di non voler contraddire il fatto che l’assicurata abbia lavorato per 42 anni nell’industria tessile e

respirato fibre di cotone o lino, come pure colle e solventi. A suo avviso, il nesso di causalità tra il refertato quadro morbosus e l'esposizione appena citata è piuttosto possibile ("durchaus möglich"). Con riferimento al preteso riconoscimento di una malattia professionale, la fiduciaria ha sostenuto che l'assicurata non soffre soltanto di una BPCO ma presenta pure una componente asmatica, così come è stato accertato dal dott.

_____ . Ella ha quindi ribadito quanto già esposto nel suo precedente rapporto a proposito del tasso d'incidenza delle asma bronchiali. Tenuto conto dell'assenza di dati anamnestici completi, la dott.ssa _____ ha confermato che un nesso di causalità tra la malattia annunciata e l'esposizione subita nell'industria tessile, è da considerare come tutt'al più possibile. La semplice constatazione di un'esposizione a una sostanza prevista nella lista non è sufficiente per concludere all'esistenza di un nesso di causalità tra la diagnosi e la sostanza in questione. In ogni caso, non in base alla documentazione a disposizione (doc. 99). Nell'aprile 2022, il dott. _____ ha proceduto a un dosaggio sierico dell'alfa-1-antitripsina, risultato normale, ciò che ha permesso di escludere un'origine ereditaria della patologia polmonare presentata dall'assicurata (cfr. doc. 141). Con apprezzamento del 14 giugno 2022, la dott.ssa _____ ha riferito di aver discusso della fattispecie in seno al team di medicina del lavoro dell'CO 1 e di dover confermare la sua valutazione del giugno 2021. Il fatto che un'asma oppure le bronchiectasie che ne sono eventualmente derivate, vengano causate dall'attività professionale nell'industria tessile, è da considerare come tutt'al più possibile in base all'epidemiologia, rispettivamente, sempre secondo i dati epidemiologici, è da ritenere molto più verosimile che tali patologie siano da imputare a fattori extra-professionali. Siccome la documentazione medica a disposizione non consente una valutazione individuale del caso concreto, l'esistenza di una malattia professionale è soltanto possibile (doc. 143). Con referto del 9 luglio 2022, il dott. _____ ha osservato, con riferimento al contenuto della decisione su opposizione, che "non si capisce perché la paziente venga etichettata affetta da asma bronchiale quando è affetta da broncopneumopatia cronica ostruttiva a genesi professionale. Infatti è derimente la funzionalità respiratoria a voi presentata ove: vi sono dati oggettivi come i valori della funzionalità respiratoria che evidenziano danni permanenti ai polmoni con ostruzione e lesioni alveolo-bronchiali. I danni sono irreversibili e confermano una malattia professionale senza ombra di dubbio. (...). Conclusioni: la relazione della CO 1 è in contraddizione ammettendo l'asma bronchiale, ma continua impropriamente a etichettare la paziente affetta da asma bronchiale mentre la paziente come dimostra la TAC del torace e la funzionalità respiratoria è affetta da broncopneumopatia cronica ostruttiva. Normale il dosaggio dell'alfa 1 antitripsina. Come la dr.ssa _____ sa, l'asma è reversibile alla funzionalità respiratoria mentre non lo è la broncopneumopatia cronica ostruttiva. Quindi esiste la certezza che il lavoro svolto è stata la causa della malattia professionale senza ombra di dubbio per i criteri clinici, strumentali e secondo la letteratura della medicina del lavoro ." (doc. 148, p. 1-2 – il corsivo è del redattore). L'amministrazione ha chiesto alla dott.ssa _____ di pronunciarsi in merito alle obiezioni sollevate dal medico curante specialista della ricorrente. Con apprezzamento del 27 settembre 2022, la fiduciaria ha innanzitutto affermato di poter seguire il dott. _____ laddove sostiene che l'assicurata presenta una BPCO, ma di ritenere che ella soffra pure di una componente asmatica. D'altro canto, ella ha citato una presa di posizione ufficiale del 2010 della American Thoracic Society sul tema " Novel risk factors and the global burden of chronic obstructive pulmonary disease ", in base alla