

# TI\_GERICHTE 35.2023.56 vom 12. August 2024

TI Tribunale d'appello, 2024-08-12, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_35.2023.56](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2023.56)

FR: TI\_GERICHTE 35.2023.56 du 12 août 2024

IT: TI\_GERICHTE 35.2023.56 del 12 agosto 2024

## Erwägungen

### E. 1

in relazione ai disturbi alla spalla sinistra. 2.1.1. In concreto, con la decisione formale del 24 giugno 2021, l'assicuratore LAINF resistente non si è pronunciato in merito al proprio obbligo a prestazioni relativo ai disturbi alla spalla sinistra (cfr. supra, consid. 1.4.). Con la decisione su opposizione del 30 maggio 2023, a proposito di quella parte del corpo, la CO 1 ha sostenuto che l'assicurato avrebbe raggiunto lo status quo sine al più tardi il 7 marzo 2022, data della valutazione da parte del dott. \_\_\_\_\_ (cfr. supra, consid. 1.4.). In sede di risposta di causa, trattandosi sempre della spalla sinistra, l'amministrazione ha fatto valere in primo luogo che per gli eventi occorsi negli anni 2021/2022 non vi sarebbe in realtà copertura assicurativa in quanto la polizza stipulata dalla \_\_\_\_\_ sarebbe stata validamente disdetta con effetto al 31 dicembre 2020, in subordine che gli eventi annunciati non costituirebbero un infortunio ai sensi di legge né sarebbero assumibili a titolo di lesione parificata ai postumi d'infortunio, nonché in via ancor più subordinata, facendo capo al parere del proprio consulente medico, che lo status quo sine è stato raggiunto a contare dal 7 marzo 2022 (cfr. doc. VII, p. 7 ss.). Da parte sua, per quanto concerne la pretesa assenza di copertura assicurativa, il patrocinatore del ricorrente obietta in particolare che l'assicuratore non avrebbe fornito la prova che la lettera di disdetta del 24 settembre 2020 sarebbe stata effettivamente ricevuta dal suo destinatario, la ditta \_\_\_\_\_ (doc. XIII, p. 4 s.). A proposito della pretesa inesistenza di un infortunio ex art. 4 LPGGA, l'avv. RA 1 sottolinea, da un lato, che il figlio dell'assicurato è affetto da un disturbo dello spettro autistico, ciò che lo rende "soggetto a movimenti bruschi, improvvisi e inaspettati" e, dall'altro, che il ricorrente, a causa della problematica alla spalla destra, è stato costretto a utilizzare il solo arto superiore sinistro, cosicché all'origine del danno alla salute in discussione vi sarebbe pacificamente un "fatto causale esterno straordinario" (doc. XIII, p. 5 s.). In merito alla pretesa assenza di una lesione parificata, il rappresentante contesta sia che l'insorgente non sarebbe portatore di lesioni previste dall'elenco di cui all'art. 6 cpv. 2 LAINF (doc. XIII, p. 8: "... le predette certificazioni mediche convergono sul fatto che si sia trattato di episodi di natura traumatica che hanno portato a (sub)lussazioni, a lacerazioni, a lesioni, a rotture e a fissurazioni, le quali rientrano tutte nella lista – non esaustiva – di cui all'art. 6 cpv. 2 LAINF.") sia che le lesioni sarebbero imputabili prevalentemente a usura o a malattia (doc. XIII, p. 8 ss.). Infine, riguardo al preteso raggiungimento dello status quo sine, l'avv. RA 1 fa valere che "... avendo il dr. med. \_\_\_\_\_ prima e il dr. med. \_\_\_\_\_ poi stabilito rispettivamente che le problematiche alla spalla sinistra sono in nesso di causalità naturale e adeguato con quelle – di natura infortunistica – la spalla destra e che le due spalle hanno le medesime problematiche, non avendo di contro clinicamente accertato il dr. med. \_\_\_\_\_ l'esistenza di una usura o di una malattia, non si può che concludere anche per la spalla sinistra come da quest'ultimo risposto alla domanda 5.3, pag. 5, doc. 666 (spalla destra), vale a dire: "lo status quo ante vel sine (sia per la spalla destra che per la spalla

