

## **TI\_GERICHTE 35.2023.5 vom 24. April 2023**

TI Tribunale d'appello, 2023-04-24, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_35.2023.5](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2023.5)

FR: TI\_GERICHTE 35.2023.5 du 24 avril 2023

IT: TI\_GERICHTE 35.2023.5 del 24 aprile 2023

### **Regeste**

Decisione con la quale assicuratore ha rifiutato di assumere il caso va annullata, visto che, come riconosciuto in corso di causa dal perito, i disturbi dell'assicurato vanno assunti a titolo di lesione parificata ai postumi di un infortunio

### **Erwägungen**

#### **E. 22**

dicembre 2000; STFA I 623/98 del 26 ottobre 1999. Vedi pure: STF 9C\_807/2014 del 9 settembre 2015; STF 9C\_585/2014 dell'8 settembre 2015). 2.2. A norma dell'art. 6 cpv. 1 Lptca l'autorità amministrativa può, fino all'invio della sua risposta, riesaminare la decisione impugnata. Essa notifica immediatamente una nuova decisione alle parti e la comunica al Tribunale (art. 6 cpv. 2 Lptca). Quest'ultimo continua la trattazione del ricorso in quanto non sia divenuto senza oggetto per effetto della nuova decisione. Se la stessa si fonda su elementi di fatto o di diritto notevolmente differenti, il Giudice delegato assegna al ricorrente un termine di 10 giorni per prendere posizione (art. 6 cpv. 3 Lptca). Questa norma ricalca sostanzialmente l'art. 53 cpv. 3 LPGA che prevede che "l'assicuratore può riconsiderare una decisione o una decisione su opposizione, contro le quali è stato inoltrato ricorso, fino all'invio del suo preavviso all'autorità di ricorso." Secondo dottrina e giurisprudenza, una decisione pendente lite mette fine alla vertenza (e costituisce quindi la base per lo stralcio dai ruoli della procedura ricorsuale; sul punto cfr. Bosshardt/Kölz/Röhl, Kommentar zum Verwaltungsrechts-pflegegesetz des Kantons Zürich, 1999, pag. 737) solo nella misura in cui corrisponde alle richieste del ricorrente. Il litigio sussiste quindi nella misura in cui la nuova decisione non regola tutte le questioni nei sensi voluti dall'insorgente; in tal caso l'autorità di ricorso deve entrare nel merito di quanto è rimasto indeciso, senza che l'insorgente debba impugnare il nuovo atto amministrativo ( DTF 127 V 233 consid. 2.b/bb/, 113 V 237; RCC 1992 pag. 123 consid. 5c; Kieser, ATSG Kommentar, 2010, ad. Art. 53 n. 47 pag. 682). Infatti la nuova decisione è considerata impugnata (" mit angefochten ") unitamente a quella contestata con il ricorso. Il giudice non può entrare nel merito di un ricorso nel frattempo inoltrato (a titolo cautelativo) contro la nuova decisione, ma deve considerarlo come proposta di giudizio (Pfleiderer in: Waldmann/Weissenberger (Hrsg.), VwVG Praxiskommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren, 2009, ad art. 58 n. 46, pag. 1172 con riferimenti dottrinali e giurisprudenziali; Schlauri, Die Neuverfügung lite pendente in der Rechtsprechung des EVG, in: Schaffhauser/Schlauri (Hrsg.), Aktuelle Rechtsfragen der Sozialversicherungspraxis, Schriftenreihe IRP-HSG, 2001, pagg. 193 e 210). Rimangono tuttavia riservate le situazioni soggette alla protezione della buona fede (in argomento: cfr. STF 9C\_809/2013 del 31 gennaio 2013). Infine, nel caso di incertezze o insicurezze a sapere se le richieste ricorsuali corrispondano pienamente alla nuova decisione in modo tale da rendere priva di oggetto la procedura di ricorso, alle