quale: " (...) COPD hat keine klinische Unterkategorie, die eindeutig als berufsbezogen identifiziert werden kann, vor allem weil sich der Zustand

lento e, da che l'obstruzione delle vie respiratorie cronica è, non retrocedibile, se non si interrompe l'esposizione. Inoltrando una "diagnosi di COPD" da parte dei medici clinici è raro; questa situazione è in netto contrasto con l'asma professionale, che è più riconosciuta. La dimostrazione di un rapporto tra l'esposizione professionale e la COPD può essere fatta attraverso studi epidemiologici a causa di più fattori che sono difficili. Primo, la COPD ha etiologie multifattoriali, con fattori endogeni (e per lo più sconosciuti) e non professionali fattori ambientali che determinano il rischio. Secondo, in contrasto con i lavoratori con pneumoconiosi possono essere persone con COPD a causa di esposizioni professionali non differenziate da quelle di coloro che hanno la malattia a causa di altre ragioni. Terzo: molti lavoratori con COPD sono esposti contemporaneamente al fumo di tabacco (diretto e passivo) e ad irritanti sul posto di lavoro. Quarto, i lavoratori esposti all'inizio dello studio tendono a essere più sani e con una migliore funzione polmonare rispetto alla popolazione generale, il cosiddetto "effetto del lavoratore sano". Quinto, gli studi sui lavoratori tendono a essere limitati a una "popolazione di sopravvissuti", poiché non è possibile valutare o sorvegliare i lavoratori che hanno lasciato il loro posto di lavoro...". La dott.ssa _____ ha quindi riconosciuto che l'assicurata è stata senza dubbio esposta a polveri tessili. A suo avviso, però, in Svizzera la ricorrente non è stata esposta a fibre grezze di cotone, canapa o lino. L'insorgenza di un'asma oppure anche di una BPCO complicata da successiva bronchiectasia su infezioni ricorrenti è naturalmente possibile, e su questo aspetto la fiduciaria condivide il parere del dott. _____. Nella fattispecie, non è possibile ricostruire come sono insorti questi quadri patologici siccome fa completamente difetto la documentazione medica pregressa. Sempre secondo la dott.ssa _____, la verosimiglianza richiesta dall'art. 9 cpv. 1 LAINF per poter assumere tali patologie non può essere dimostrata né fondandosi sugli studi epidemiologici né in base a una valutazione individuale del caso. Il caso è stato annunciato all'CO 1 allo stadio finale di una malattia presente da decenni, cosicché è molto difficile dimostrare il nesso di causalità con la verosimiglianza richiesta dalla legge (doc. V 1). In corso di causa, il rappresentante dell'assicurata ha prodotto un ulteriore rapporto del dott. _____, del seguente tenore: " (...) La signora RI 1 è seguita da diversi anni dallo scrivente per la sua patologia polmonare cronica. È affetta da broncopneumopatia cronica ostruttiva. Affermare che la paziente non ha fornito dati completi è falso. Infatti ha fornito tutto quanto gli è stato richiesto, diverse TAC torace, funzionalità respiratoria globale con test di reversibilità, emogas analisi, esiti di broncoaspirato eseguito in videobroncoscopia. Pensando ad una malattia congenita il medico del lavoro svizzero ha pure richiesto il dosaggio dell'alfa 1 antitripsina risultata nella norma. Ci si chiede che cosa avrebbe dovuto allegare oltre a quello presentato. La sentenza (in realtà si tratta della risposta di causa presentata dall'CO 1, n.d.r.) afferma che le valutazioni di medici stranieri devono essere considerate con riserva ... le basi di valutazione all'estero sono spesso diverse da quelle conosciute in Svizzera ma questo esula dalla diagnosi della patologia che è identica in tutta Europa (...). Affermare che l'asma conduce ad una BPCO come in questo caso è falso in quanto la paziente non ha l'asma ma la broncopneumopatia cronica ostruttiva in quanto l'ostruzione bronchiale non è più completamente reversibile come dimostrato dalla funzionalità respiratoria globale e dal test di reversibilità. Conclusioni: la signora RI 1 è affetta da broncopneumopatia cronica ostruttiva (COPD) con danni polmonari permanenti che nulla hanno a che fare con l'asma bronchiale. La genesi è sicuramente lavorativa come più volte

