

TI_GERICHTE 35.2024.36 vom 18. November 2024

TI Tribunale d'appello, 2024-11-18, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2024.36

FR: TI_GERICHTE 35.2024.36 du 18 novembre 2024

IT: TI_GERICHTE 35.2024.36 del 18 novembre 2024

Regeste

Discussa esistenza di una malattia professionale trattandosi di un'assicurata, affetta da BCPO, che aveva lavorato per decenni nell'industria tessile. Riconosciuto pieno valore probatorio alla perizia amministrativa

Erwägungen

E. 16

maggio 2024) 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. RA 2), 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. In concreto, controversa è la questione di sapere se l'CO 1 era legittimato a negare l'assunzione a titolo di malattia professionale dei disturbi respiratori di cui soffre la ricorrente, 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 LPGGA) 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, con la sentenza 35.2022.58 del 21 novembre 2022, cresciuta incontestata in giudicato, questo Tribunale ha ritenuto che sussistessero dubbi, perlomeno lievi, a proposito dell'attendibilità della valutazione enunciata dalla specialista in medicina interna e del lavoro interpellata dall'assicuratore, ha quindi annullato la decisione su opposizione impugnata e ha rinviato gli atti all'CO 1 affinché disponesse un approfondimento esterno (art. 44 LPG), volto a stabilire se la patologia polmonare di cui è affetta l'assicurata costituisce, oppure no, una malattia professionale ex art. 9 LAINF. Queste in particolare le considerazioni contenute in quella pronuncia: " (...) 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. ” (doc. 159) 2.7. Dalle carte processuali risulta che, su incarico dell'CO 1, in data 26 aprile 2023, l'assicurata è stata visitata personalmente dal Prof. dott. _____, già Direttore della Clinica di pneumologia dell'Ospedale universitario di _____ e ordinario emerito di pneumologia presso l'Università della medesima città. Il referto peritale, datato 30 aprile 2023, è stato consegnato all'assicuratore il giorno stesso (doc. 181; traduzione in lingua italiana agli atti sub doc. 207). Dopo aver minuziosamente ricostruito l'anamnesi della ricorrente (cfr. doc. 207, p. 1-9) e averne descritto lo status pneumologico dal profilo clinico e radiologico (cfr. doc. 207, p. 9-13), l'esperto ha diagnosticato, per quanto qui d'interesse, una grave broncopneumopatia cronica ostruttiva in presenza di bronchiectasie e bronchiolite con infiammazione batterica cronica causata da Staph. aureus e Pseudomonas aeruginosa (doc. 207, p. 15). Procedendo alla disamina del caso, il perito amministrativo ha innanzitutto negato che l'assicurata soffra di asma, come pure di una sindrome da sovrapposizione asma-BPCO, smentendo in questo senso la tesi difesa dalla dott.ssa _____ (e dal dott. _____, il quale, lo si ricorda, aveva diagnosticato segnatamente un' asma bronchiale persistente - doc. 31) e facendo invece propria (almeno in parte) quella sostenuta dal dott. _____: " (...) La signora, che a breve compirà 69 anni, soffre di un disturbo ostruttivo della ventilazione cronico moderato-grave che, considerata la scarsa fluttuazione dei valori di FEV1 nel corso degli anni, deve essere indicato come broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO). (...)." (doc. 207, p. 13) D'altro canto, sempre a proposito dell'aspetto diagnostico, il Prof. _____ ha dichiarato che RI 1 è affetta da una “grave infiammazione cronica dell'albero bronchiale, che è progredita nel corso degli anni ed è accompagnata da espettorato purulento e a volte emorragico. Ciò è dovuto a una malattia bronchiectasica. Una TC del torace del 2018 ha documentato bronchiectasie del lobo medio e del segmento inferiore della lingua. La TC del luglio 2020 mostra, oltre a un aumento delle alterazioni infiammatorie delle vie respiratorie centrali, segni di infiammazione delle piccole vie respiratorie, che è la principale responsabile del disturbo ostruttivo della ventilazione. Anche la recente TC del torace mostra una pronunciata patologia infiammatoria delle vie respiratorie grandi e