parti – ai fini del loro diritto di essere sentito – va concesso uno scambio di allegati (Pfleiderer, op. cit., ad art. 58 n. 48, pag. 1172 con riferimenti). L'amministrazione non può, invece, rivedere la decisione impugnata dopo aver presentato la risposta di causa ai giudici di primo grado. Una decisione resa dopo questo termine assume anch'essa unicamente il carattere di una proposta indirizzata al giudice, affinché egli decida nei sensi della nuova decisione (Pratique VSI 1994 pag. 281; RCC 1992 pag. 123 consid. 5, RCC 1989 pag. 320 consid. 2a, RCC 1984 pag. 283, DTF 109 V 236; Spira, "Le contentieux des assurances sociales fédérales et la procédure cantonale" in RJN 1984, pag. 23). Nel caso di specie, solo in corso di causa e dopo gli accertamenti disposti dal TCA (di cui si dirà meglio in seguito, cfr. consid. 2.5.), CO 1, con scritto del 31 marzo 2023, ha dichiarato "di prendersi a carico il sinistro" (cfr. doc. XIV). Conformemente alla giurisprudenza sopra citata tale scritto assume il carattere di una proposta indirizzata al giudice affinché egli decida in tal senso. Quindi il contenzioso sussiste ancora, per cui il TCA deve entrare nel merito della vertenza. nel merito 2.3. In concreto, è litigiosa la questione di sapere se l'assicuratore resistente era legittimato a negare il diritto alle prestazioni in relazione al sinistro accaduto l'11 giugno 2022, per il motivo che l'assicurato non sarebbe rimasto vittima di un infortunio ai sensi di legge, né il danno alla salute che ha presentato costituirebbe una lesione parificata ai postumi d'infortunio, oppure no. 2.4. Secondo l'art. 6 cpv. 1 LAINF, per quanto non previsto altrimenti dalla legge, le prestazioni assicurative sono effettuate in caso d'infortuni professionali, d'infortuni non professionali e di malattie professionali. L'assicurazione effettua le prestazioni anche per le lesioni corporali parificabili ai postumi d'infortunio esaustivamente enumerate al cpv. 2 del medesimo articolo. 2.5. Nel caso di specie, è innanzitutto utile segnalare che, nella DTF 146 V 51 consid. 9.1, il Tribunale federale si è chinato segnatamente sulla questione di sapere quale disposizione torna applicabile allorché l'assicuratore contro gli infortuni ha ammesso l'esistenza di un infortunio ex art. 4 LPGa e che l'assicurato soffre di una lesione corporale ai sensi dell'art. 6 cpv. 2 LAINF. La Corte federale ha stabilito che in tale ipotesi, l'assicuratore contro gli infortuni deve prendere a proprio carico le conseguenze della lesione in questione in virtù dell'art. 6 cpv. 1 LAINF. Per contro, in assenza di un infortunio ai sensi di legge, il caso deve essere esaminato dal profilo dell'art. 6 cpv. 2 LAINF. Alla luce di quanto precede, questo Tribunale è tenuto in primo luogo a esaminare se RI 1 è rimasto vittima di un infortunio ai sensi dell'art. 4 LPGa, oppure no. 2.6. L'art. 4 LPGa così definisce l'infortunio: " È considerato infortunio qualsiasi influsso dannoso, improvviso e involontario, apportato al corpo umano da un fattore esterno straordinario che comprometta la salute fisica o psichica o che provochi la morte." Questa definizione riprende, nella sostanza, quella che era prevista all'art. 9 cpv. 1 v.OAINF - disposizione abrogata dall'ordinanza sull'assicurazione contro gli infortuni dell'11 settembre 2002 (RU 2002 3914), in vigore dal 1° gennaio 2003 -di modo che la relativa giurisprudenza continua ad essere applicabile. Cinque sono dunque gli elementi costitutivi essenziali dell'infortunio: " - l'involontarietà - la repentinità - il danno alla salute (fisica o psichica) - un fattore causale esterno - la straordinarietà di tale fattore" (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), Losanna 1992, p. 44-51). Scopo della definizione è di tracciare un chiaro confine tra infortunio e malattia. 2.7. Si evince dalla nozione stessa di infortunio che il carattere straordinario non concerne gli effetti del fattore esterno ma unicamente il fattore esterno in quanto tale (cfr. RAMI 2000 U 374, p. 176). Pertanto, è irrilevante il fatto che il fattore esterno abbia causato delle affezioni gravi o inabituale. Il fattore esterno è considerato come straordinario quando eccede, nel caso concreto, il quadro degli avvenimenti e delle