sinistra, ndr) non si può più raggiungere.” (doc. XIII, p. 10). 2.1.2. Chiamata ora a pronunciarsi, questa Corte ritiene innanzitutto che la CO 1 non è legittimata a negare ab initio (precisato che il relativo diritto a prestazioni è comunque stato ammesso sino al 6 marzo 2022) la propria responsabilità a proposito dei disturbi alla spalla sinistra in ragione di una pretesa assenza di copertura assicurativa degli eventi accaduti tra il 2021 (12 gennaio e 9 marzo) e il 2022 (20 ottobre). In effetti, ricordato che la disdetta di un contratto è un atto giuridico formatore soggetto a ricezione, nel senso che esso espleta i propri effetti allorquando entra nella sfera d’influenza del destinatario, e che la prova della ricezione della disdetta incombe al suo autore (in caso d’invio raccomandato, egli deve perlomeno dimostrare che il destinatario ha ricevuto l’invito di ritiro - cfr., fra le tante, la STF 4A\_350/2014 del 16 settembre 2014 consid. 2.2), in concreto l’assicuratore convenuto non ha in alcun modo dimostrato che la lettera di disdetta del 24 settembre 2020, che sarebbe stata spedita, secondo quanto indicato sulla lettera medesima, per raccomandata (cfr. doc. 744), sia stata effettivamente ricevuta dalla \_\_\_\_\_, e ciò sebbene gli sia stata concessa la possibilità di farlo (cfr. doc. XXVI e doc. XXVII). In questo senso, l’avv. RA 1 può dunque essere seguito laddove sostiene che “il rapporto contrattuale tra \_\_\_\_\_ e il datore di lavoro del ricorrente non può ad oggi dirsi assolutamente disdetto, posto come non disponendo lo scritto di cui al doc. 743 della prova dell’avvenuto invio, non è comprovato che la disdetta fosse pervenuta al partner contrattuale al più tardi l’ultimo giorno prima dell’inizio del periodo di tre mesi, così come sancito all’art. 10.2 CGA 1/2007 di cui all’art. 804.” (doc. XXIX). Sulla scorta di quanto precede, il TCA deve dunque esaminare qui di seguito se l’amministrazione poteva negare, sempre ab initio, l’assunzione dei tre eventi che hanno interessato la spalla sinistra dell’assicurato, per il motivo che essi non sarebbero costitutivi di un infortunio ai sensi di legge. 2.1.3. 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’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 vOAINF - 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. 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). 2.1.4. Nel caso di specie, il TCA constata che agli atti non figurano gli annunci formali riguardanti gli eventi del 12 gennaio e 9 marzo 2021 e del 20 ottobre 2022 (cfr., in questo senso, doc. 762, p. 6: “Va qui ricordato che gli episodi concernenti la spalla sinistra (gennaio 2021 e 10 marzo 2021) non sono mai stati annunciati ufficialmente come infortuni o ricadute ...”). Le descrizioni degli eventi si evincono dalle certificazioni agli atti della dott.ssa \_\_\_\_\_, curante dell’insorgente e non sono state oggetto di contestazione da parte dell’assicuratore convenuto. Nel rapporto del 15 gennaio 2021 si riferimento a un “evento traumatico di prima sublussazione durante un movimento improvviso e inaspettato del bambino di 16 mesi che stava tenendo in braccio col solo braccio sinistro (destro inutilizzabile)” (doc. 498). Nel referto del 10 marzo 2021 si legge che “questa notte mentre preparava il biberon al bambino (che pesa ca. 13 kg), il bambino si è agitato in braccio e si è ruotato, portando ad extraruotare la spalla sinistra per tenerlo in braccio, la spalla sinistra l’ha sentita lussare.” (doc. 539). Nella certificazione del 25 ottobre 2022, la dott.ssa \_\_\_\_\_ ha dichiarato che “il 10.10.2022 [in realtà si tratta del 20.10.2022, n.d.r. – cfr. doc. XIII, p. 5] teneva in braccio il bambino a sinistra, il bambino giocando si è buttato verso l’indietro e lui nel movimento di trattenerlo ha sentito dolore alla spalla sinistra con probabile sublussazione dell’articolazione della spalla.” (allegato al doc. G). Al riguardo, il TCA rileva che, in una sentenza 8C\_242/2021 del 2 novembre 2021 consid. 7, pubblicata in SVR 10/2022 UV n. 33, riguardante il caso di una mamma diurna che si era vista costretta a repentinamente afferrare un bambino di cinque anni e pesante 20 kg che stava per cadere da una sedia, ciò che le aveva procurato dei dolori al polso destro, il Tribunale federale ha negato l’esistenza di un infortunio ai sensi di legge, per il motivo che non vi era stato l’intervento di un fattore esterno straordinario. L’Alta Corte ha infatti ritenuto che non esistevano circostanze eccedenti il quadro di ciò che i genitori (o le madri diurne) che accudiscono dei bambini piccoli, si trovano a dover affrontare quotidianamente. Tutto ben considerato, occorre ritenere che la conclusione a cui è pervenuto il TF nella pronunzia appena citata, possa trovare applicazione anche nella presente fattispecie. In effetti, secondo questa Corte, il fatto che un genitore si trovi a dover gestire i movimenti, anche repentini ed imprevisti, del bambino che tiene in braccio, non eccede il quadro degli avvenimenti a cui è confrontato quotidianamente un genitore chiamato ad accudire un figlio in ancor tenera età (qual era appunto \_\_\_\_\_, nato nel settembre 2019, al momento in cui sono accaduti i sinistri). La circostanza che al figlio dell’assicurato è stato diagnosticato un disturbo dello spettro autistico non consente di per sé di giungere a una diversa soluzione. Dalla valutazione 29 settembre 2021 del dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in pediatria, emerge segnatamente che \_\_\_\_\_ è sì un bambino che non sta mai fermo, ma che non è solito compiere movimenti inconsueti per l’età (cfr. doc. 673: “Non si rilevano manierismi. Non ci sono connotazioni di aggressività verso altri o verso sé stesso.”). Stante tutto quanto precede, questo Tribunale considera che nel caso di specie non