piccole. Nel lobo polmonare superiore sinistro è perfino presente una piccola caverna delle pareti spesse, non visibile nelle proiezioni precedenti. Un elemento tipico della profonda alterazione della clearance mucociliare è l'individuazione di una colonizzazione da Staph. aureus e Pseudomonas aeruginosa nelle vie respiratorie. La signora RI 1 non soffre di rinosinusite cronica, il che depone a sfavore di una sindrome da immunodeficienza comune variabile (common variable immunodeficiency syndrome, CVID). I livelli sierici normali delle immunoglobuline e delle loro sottofrazioni escludono una CVID. Anche una discinesia ciliare primaria (DCP) è molto improbabile, poiché con questa malattia le vie respiratorie superiori presentano solitamente anche alterazioni infiammatorie croniche. Le bronchiectasie con coinvolgimento delle piccole vie aeree (bronchiolite) hanno causato, come nel caso in questione, una BPCO funzionale, per la quale non esistono altre cause nell'assicurata, che non ha mai fumato e per la quale è stato escluso un deficit di Alfa-1-antitripsina. Ciò è in linea con l'assenza di alterazioni rilevanti dello scambio gassoso e di alterazioni enfisematose nella diagnostica per immagini. Un aumento del quoziente RV/TLC può essere spiegato con un "air trapping" nell'ambito della bronchiolite, come rilevato più volte dalla pletismografia della signora RI 1. Concordo con il dottor _____, che segue da anni la signora RI 1 dal punto di vista pneumologico, sul fatto che la paziente sia affetta da BPCO e non da asma, sulla base della funzionalità. Tuttavia, come spiegato sopra, non condivido la sua opinione secondo cui l'aumento del quoziente RV/TLC da lui definito "indice di Motley", sia un'indicazione di enfisema polmonare." (doc. 207, p. 13 s.). Chiamato a pronunciarsi sull'aspetto eziologico, il perito amministrativo ha definito "improbabile" l'esistenza di un nesso di causalità tra i disturbi respiratori diagnosticati all'insorgente e la professione da lei svolta in passato, in particolare la presenza di una bissinosi, e ciò in base alle seguenti considerazioni: "(...) Durante la sua pluriennale attività professionale, la signora RI 1 è stata esposta per via inalatoria a tracce di fibre tessili durante il taglio di stoffe e il confezionamento di prodotti tessili. Occorre pertanto valutare in termini di diagnosi differenziale se l'assicurata è affetta da bissinosi. Questa malattia è chiamata anche malattia dei lavoratori della canapa, febbre da polvere di cotone, febbre del lunedì o asma dei cardatori. Rischiano di sviluppare questa malattia polmonare i lavoratori coinvolti nei processi indicati di seguito. Nell'industria del cotone: raccolta del cotone, confezionamento del cotone grezzo in balle, apertura delle balle, pulizia del cotone con aria compressa, pettinature delle fibre nonché filatura e tessitura del cotone grezzo. La bissinosi colpisce anche le persone che lavorano nella produzione e nella lavorazione di fibre liberiane o di prodotti tessili ricavati dal lino grezzo o della canapa grezza. I sintomi della bissinosi comprendono insufficienza respiratoria, tosse, occasionalmente anche espettorato e sintomi generali aspecifici. In genere, soprattutto negli stadi iniziali di questa malattia, le persone colpite si sentono meglio il lunedì dopo una profilassi dell'esposizione durante il fine settimana. Nel caso in questione, non solo manca la tipica esposizione professionale (l'assicurata si occupava del taglio di prodotti tessili e del relativo confezionamento, ad esempio per la realizzazione di camicie) ma anche la sintomatologia caratteristica dal punto di vista anamnestico. Si può quindi escludere con un alto grado di probabilità che la signora RI 1 sia affetta da bissinosi. Durante la sua attività professionale, l'assicurata è stata esposta per via inalatoria a colle acriliche e a solventi. Acrilico è un termine collettivo per le sostanze caratterizzate chimicamente dal gruppo acrilico ($CH_2=CH-COR$) (come l'acido acrilico o gli esteri dell'acido acrilico) e per i polimeri di queste sostanze. Gli acrilati insaturi sono i principali componenti di vernici e colle. Gli acrilati, così come i componenti dei solventi, sono inclusi nell'elenco delle