affermato dallo scrivente.” (doc. B 1) 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. 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'amministrazione ha negato la natura professionale della patologia polmonare di cui soffre l'insorgente e, pertanto, anche il proprio obbligo a prestazioni al riguardo. In effetti, alla valutazione espressa in proposito

dalla dott.ssa _____ (cfr. supra , consid. 2.6.), su cui si fonda il provvedimento impugnato, non può essere riconosciuta un'affidabilità tale da consentire a questa Corte di decidere, con la necessaria tranquillità, in un senso oppure nell'altro. In questo senso, va innanzitutto rilevato che la valutazione del medico fiduciario appena citato, secondo cui l'esistenza di malattia professionale giusta l'art. 9 cpv. 1 LAINF sarebbe soltanto possibile, appare in contrasto con il parere espresso in proposito dal medico curante specialista (secondo il quale, in base alle informazioni disponibili, la genesi della BPCO è invece - “ senza ombra di dubbio ”, “ sicuramente “ - lavorativa, ritenuto che l'assicurata è stata “ esposta per 42 anni a fibre vegetali (canapa, cotone, lino), solventi e polveri in openspace con 200-300 addetti ”) e dal pneumologo dott. _____ (per il quale, sempre alla luce dei dati disponibili, vi è una “ buona probabilità ” che l'affezione respiratoria in discussione abbia un'origine professionale), quest'ultimo interpellato dall'assicuratore stesso. Del resto, inizialmente era stata la stessa dott.ssa _____ a riconoscere che la natura professionale della patologia appariva “ naheliegend ” (palese) (suo apprezzamento del 6 gennaio 2020). In secondo luogo, va constatato che, per quanto riguarda lo spettro causale, la fiduciaria dell'CO 1 si è limitata ad affermare che, in base ai dati epidemiologici, sarebbe “ ... molto più verosimile che tali patologie siano da imputare a fattori extra-professionali”, senza specificare quali sarebbero le cause concorrenti che entrerebbero in linea di conto per spiegare, nel caso concreto , la genesi della malattia polmonare in discussione, ritenuto che la ricorrente ha dichiarato di non aver mai fumato e di essere stata esposta al fumo passivo soltanto in maniera sporadica, che ella “non presenta né anamnesticamente né a livello para-clinico indizi per meccanismi allergici attivi ai più frequenti pneumo-allergeni” (doc. 31, p. 5) e che il test dell'alfa-1-antitripsina ha escluso l'origine ereditaria (cfr. doc. 141, p. 2). D'altro canto, il TCA segnala che in internet sono pubblicati studi che suggeriscono una correlazione tra le malattie polmonari croniche, in particolare la BPCO, e l'esposizione professionale nell'industria tessile o dell'abbigliamento (cfr., ad esempio, P. Lai/D. Christiani, Long term respiratory effects in textile workers , in: Current Opinion Pulmonary Medicine 2013 Mar; 19(2): 152-157). Inoltre, sempre a proposito dell'affermazione secondo la quale i dati epidemiologici attesterebbero che le patologie di cui è affetta l'insorgente sono prevalentemente provocate da fattori extra-professionali, è utile precisare che, secondo la giurisprudenza citata in precedenza (cfr. supra , consid. 2.4.), il rischio relativo (prevalenza) si ottiene in base al rapporto tra l'incidenza della malattia tra le persone esposte alla noxa (in concreto, i lavoratori dell'industria tessile e dell'abbigliamento) e quella tra le persone non esposte (popolazione in generale). Da ultimo, va segnalato che tra gli stessi rapporti elaborati dalla specialista in medicina del lavoro dell'CO 1 emergono delle contraddizioni. In particolare, in quello datato 14 giugno 2021 ella ha dichiarato di non poter contestare la circostanza secondo la quale, nel quadro della sua attività in campo tessile (svoltasi per la stragrande maggioranza del tempo in Svizzera – cfr. supra , consid. 