sia ravvisabile l'intervento di un fattore esterno straordinario, di modo che gli eventi del 12 gennaio e 9 marzo 2021 e del 20 ottobre 2022 non adempiono gli elementi della nozione d'infortunio ai sensi dell'art. 4 LPGGA, così come giustamente rilevato dall'amministrazione. 2.1.5. Vista la conclusione alla quale il TCA è pervenuto al precedente considerando, si tratta ora di esaminare se l'obbligo a prestazioni della CO 1 può essere eventualmente ammesso a titolo di lesione parificata a infortunio. 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, 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. 2.4), 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 LPGGA, 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 (oppure un evento benigno o anodino: cfr., tra le tante, la STCA 35.2022.6 del 4 aprile 2022, consid. 2.4) 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 LPGGA 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 la STF 8C\_267/2019 del 30 ottobre 2019 consid. 6 e la STF 8C\_169/2019 del 10 marzo 2020 consid. 5.4 e 5.5 (cfr., tra le tante, anche la STCA 35.2022.57 del 3 ottobre 2022, consid. 2.9). 2.1.6. Da quanto esposto al precedente considerando emerge che, affinché possa essere ammesso un obbligo a prestazioni fondato sull'art. 6 cpv. 2 LAINF, è necessario che sia provata l'esistenza di una