sostanze nocive dell'allegato 1 dell'OAINF, ai sensi dell'articolo 9 capoverso 1. Si tratta quindi di stabilire se la signora RI 1 soffre di asma professionale. Tuttavia, come già accennato, l'assicurata non è affetta da asma bronchiale. Nel 1990 la signora RI 1 è stata impegnata per circa dieci giorni nei lavori di sgombero della fabbrica presso cui lavorava, a seguito di un incendio. È del tutto possibile, o perfino probabile, che sia stata esposta a polveri, vapori e gas potenzialmente irritanti per le vie respiratorie. Durante questo periodo, tuttavia, non si sono verificati disturbi respiratori acuti, per cui si possono escludere danni da inalazione con conseguenze a lungo termine. La signora RI 1 soffre di una malattia infiammatoria dei grossi bronchi, da anni associata a una bronchiolite di origine batterica. Quest'ultima è la causa del grave disturbo ostruttivo fisso della ventilazione. Questa malattia è iniziata decenni fa, presumibilmente nell'ambito di un'infezione virale delle vie respiratorie inferiori. La sintomatologia dell'assicurata nonché i reperti funzionali e morfologici sono dovuti a una colonizzazione batterica cronica da tipici batteri *Staph. aureus* e *Pseudomonas aeruginosa* nell'albero bronchiale e alla conseguente infiammazione cronica. Questa malattia bronchiale cronica e progressiva non è con probabilità preponderante di origine professionale." (doc. 207, p. 14 s.) 2.8. Con le proprie osservazioni sulla perizia amministrativa, l'allora rappresentante dell'assicurata ha prodotto ulteriore documentazione medica, in particolare due certificazioni del dott. _____, e ha contestato la fondatezza delle conclusioni a cui è pervenuto il Prof. _____, precisando segnatamente che "CO 1 in passato si era concentrata su di un episodio di 2-3 giorni durante il quale la nostra assistita insieme alle compagne di lavoro, era stata adibita alla pulizia dei locali a seguito di un incendio. Tale evento effettivamente ha avuto luogo ma la patologia di cui la Signora RI 1 è portatrice non è legata all'esposizione di 2-3 giorni in ambiente che è stato soggetto a incendio ma alla continua e costante inalazione di fibre tessili che si è protratta durante la sua carriera lavorativa per ben 42 anni! Non esiste una pluralità di fattori che hanno portato alla comparsa della patologia di cui è portatrice la nostra assistita; l'unico motivo dell'insorgenza della "Broncopneumopatia cronica ostruttiva in fase di riacutizzazione" è senza ombra di dubbio l'esposizione per 42 anni di lavoro a fibre tessili, solventi e polveri." (doc. 209). Con il referto relativo alla visita di controllo del 1° agosto 2023, il medico curante specialista della ricorrente ha rilevato che "l'obiettività evidenzia quadro di Broncopneumopatia cronica ostruttiva in fase di riacutizzazione, SpO2 93%. Si ribadisce ancora una volta che la paziente ha una malattia professionale con danni permanenti all'apparato respiratorio dovuti con ragionevole certezza all'attività lavorativa durata 42 anni." (doc. 214). 2.9. Nel mese di ottobre 2023, l'assicuratore resistente ha quindi sottoposto all'esperto amministrativo la documentazione nel frattempo acquisita, unitamente alle osservazioni del patrocinatore, per una sua presa di posizione (cfr. doc. 220). Questo in particolare il tenore del complemento peritale elaborato dal Prof. _____ in data 14 ottobre 2023 (doc. 223; traduzione in lingua italiana agli atti sub doc. 226): "(...) Gli esami effettuati dallo specialista pneumologo curante, Dr. _____, dell'11.07.2023 e del 01.08.2023 non evidenziano elementi nuovi. In entrambi i referti, fa riferimento a una misurazione della funzionalità polmonare eseguita il 04.06.2020 e riportata nella Tabella 1 della mia perizia. Anche il fatto che nell'espettorato dell'assicurata del luglio di quest'anno fosse riscontrabile la presenza del batterio *Pseudomonas aeruginosa* non è una novità. La documentazione non comprende osservazioni cliniche aggiornate, né una misurazione recente della funzionalità polmonare, ma queste non sono necessarie per il seguente parere. È infatti innegabile che la signora RI 1 soffre di una grave broncopneumopatia cronica ostruttiva con bronchiectasie e