situazioni che si possono, obiettivamente, definire quotidiane o abituali (DTF 122 V 233 consid. 1, 121 V 38 consid. 1a, 118 V 61 consid. 2b, 118 V 283 consid. 2a; RAMI 1993 p. 157ss, consid. 2a). Vi è infortunio unicamente se un fattore esterno ha agito sul corpo. L'evento deve accadere nel mondo esterno. Quando il processo lesivo si svolge all'interno del corpo umano, senza l'intervento di agenti esterni, l'ipotesi di un evento infortunistico è data essenzialmente in caso di sforzo eccessivo o di movimenti scoordinati. La giurisprudenza esige, perché si possa ammettere il fattore causale di sforzi eccessivi, che essi superino in modo evidente le sollecitazioni cui la vittima è normalmente esposta e alle quali, per costituzione, consuetudine o addestramento, essa è abitualmente in grado di resistere. Da un altro lato, per poter ritenere che lesioni corporali siano state causate da movimenti scombinati o incongrui. Gli stessi devono essersi prodotti in circostanze esterne manifestamente insolite, impreviste e fuori programma. Carente è altrimenti la straordinarietà del fattore esterno causale, con la conseguenza che non tutte le caratteristiche di un infortunio sono realizzate (DTF 122 V 232 consid. 1, 121 V 38 consid. 1a, 118 V 61 consid. 2b, 283 consid. 2, 116 V 138 consid. 3a e b, 147 consid. 2a; RAMI 1993 U 165, p. 59 consid. 3b). 2.8. In concreto, in data 17 giugno 2022, il datore di lavoro dell'insorgente ha annunciato all'assicuratore che l'11 giugno 2022 era accaduto un evento riguardante l'addome. L'evento è così stato descritto: "Spostando un tavolo ha fatto un movimento brusco e avvertito un forte dolore muscolare." (doc. 1) Invitato dall'amministrazione a descrivere nel dettaglio la dinamica dell'evento, l'assicurato ha dichiarato quanto segue: "Spostamento di un tavolo." Egli ha quindi risposto positivamente alla questione di sapere se si fosse trattato di un'attività per lui abituale e se si fosse svolta in condizioni di normalità, mentre ha negato che fosse accaduto "qualcosa di particolare (scivolamento, caduta, ecc. ...)". Il ricorrente ha inoltre precisato che il peso del tavolo era di circa 40 kg. Egli ha infine firmato di proprio pugno il questionario (cfr. doc. 15). In sede di ricorso, l'avv. RA 2 ha fatto valere che durante lo spostamento del tavolo, dalla gamba si è distaccato un elemento, ciò che ha costretto l'assicurato a inaspettatamente sorreggerne il peso (40 kg) per un tempo più lungo del previsto (cfr. doc. I, p. 6 s.). 2.9. Chiamata a pronunciarsi in merito all'esistenza di un infortunio ai sensi di legge, questa Corte rileva che, secondo la giurisprudenza, in presenza di due versioni differenti, la preferenza deve essere accordata alle dichiarazioni che l'assicurato ha dato nella prima ora, quando ne ignorava le conseguenze giuridiche (STF 8C\_186/2017 del 1° settembre 2017, consid. 5.2 e rinvii giurisprudenziali ivi citati). Le spiegazioni fornite in un secondo tempo non possono integrare le prime constatazioni dettagliate, soprattutto se esse le contraddicono (cfr. SVR 2008 UV Nr. 12; RAMI 2004 U 524, p. 546; DTF 121 V 47 consid. 2a, 115 V 143 consid. 3c; RAMI 1988 U 55, p. 363 consid. 3b/aa; STFA del 27 agosto 1992 nella causa M., non pubbl.; RDAT II-1994 p. 189; per una critica, cfr. U. Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, Zurigo 1999, p. 217, n. 546). Una "dichiarazione della prima ora", a cui attribuire un particolare valore probante, non è data qualora la prima descrizione in forma scritta della dinamica dell'infortunio, ha avuto luogo lungo tempo dopo l'evento in questione. Al proposito, occorre osservare che la capacità di ricordarsi soprattutto delle particolarità di un determinato avvenimento, si smorza relativamente presto. Una descrizione dell'infortunio fornita per la prima volta, dopo mesi, non può perciò essere a priori considerata più affidabile rispetto a versioni dei fatti presentate ancora più tardi (cfr. STF U 6/02 del 18 dicembre 2002, consid. 2.2.). Tale principio non è, inoltre, applicabile se dall'istruttoria della causa siano da attendersi nuovi elementi cognitivi (cfr. RAMI 2004 U 524, p. 546 consid. 3.3.4; STF U 236/98 del 3 gennaio 2000 e U 430/00 del 18 luglio 2001).