delle diagnosi esaustivamente elencate dalla disposizione appena citata e che l'assicuratore non sia stato in grado di dimostrare che il danno alla salute diagnosticato è imputabile prevalentemente a malattia o a usura. In concreto, l'istituto assicuratore nega che i disturbi interessanti la spalla sinistra possano essere posti a suo carico a titolo di lesione parificata ex art. 6 cpv. 2 LAINF, facendo essenzialmente capo al parere espresso in proposito del proprio consulente medico (cfr. doc. VII, p. 7). Dalle carte processuali si evince che il dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in medicina interna, si è pronunciato in merito alla problematica riguardante la spalla sinistra, una prima volta con il rapporto del 7 marzo 2022 (doc. 667). In quell'occasione, riferendosi agli esiti dell'artro-RMN del 26 gennaio 2021, egli ha diagnosticato una limitazione funzionale in impingement cronico con artrosi acromio-clavicolare senza lesioni trasmurali della cuffia rotatoria in sublussazioni articolari sempre autoridotte, precisando che l'accertamento in questione "è superiore per quanto riguarda il documentare lesioni trasmurali della cuffia rotatoria mentre che l'ecografia funzionale è superiore nel visualizzare restringimenti dinamici dello spazio subacromiale" (da notare in proposito che l'ecografia del 21 gennaio 2021 aveva mostrato un quadro compatibile con una rottura inserzionale anteriore del sovraspinato, una lacerazione inserzionale del sottoscapolare, un'instabilità del tendine bicipitale – doc. 509). Interrogato in merito all'eziologia dei disturbi diagnosticati, il dott. \_\_\_\_\_ ha sostenuto trattarsi di una "conseguenza di usura, movimenti inappropriati ripetitivi sopra l'orizzontale e quindi deterioramento muscolare della cuffia rotatoria in predisponente artrosi AC con segni di impingement sub acromiale senza indizi per rotture trasmurali della cuffia rotatoria. Il nesso di causalità dei pregiudizi alla salute attualmente ancora presenti alla spalla sinistra è quindi da ritenere ora solo possibile con questi eventi subiti [si trattava degli eventi occorsi il 12 gennaio e il 9 marzo 2021 – cfr. supra, consid. 2.1.4.]". Il fiduciario dell'assicuratore ha infine dichiarato raggiunto lo status quo sine a far tempo dal 26 gennaio 2021, data in cui è stata effettuata l'artro-RMN. Con apprezzamento del 21 novembre 2022, il dott. \_\_\_\_\_ ha ribadito "la presenza di una lesione non trasmurale della cuffia rotatoria a gennaio 2021 che de facto all'ecografia del marzo 2021 ha presentato evoluzione ed evidenza a giugno 2021 in evoluzione in capsulite retrattile funzionale come dalla visita dell'ortopedico Dr. med. \_\_\_\_\_" e che un'artro-RMN della spalla è maggiormente affidabile nel documentare lesioni trasmurali della cuffia dei rotatori (rispetto all'ecografia). Inoltre, rispondendo a un'obiezione del patrocinatore dell'assicurato, il medico consulente ha escluso che vi sia contraddizione "con quanto da me riportato con problematiche degenerative edematose dell'articolazione acromioclavicolare in impingement funzionale predisponente e questo tipo di lesioni presenti specialmente in una spalla costantemente sollecitata nel passato per attività sportive di impatto in palestra ed ora con movimenti improvvisi inaspettati per accudire al figlio autistico in posizioni anche inergonomiche." (doc. 745). Infine, in data 4 settembre 2023 (cfr. doc. 774), lo specialista in medicina interna consultato dall'amministrazione ha innanzitutto negato che, a margine degli eventi 12 gennaio 2021 e 20 ottobre 2022, RI 1 abbia riportato una lesione parificata a infortunio ("No. Una sublussazione articolare non è una lesione da assumere secondo l'art. 6.2 Lainf", rispettivamente "No"). D'altra parte, trattandosi dell'evento del 9 marzo 2021, egli ha risposto semplicemente "Sì" alle domande tendenti a sapere se l'insorgente avesse subito una lesione parificata e, nell'affermativa, se quest'ultima fosse riconducibile prevalentemente a malattia o a usura. Infine, il dott. \_\_\_\_\_ ha confermato che il ricorrente ha raggiunto lo status quo sine al più tardi il 7 marzo 2022 ("Sì, lo confermo"). 2.1.7. 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; U. 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). 2.1.8. Chiamato ora a pronunciarsi, attentamente vagliato l'insieme della documentazione a sua disposizione, questo Tribunale ritiene che i referti elaborati dal dott. \_\_\_\_\_ (cfr. supra, consid. 2.1.6.) non gli consentano di escludere, con la necessaria tranquillità, che in concreto possa trovare applicazione il disposto dell'art.