bronchiolite e che si riscontrano ripetute esacerbazioni nell'ambito di una colonizzazione batterica. È ben noto che la paziente ha lavorato nell'industria tessile dal 1975. La mia perizia riporta un'anamnesi lavorativa per quanto possibile ricostruibile. Non è vero che l'attività, svolta nel 1990 per una decina di giorni, di sgombero e pulizia di capannoni incendiati con conseguente esposizione a sostanze "tossiche", sia stata sopravvalutata dalla CO 1 o dalla mia perizia. La questione centrale era e rimane quella di stabilire se la pluriennale attività professionale durante la quale la signora RI 1 è stata esposta per via inalatoria a fibre tessili durante il taglio di tessuti e la confezione di abiti, sia in grado di provocare quel tipo di patologia polmonare di cui è affetta. L'allegato 1 dell'Ordinanza sull'assicurazione contro gli infortuni (OAINF; versione del 1° aprile 2018) contiene una lista di sostanze nocive e un elenco di malattie dell'apparato respiratorio a cui l'_____ fa riferimento. Vi sono elencati i lavori con esposizione a polveri di cotone, canapa, lino, cereali e rispettive farine, enzimi, muffe e altre polveri organiche. Nella mia perizia è riportato che l'inalazione di fibre tessili può provocare la malattia polmonare detta anche bissinosi. Tale malattia è nota anche come "polmone del lavoratore della canapa, febbre del cotone, febbre del lunedì, tosse del tessitore" ed è causata da un'ipersensibilità alle fibre tessili organiche. Nel caso in esame, né la natura delle esposizioni, né l'anamnesi del decorso della malattia e neanche il fenotipo della pneumopatia diagnosticata nella signora RI 1 sono compatibili con la bissinosi (1,2). Rimango quindi del parere che sia improbabile un nesso tra la patologia polmonare diagnosticata nella signora RI 1 e la sua precedente attività professionale." 2.10. In sede di opposizione alla decisione formale del 5 dicembre 2023, l'avv. _____, nuova patrocinatrice dell'assicurata, ha versato agli atti alcune pubblicazioni a carattere divulgativo da lei reperite nel web, in base alle quali tra le prime cause della BPCO vi sarebbe l'inspirazione prolungata di sostanze nocive, mentre le infezioni respiratorie, quali le bronchiti, polmoniti e pleuriti, possono pure predisporre al deterioramento dei bronchi ma "tale fattore di rischio apparentemente è statisticamente inferiore non solo al fumo, ma anche appunto all'esposizione prolungata a sostanze chimiche, ecc., nell'ambiente del lavoro.". Stante ciò, ella si è detta stupita del fatto che il Prof. _____ "ritenga data con probabilità preponderante una causalità per la BPCO di origine infettiva, che statisticamente risulta essere assolutamente secondaria rispetto all'esposizione prolungata, che nel caso della signora RI 1 è molto prolungata, a sostanze tossiche/nocive." (cfr. doc. 239 e doc. 240). Unitamente all'impugnativa, la rappresentante appena citata ha prodotto una perizia medico-legale, datata 22 aprile 2024, del dott. _____ (doc. A 3), il quale è pervenuto alla conclusione che la "malattia cronica polmonare (BPCO) è dovuta alla bissinosi contratta [dall'assicurata, n.d.r.] durante la sua lunga attività lavorativa." (il corsivo è del redattore). Il medico curante ha commentato criticamente le considerazioni contenute nella perizia e nel relativo complemento del dott. _____. Per quanto qui d'interesse, a proposito innanzitutto dell'affermazione dell'esperto amministrativo secondo la quale "né la natura delle esposizioni, né l'anamnesi del decorso della malattia e neanche il fenotipo della pneumopatia diagnosticata nella signora RI 1 sono compatibili con la bissinosi", il dott. _____ l'ha definita "inaccettabile", nella misura in cui "si nega l'esposizione alle fibre di canapa, lino, cotone e alle colle acriliche usate a caldo e a smacchiatori che come noto possono dare tossicità neurologica, renale, epatica e – per aspirazione – polmonare.". In questo contesto, il curante ha ribadito che la ricorrente "ha lavorato per 42 anni in fabbriche di tessuti inalando polveri da fibre tessili durante la confezione di abiti. Ha sempre usato colle acriliche e solventi presenti negli smacchiatori. Come se non bastasse nel 1990 nell'azienda dove lavorava la