Nulla impedisce pertanto di attenersi a una mutata versione dei fatti se essa risulta maggiormente convincente e corroborata da altri elementi probatori che il richiedente è riuscito a dimostrare con l'alto grado di verosimiglianza richiesto dalla giurisprudenza (DTF 121 V 47 consid. 2a, 208 consid. 6b). Occorre, poi, fondarsi sulla seconda versione quando questa si limita a completare e non contraddice la prima versione (cfr. STF U 33/07 del 20 marzo 2007). In concreto, in ossequio ai principi giurisprudenziali appena esposti, il TCA ritiene di poter fondare la propria valutazione, per quanto concerne la dinamica dell'evento annunciato, su quanto dichiarato dall'assicurato il 24 giugno 2022 (cfr. doc. 15). In quella sede, egli ha affermato che i disturbi erano apparsi spostando un tavolo, che si era trattato di un'attività abituale, che il tutto si era svolto in condizioni di normalità e che non era successo nulla di particolare. È soltanto dopo aver appreso del rifiuto di assumere il caso da parte dell'assicuratore convenuto che, con l'impugnativa (con l'opposizione, l'assicurato non aveva sollevato obiezioni di sorta a proposito della dinamica del sinistro considerata dall'amministrazione – cfr. doc. 55), si è preteso che il ricorrente avrebbe dovuto compiere uno sforzo più prolungato del previsto a causa del distacco di un elemento della gamba del tavolo (cfr. doc. I). In tale contesto, va sottolineato che la prima volta in cui l'assicurato entra in contatto diretto con il proprio assicuratore, è quando egli è chiamato a compilare un questionario del genere di quello che figura agli atti sub doc. 15, ritenuto che spetta al datore di lavoro normalmente notificare all'assicuratore l'infortunio che gli è stato segnalato dal dipendente/assicurato, utilizzando l'apposito modulo (“ Notifica d'infortunio LAINF ”) (cfr. STCA 35.2014.17 del 4 marzo 2015, cresciuta incontestata in giudicato). Da qui l'importanza che rivestono le dichiarazioni fornite dall'assicurato stesso in risposta alle specifiche domande del questionario, volte proprio a chiarire, nel dettaglio, come si è svolto l'evento e secondo quali modalità (per un caso recente in cui la Corte federale ha applicato il principio della “dichiarazione della prima ora”, si veda la STF 8C\_101/2022 del 22 dicembre 2022). Tenuto conto di quanto precede, questo Tribunale constata che non vi è stato l'intervento di un fattore causale esterno, il danno alla salute si è, infatti, manifestato senza che vi sia stato impatto né con altre persone né con oggetti e, d'altra parte, che dalle dichiarazioni dell'assicurato non emerge che egli abbia compiuto né un movimento scombinato del corpo ai sensi della giurisprudenza federale né uno sforzo manifestamente eccessivo (a quest'ultimo riguardo, è utile segnalare che un esame della giurisprudenza federale dimostra che il sollevare, trasportare o spostare pesi inferiori ai 100 kg - trattandosi di assicurati esercitanti attività manuali - non viene considerato sforzo eccessivo - cfr. STF U 252/06 del 4 maggio 2007, STF U 144/06 del 23 maggio 2006, consid. 2.2, U 222/05 del 21 marzo 2006, consid. 3.2 e U 110/99 del 12 aprile 2000, consid. 3). In esito alle considerazioni che precedono, occorre concludere che non sono, in concreto, soddisfatte le severe condizioni poste dalla giurisprudenza federale per poter riconoscere il carattere infortunistico in assenza di un fattore esterno. Non resta dunque che da esaminare se il sinistro del giugno 2022 possa essere posto a carico dell'assicuratore resistente a titolo di lesione parificata ai postumi d'infortunio giusta l'art. 6 cpv. 2 LAINF. 2.10. Giusta l'art. 6 cpv. 2 LAINF, introdotto nel quadro della revisione della Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni, entrata in vigore il 1° gennaio 2017, applicabile al caso di specie visto che l'evento annunciato dall'interessato è accaduto nel giugno 2022, l'assicurazione effettua le prestazioni anche per le lesioni corporali seguenti – fratture (lett. a), lussazioni di articolazioni (lett. b), lacerazioni del menisco (lett. c), lacerazioni muscolari (lett. d), stiramenti muscolari (lett. e), lacerazioni dei tendini (lett. f), lesioni dei legamenti (lett. g) e lesioni del timpano (lett. h) - a condizione che non siano dovute prevalentemente all'usura o