## E. 6

cpv. 2 LAINF. In questo senso, deve essere innanzitutto ribadito che l'amministrazione non contesta che gli eventi del 12 gennaio e 9 marzo 2021 e del 20 ottobre 2022 siano effettivamente accaduti secondo le modalità descritte nelle rispettive certificazioni del medico curante dell'insorgente (cfr. supra, consid. 2.1.4.). Fatta questa premessa, secondo il TCA, la valutazione della fattispecie effettuata dal medico fiduciario della CO 1 non soddisfa le condizioni richieste dalla giurisprudenza federale per attribuire pieno valore probatorio a un rapporto medico (cfr. supra, consid. 2.1.7.). Le indicazioni da lui fornite all'assicuratore resistente appaiono in effetti eccessivamente concise, talvolta persino apodittiche, in ogni caso superficiali, non essendo corredate da una sufficiente motivazione medico-scientifica. In particolare, per quanto concerne il sinistro del 20 ottobre 2022, il dott. \_\_\_\_\_ ha negato che in quell'occasione l'assicurato avrebbe riportato una lesione parificata a infortunio (verosimilmente a fronte della diagnosi di sublussazione contenuta nella certificazione 25 ottobre 2022 della dott.ssa \_\_\_\_\_; si veda in questo senso la risposta da lui fornita a proposito dell'evento del 12 gennaio 2021 – cfr. supra, consid. 2.1.6.), omettendo tuttavia di pronunciarsi sugli esiti dell'artro-RMN del 4 novembre 2022, esame che ha oggettivato, segnatamente, la rottura dei legamenti gleno-omerali superiore e medio (cfr. doc. CC). Come tale, il danno alla salute appena menzionato, non refertato dalla precedente artro-RMN (26 gennaio 2021), ricade indiscutibilmente sotto la lettera g dell'art. 6 cpv. 2 LAINF ("lesioni dei legamenti"). Il fiduciario avrebbe quindi dovuto discuterne l'eziologia, rispondendo finalmente alla questione di sapere se la causa prevalente è o meno costituita da uno o l'altro degli eventi annunciati, segnatamente da quello occorso in data 20 ottobre 2022. Nei suoi apprezzamenti non vi è traccia che ciò sia stato fatto. È persino lecito dubitare che il dott. \_\_\_\_\_ fosse a conoscenza dell'accertamento in questione, visto che nei suoi rapporti 21 novembre 2022 e 4 settembre 2023 non se ne fa menzione. Tutto ben considerato, in merito alla questione di sapere se i disturbi alla spalla sinistra dell'assicurato possano essere posti a carico della CO 1 a titolo di lesione parificata ex art. 6 cpv. 2 LAINF (anche oltre il mese di marzo 2022, dato che sino a quel momento l'assicuratore ha riconosciuto il proprio obbligo a prestazioni, cfr. supra, consid. 1.4.), emergono dunque elementi suscettibili di generare dei dubbi, perlomeno lievi, circa l'affidabilità dei referti medici sui quali l'istituto resistente ha fondato la decisione impugnata, dubbi che inducono il TCA a scostarsene. 2.1.9. 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 pronuncia, 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 Beweismassnahme 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 LPG: " 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 LPG, 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 LPG): " 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 LPG; 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 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 (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 adempiuti 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 (trattandosi della problematica riguardante la spalla sinistra) sul solo parere del proprio medico consulente. Già per le ragioni diffusamente esposte al considerando 2.1.8., si giustifica pertanto l'annullamento della decisione su opposizione impugnata e il rinvio degli atti all'assicuratore resistente affinché disponga una perizia specialistica esterna (art. 44 LPG) volta in ultima analisi a determinare se i disturbi interessanti la spalla sinistra sono a carico della CO 1 (a titolo di lesione parificata) anche oltre il mese di marzo 2022 e, se del caso, a definire la loro incidenza (unitamente agli altri disturbi in relazione causale con gli eventi da essa assicurati) sulla capacità lavorativa residua del ricorrente e sull'entità della menomazione dell'integrità. Stante quanto precede, considerato che non è dato prevedere quale sarà l'esito del complemento istruttorio che dovrà essere esperito dall'amministrazione, questo Tribunale è impossibilitato a pronunciarsi sulle pretese formulate con il ricorso, in primo luogo su quelle tendenti al riconoscimento di una rendita d'invalidità (il danno alla spalla sinistra, qualora ne venisse accertata l'eziologia traumatica, potrebbe avere un'incidenza sulla valutazione dell'esigibilità lavorativa e, di conseguenza, sulla determinazione del grado dell'invalidità) e di un'IMI (aggiuntiva). 2.2. A titolo