2.6.), la ricorrente ha inalato fibre di cotone e lino (nonché collanti e solventi), mentre nell'apprezzamento del 27 settembre 2022 la dott.ssa _____ ha (sorprendentemente) sostenuto che in Svizzera l'assicurata non è stata esposta a fibre di cotone, canapa o lino. Alla luce di quanto precede, considerata l'esistenza di dubbi, perlomeno lievi, circa la correttezza dell'apprezzamento enunciato dalla dott.ssa _____, questa Corte ritiene, per maggiore tranquillità, che non si possa prescindere dal procedere a un approfondimento peritale. 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 - dunque successiva a quella pubblicata in DTF 137 V 210 -, emanata in materia di assicurazione contro gli infortuni, il Tribunale federale ha ribadito i principi sviluppati nella DTF 135 V 465, in particolare che, in presenza di dubbi circa l'affidabilità di rapporti allestiti da medici di fiducia, il giudice (cantonale) è libero di scegliere se ordinare direttamente una perizia giudiziaria oppure rinviare gli atti all'amministrazione affinché disponga essa stessa una perizia seguendo la procedura di cui all'art. 44 LPGA: " Um solche Zweifel auszuräumen, wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 135 V 465 E. 4.6 S. 471)." (STF 8C_59/2011, consid. 5.2) 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 LPGA, 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 LPGA): " 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 LPGA; ATF 132 V 368 consid. 5 p. 374; arrêt 8C_401/209 du 9 juin 2020 consid. 5.3.3. et ses références)." (STF 8C_412/2019, consid. 5.4.) (si veda pure la STF 8C_697/2019, 8C_698/2019 del 9 novembre 2020 consid. 4.1; STCA 35.2020.88 dell'8 febbraio 2021 consid. 2.10; STCA 35.2020.70 del 1° marzo 2021 consid. 2.10; STCA 35.2020.100 del 22 marzo 2021 consid. 2.10; STCA 35.2021.12 del 16 giugno 2021 consid. 2.10). Infine, con la pronuncia 8C_445/2021 del 14 gennaio 2022 consid. 4.4, pubblicata in SVR 10/2022 UV n. 34 p. 137 ss., l'Alta Corte ha stabilito che, laddove un tribunale cantonale determini il diritto alle prestazioni facendo capo a un rapporto del medico curante prodotto nel quadro della procedura di opposizione, sebbene ci si trovi in presenza di un caso di applicazione della DTF 135 V 465 che richiede l'intervento di un perito esterno, la causa deve essere rinviata all'amministrazione, e non ai giudici di prime cure, affinché proceda a un complemento istruttorio. È in effetti in primo luogo compito dell'amministrazione disporre degli atti istruttori complementari volti ad accertare d'ufficio tutti i fatti pertinenti e, se del caso, raccogliere le prove necessarie prima di rendere la propria decisione. Nella presente fattispecie, il TCA ritiene soddisfatti i presupposti per un rinvio degli atti all'assicuratore convenuto (cfr. STF 8C_59/2011 del 10 agosto 2011 e DTF 135 V 465), già per il solo fatto che esso ha fondato la decisione impugnata sul solo parere del proprio medico fiduciario. In un caso 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). Per le ragioni già diffusamente esposte al considerando 2.8., si giustifica l'annullamento della decisione su opposizione impugnata e il rinvio degli atti all'amministrazione affinché disponga un approfondimento esterno (art. 44 LPGGA), nella forma di una perizia pneumologica/di medicina del lavoro, volta a stabilire se la patologia polmonare di cui è affetta l'assicurata costituisce, oppure no, una malattia professionale ex art. 9 LAINF. Sulla scorta delle relative risultanze, l'CO 1 si pronuncerà di nuovo sul diritto alle prestazioni dell'assicurata. 2.10. Visto l'esito del ricorso (il rinvio con esito aperto equivale a piena vittoria, cfr., da ultimo, STF 8C_859/2018 del 26 novembre 2018 consid. 5 con rinvio a DTF 137 V 210 consid. 7.1 p. 271 e riferimento), l'CO 1 verserà all'insorgente, rappresentata da un patronato, l'importo fr. 1'000 (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. fbis 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. Secondo l'art. 82a LPGGA (Disposizione transitoria, cfr. RU 2021 358), 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 23 agosto 2022 per cui si applica la nuova disposizione legale. 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 LPGGA du 21 juin 2019, in SZS/RSAS 2/2022 pag. 107).

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