a una malattia. Al riguardo, è utile sottolineare che, rispetto al diritto previgente (cfr. art. 9 cpv. 2 v.OAINF), con il nuovo art. 6 cpv. 2 LAINF il legislatore federale ha rinunciato al criterio del fattore esterno. Nella già citata DTF 146 V 51 (cfr. supra, consid. 2.5.), la Corte federale, avuto riguardo all'applicazione dell'art. 6 cpv. 2 LAINF, ha precisato che, in presenza di una lesione corporale figurante nell'elenco, l'assicuratore è di principio tenuto a corrispondere le prestazioni assicurative, fintanto che non dimostra, con il grado della verosimiglianza preponderante, che la lesione in questione è da ricondurre prevalentemente - ossia in misura maggiore al 50% (consid. 8.2.2.1) - a usura o malattia (consid. 8.2.2 e 9.1). Tale onere probatorio rende, comunque, necessario distinguere tra una lesione corporale parificata di tipo infortunistico (che deve essere assunta dall'assicurazione contro gli infortuni) ed una lesione corporale figurante nella lista, ma causata da usura e malattia (a carico dell'assicuratore contro le malattie). L'apporto della prova liberatoria presuppone che, nell'ambito dell'obbligo di accertamento ex art. 43 cpv. 1 LPG, ricevuta la notifica relativa ad una lesione parificata ad un infortunio (art. 6 cpv. 2 lett. a-h LAINF), l'assicuratore chiarisca le circostanze in cui essa si è verificata. Occorre dunque accertare i dettagli relativi sia alla situazione anteriore, che alla prima comparsa dei disturbi lamentati dall'assicurato e ponderare, dal punto di vista medico, gli elementi che depongono in favore, o a sfavore, di un'origine della lesione dovuta all'usura o alla malattia ed è in tal senso che la questione a sapere se ha avuto luogo un evento iniziale riconoscibile e identificabile continua ad essere determinante al fine di circoscrivere l'obbligo prestativo dell'assicuratore contro gli infortuni rispetto a quello dell'assicuratore contro le malattie. Se lo spettro delle possibili cause è costituito esclusivamente da elementi che parlano a favore di un'usura o di una malattia, ne consegue inevitabilmente che è stata fornita la prova a discarico dell'assicuratore infortuni e non sono necessari ulteriori chiarimenti (consid. 8.6). La prova che una lesione corporale figurante nella lista è dovuta in maniera prevalente all'usura o a una malattia deve essere considerata fornita anche quando un assicuratore contro gli infortuni dimostra che un infortunio secondo l'art. 4 LPG non è in nesso di causalità, nemmeno in minima misura, con la lesione in questione e non esistono indizi che una circostanza avvenuta dopo l'evento potrebbe costituirne una causa possibile (consid. 9.2). Sul tema, si veda pure STF 8C\_267/2019 del 30 ottobre 2019 consid. 6 e STF 8C\_169/2019 del 10 marzo 2020 consid. 5.4 - 5.5. 2.11. Nel caso di specie, nell'ottica di verificare l'esistenza di una delle diagnosi enumerate all'art. 6 cpv. 2 LAINF, questo Tribunale ha ritenuto opportuno interpellare il dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in medicina interna, chiedendogli, con scritto del 20 marzo 2023, di precisare quanto segue: "Le rendo noto che lo scrivente TCA è chiamato a dirimere la vertenza che vede opposta la CO 1 al signor RI 1, a proposito del quale Lei si è pronunciato con apprezzamento del 12 settembre 2022. In quell'occasione Lei, dopo aver posto la diagnosi di "dolore non specifico all'emittoce dx ad insorgenza acuta effettuando uno sforzo in data 11.06.2022", esprimendosi in particolare a proposito della questione a sapere se "la diagnosi rappresenta una lesione parificata ai sensi dell'art. 6 cpv. 2 lett. a-h LAINF" (domanda 2), ha ritenuto che "l'esito degli esami radiologici (radiografie del torace del 17.06.2022, ecografia della parete toracica del 16.08.2022, RM della colonna dorsale del 18.08.2022) permettono di escludere con sicurezza la presenza di lesioni ai sensi dell'art. 6.2 della LAINF. In particolare sono escluse fratture e lesioni muscolari". Ora, dalla documentazione medica, anche specialistica, all'incanto, risulta che l'assicurato, a seguito dell'infortunio, avrebbe riportato un probabile stiramento dei muscoli intercostali dell'emittoce di destra (cfr. diagnosi posta dal dr. \_\_\_\_\_ con referti del 26.08.2022 e dell'8.09.2022; rapporto