abbondanziale, e per motivi di economia processuale, il TCA ritiene utile fornire alcune indicazioni in merito a taluni degli aspetti contestati. Trattandosi dei disturbi al piede destro, al rachide cervicale e al polso/gomito sinistro, nonché delle turbe psichiche, si costatata che, nonostante gli fossero stati tempestivamente segnalati (cfr., per esempio, i doc. 655, 656, 660, 673), l'assicuratore resistente non ha compiuto alcun accertamento in merito alla diagnosi, alla relativa eziologia e, se del caso, alla stabilizzazione, al diritto alla rendita e all'IMI (dalle tavole processuali non risulta che al riguardo abbia interpellato anche soltanto il proprio consulente medico), non pronunciandosi in proposito né con la decisione formale né con quella su opposizione qui impugnata. L'amministrazione è dunque invitata a porvi rimedio nel contesto della procedura che farà seguito al presente giudizio, e ciò al fine di evitare che si debba poi procedere a un eventuale ulteriore rinvio. Comunque, a proposito della problematica al piede destro, questa Corte segnala che dal rapporto 3 febbraio 2022 del PD dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia, si evince che l'assicurato è in realtà affetto da un "pes adductus congenito insieme a un genu varum che ha provocato diverse storte del retropiede bilateralmente ma soprattutto a destra, lato dove si sente sempre meno sicuro" e che lo specialista consultato aveva proposto una correzione della statica mediante lateralizzazione del tuber calcanei e osteotomia di medializzazione del I. metatarso con abduzione dell'articolazione metatarso-falangea (allegato all'incarto UAI). Per quanto riguarda i disturbi al rachide cervicale, dalla documentazione a disposizione risulta che essi sono ampiamente preesistenti agli eventi qui in discussione (il primo dei quali è in effetti accaduto nel dicembre 2016 – cfr. supra, consid. 1.1.). Ad esempio, dal rapporto 22 agosto 2013 del dott. \_\_\_\_\_, a quel momento curante, si evince che RI 1 aveva riportato nel settembre 2012 un "trauma distorsivo, colpo di frusta cervicale" e nel novembre dello stesso anno un "trauma contusivo della muscolatura paravertebrale cervicale" (allegato all'incarto UAI). Dal referto 24 maggio 2016 della Casa di cura \_\_\_\_\_ emerge che nel novembre 2014 il ricorrente era rimasto vittima di un "infortunio sul lavoro con trauma distorsivo del rachide cervicale" e che a dicembre 2015/gennaio 2016 era insorta una "cervicobrachialgia bilaterale (++) dx)", poi aggravatasi a seguito di un incidente stradale avvenuto nell'aprile 2016. Risulta inoltre che una RMN del 25 marzo 2016 aveva evidenziato la presenza di ernie discali a livello di C3-C4 e C5-C6, come pure di una protusione a livello di C6-C7 (allegato all'incarto UAI). Con rapporto del 6 luglio 2016, la dott.ssa \_\_\_\_\_, Caposervizio presso il Servizio di neurologia dell'Ospedale \_\_\_\_\_, ha diagnosticato delle "cervicalgie croniche su tensione muscolare paraspinale nucale dopo traumi multipli", precisando che la sintomatologia era a suo avviso imputabile all'infortunio occorso nel 2014 (allegato all'incarto UAI). Dalla STCA 35.2018.82 del 16 dicembre 2019, emanata nel contesto di una vertenza tra l'assicurato e un altro assicuratore LAINF riguardante l'infortunio del novembre 2014, fondata essenzialmente sulle risultanze di una perizia giudiziaria pluridisciplinare elaborata dal \_\_\_\_\_ nell'ottobre 2019, si evince segnatamente che "dal punto di vista reumatologico il P., già prima dell'evento infortunistico del 23.11.2014, rispettivamente dopo, è stato vittima di diversi infortuni, portanti a dolori al rachide cervicale e dorsale attualmente presenti, con limitazioni funzionali del rachide, attualmente assenti, in presenza di alterazioni degenerative plurisegmentali al rachide cervicale; si può dunque affermare che lo stato di salute del P., per le patologie di pertinenza peritale reumatologica, è simile a quello immediatamente precedente all'infortunio; lo status quo sine va considerato raggiunto dopo 6 mesi dall'evento infortunistico del 23.11.2014, vale a dire il 23.5.2015. Si può anche affermare che lo stato di salute del P., sempre per le patologie di stretta

competenza peritale reumatologica, corrisponde a quello che avrebbe manifestato prima o dopo, indipendentemente dall'incidento, come naturale evoluzione della sua condizione pregressa. Dal punto di vista neurologico il P. aveva già avuto prima dell'evento del 23.11.2014 dolori cervicali in seguito ad un trauma distorsivo avvenuto nel 2012 e poi risolto. Comunque anche in relazione a quel trauma non si erano verificate lesioni neurologiche maggiori." (pronuncia consultabile sul sito sentenze.ti.ch). Trattandosi dei disturbi psichici, il TCA segnala che l'indicazione, riportata nella perizia amministrativa oftalmologica, secondo la quale l'insorgente non avrebbe mai sofferto di turbe psichiche (cfr. doc. 750, p. 6: "Riferisce (l'assicurato, n.d.r.) di non aver precedentemente sofferto di problematiche psichiatriche. La presenza di patologie della sfera psichica era stata esclusa anni orsono nell'ambito di una perizia, svolta per problematiche che esulano dall'attuale caso, presso il \_\_\_\_\_ (n.d.p. documentazione non a disposizione)."), non corrisponde a verità. Innanzitutto, già dal rapporto 22 agosto 2013 del dott. \_\_\_\_\_ risulta che, negli anni 2005/2006, il ricorrente aveva sofferto di depressione (allegato all'incanto UAI). D'altra parte, dalla perizia 28 ottobre 2019 del \_\_\_\_\_, alla base nella sentenza 35.2018.82 precedentemente menzionata, si apprende che, secondo la dott.ssa \_\_\_\_\_, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, a distanza di circa 6 mesi dall'incidento del novembre 2014, RI 1 aveva sviluppato una sindrome da disadattamento con caratteri disforico-tensivi reattiva a fattori stressanti multipli, successivamente inquadrata in una sindrome mista ansioso-depressiva. Al momento della consultazione peritale (primavera 2019), l'assicurato non lamentava ormai più alcuna sintomatologia psichiatrica. L'esperta giudiziaria ha inoltre sostenuto che tra la sindrome ansioso depressiva e l'incidento del 2014 il nesso di causalità naturale era soltanto possibile, ritenuto che "altre cause concomitanti hanno giocato un ruolo significativo nell'originare il disadattamento emotivo in particolare i preesistenti tratti narcisistici di personalità in un contesto disconfermante con preoccupazioni economico-professionali e conflittualità interpersonali." (pronuncia consultabile sul sito sentenze.ti.ch). Riguardo ai disturbi visivi, a proposito dei quali la CO 1 ha stabilito che essi sarebbero soltanto minimamente riconducibili alle sequele della diagnosticata CRCS (e, pertanto, indirettamente all'evento infortunistico del dicembre 2016), con la conseguenza che non avrebbero carattere invalidante e non giustificherebbero l'assegnazione di un'IMI (cfr. doc. 762), è utile rilevare che la perizia del dott. \_\_\_\_\_, a quel momento Capoclinica presso la Clinica oftalmologica dell'Ospedale \_\_\_\_\_ (cfr. doc. 750 e il relativo complemento di cui al doc. 760), è stata ordinata nel rispetto della procedura di cui all'art. 44 LPGA (cfr. doc. 693 e doc. 720). Ora, in applicazione della giurisprudenza federale, le perizie elaborate da medici esterni all'amministrazione hanno piena forza probatoria nell'ambito dell'apprezzamento dei fatti. Il giudice non se ne scosta se non in presenza di indizi concreti (dei lievi dubbi non bastano) suscettibili di far dubitare della loro fondatezza (cfr., fra le tante, STF 9C\_168/2020 del 17 marzo 2021 consid. 3.2 e la giurisprudenza ivi menzionata). In questo contesto, va segnalato che, secondo il Tribunale federale, le perizie amministrative non vanno messe in dubbio, soltanto perché esse dovessero giungere a conclusioni diverse da quelle dei medici curanti (cfr. STF 8C\_6/2019 del 26 giugno 2019 consid. 4.1). Secondo questa Corte, ciò deve valere a maggior ragione se le censure a carattere medico nei confronti di una perizia amministrativa vengono sollevate dal patrocinatore – non medico – del peritando. In merito infine al grado dell'invalidità (e, quindi, al diritto a una rendita), detto che la valutazione (medica) dell'esigibilità lavorativa dovrà essere oggetto di ulteriori accertamenti disposti dall'istituto assicuratore resistente, il TCA osserva, trattandosi della determinazione dell'entità del