medico iniziale del 24.06.2022, rapporto medico intermedio del 23 agosto 2022 e certificato medico del 5 ottobre 2022 della dott.ssa \_\_\_\_\_; rapporto del 17 giugno 2022 del dott. \_\_\_\_\_ del PS di chirurgia dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_). A tale riguardo, Le chiediamo di precisare quanto segue: - uno stiramento muscolare può essere oggettivato grazie agli esami strumentali oggi a disposizione oppure no? Nella negativa, sulla base di quali elementi viene formulata tale diagnosi? In una pregressa procedura, interpellato uno specialista in chirurgia ortopedica e traumatologia, il TCA aveva accertato che uno stiramento muscolare non è necessariamente oggettivabile grazie a una RMN e che la diagnosi viene spesso formulata in base all'anamnesi e all'esame clinico. Condivide questo parere? - per quali ragioni medico-scientifiche Lei esclude, se lo esclude, che nel caso concreto il signor RI 1 abbia riportato uno stiramento muscolare in occasione del sinistro assicurato?" (Doc. VII) Con risposta del 22 marzo 2023, il dr. \_\_\_\_\_ ha fornito le seguenti precisazioni: " Prendendo spunto dalla vostra richiesta, ho riguardato in dettaglio la letteratura medica, da cui risulta effettivamente che la diagnosi di stiramento muscolare può essere posta anche solo sulla base del quadro clinico, senza necessità di evidenziare la lesione di fibre muscolari con esami strumentali. Ne consegue che la mia valutazione sugli atti del 12.09.22 non è corretta e che nel caso concreto siamo effettivamente in presenza di uno stiramento muscolare, che è una lesione corporale secondo l'art. 6.2 della LAINF lettera e, seppure non siano state evidenziate lesioni strutturali. Mando copia della presente all'assicurazione CO 1, che invito a prendere atto della mia rettifica" (Doc. X) 2.12. Chiamato a pronunciarsi, alla luce delle precisazioni fornite dal dr. \_\_\_\_\_ in risposta ai quesiti postigli (cfr. consid. 2.11.), il TCA ritiene di potere concludere che, effettivamente, i disturbi di cui soffre l'assicurato a seguito dell'evento dell'11 giugno 2022 devono essere presi a carico dall'assicuratore LAINF convenuto a titolo di lesione corporale secondo l'art. 6 cpv. 2 lettera e LAINF, con conseguente versamento delle relative prestazioni di legge. Pertanto, il rifiuto da parte di CO 1 di presa a carico dell'evento dell'11 giugno 2022 non può essere ritenuto corretto da parte di questa Corte, come del resto proposto dall'assicuratore stesso con scritto del 31 marzo 2023 (cfr. doc. XIV). In simili circostanze, la decisione su opposizione impugnata va annullata. 2.13. Visto l'esito del ricorso, l'istituto assicuratore verserà all'insorgente, rappresentato da un avvocato, l'importo fr. 2'500 (IVA inclusa) a titolo d'indennità per ripetibili. 2.14. L'art. 61 lett. a LPGA, in vigore fino al 31 dicembre 2020, prevedeva che la procedura deve essere semplice, rapida, di regola pubblica e gratuita per le parti; la tassa di giudizio e le spese di procedura possono tuttavia essere imposte alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. In data 1° gennaio 2021 è entrata in vigore una modifica della LPGA. L'art. 61 lett. a LPGA prevede ora unicamente che la procedura deve essere semplice, rapida e, di regola pubblica. Dalla medesima data è entrato in vigore l'art. 61 lett. f bis LPGA secondo cui in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. Trattandosi di una controversia relativa a prestazioni LAINF, il legislatore non ha previsto di prelevare le spese. 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.