reddito da valido e meglio dell'avanzamento professionale preteso dal ricorrente (a suo dire, egli sarebbe stato in procinto di diventare il responsabile della logistica e della gestione delle richieste-rilascio permessi di lavoro e tesserini di legittimazione degli agenti assunti, con adeguamento del suo salario), che l'unico atto istruttorio compiuto al riguardo dalla CO 1 è stato quello d'inviare al titolare della \_\_\_\_\_ una mail contenente delle domande (cfr. doc. 772), alla quale non è stato dato seguito (cfr. doc. VII, p. 17). Ora, posto che l'amministratore unico della ditta risulta reperibile (dalla mail appena citata si evince che il funzionario incaricato ha persino parlato con lui al telefono ["Dopo averci sentiti al telefono stamattina ..."]); dal relativo estratto RC [consultato il 12 luglio 2024] risulta d'altra parte che l'AU, \_\_\_\_\_, ha il proprio domicilio a \_\_\_\_\_, in \_\_\_\_\_), l'assicuratore convenuto è invitato a procedere alla sua audizione personale, in presenza della controparte. Tale passo istruttorio appare tanto più necessario se si considera che alla documentazione prodotta dall'avv. RA 1 in corso di causa (cfr. i doc. GG - II, allegati al doc. XIII), non può essere negata a priori ogni rilevanza in relazione alla questione di sapere se è data la prova d'indizi concreti che l'assicurato avrebbe ottenuto il preteso avanzamento con un aumento corrispondente del proprio reddito, qualora non fosse divenuto invalido . Con l'emanazione del presente giudizio diventa priva di oggetto la domanda di ripristino dell'effetto sospensivo del ricorso. 2.3. 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 alla DTF 137 V 210 consid. 7.1 p. 271 e riferimento), la CO 1 verserà all'insorgente, rappresentato da un avvocato, l'importo fr. 3'000 (IVA inclusa) a titolo d'indennità per ripetibili. 2.4. 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. A. 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.