signora RI 1 è scoppiato un incendio. Le dipendenti hanno partecipato inizialmente alla pulizia della fabbrica per poi essere messe a riposo forzato mentre una ditta specializzata completava la pulizia. Anche l'attività lavorativa di pulizia per alcuni giorni, in ambiente invaso da fumi di combustione di varie sostanze naturali e chimiche è stata causa di irritazione grave delle vie aeree. Va sottolineato che la signora RI 1 ha sempre lavorato senza dispositivi individuali di protezione come una semplice mascherina. Non risulta che abbia mai eseguito una funzionalità respiratoria e/o una radiografia. Non risulta che all'interno dell'azienda vi fossero sistemi di aspirazione." D'altro canto, sarebbe a suo avviso sbagliato "attribuire la BPCO della signora RI 1 alla flogosi delle vie aeree e al riscontro di Pseudomonas avvenuto negli ultimi 2-3 anni. Le bronchiectasie non sono la causa della BPCO della signora RI 1. La presenza di bronchiectasie influenza negativamente lo stato clinico dei pazienti con BPCO determinando una riduzione della capacità di esercizio, diminuzione dei valori di ossigeno nel sangue arterioso, peggioramento della qualità di vita e aumento del rischio di ospedalizzazione." Il dott. _____ si è inoltre chiesto, con riferimento a quanto il perito amministrativo ha osservato nel suo complemento peritale a proposito dei rapporti 11 luglio e 1° agosto 2023 del dott. _____, "ma quali elementi nuovi e osservazioni cliniche aggiornate si aspettava il Prof. _____ se non sempre le medesime riportate nelle visite eseguite (...). Come sa bene il Prof. _____ la BPCO è irreversibile e progressiva. Infatti la broncopneumopatia cronica ostruttiva causata dalle fibre inalate per oltre 40 anni è stata visibile fin da una radiografia eseguita nel 2014 e confermata nel 2017. Tutte le indagini strumentali successive hanno confermato l'ostruzione irreversibile delle vie aeree." Infine, il curante ha risposto alle medesime domande che erano state sottoposte al dott. _____, dichiarando che l'insorgente è affetta da una malattia professionale ai sensi della cifra 2 lett. b ("Afezioni degli organi della respirazione") dell'allegato 1 all'OAINF e, in merito al quesito n. 2 ("In caso di risposta negativa alla domanda 1): le afezioni diagnostiche sono state causate secondo il criterio della probabilità preponderante (al 75% almeno rispetto all'insieme delle circostanze) dall'attività professionale?"), "come faccia il Prof. _____ a rispondere: è improbabile un nesso tra la malattia polmonare diagnosticata alla signora RI 1 e la sua precedente attività professionale, non è dato di capirlo anche perché non ipotizza una diagnosi differenziale plausibile. Non è possibile "cancellare" i 42 anni di attività lavorativa in ambiente polveroso inalando fibre dei tessuti, polvere e vapori e fumi di colle e smacchiatori." 2.11. In data 20 agosto 2024, il TCA ha interpellato l'esperto amministrativo con uno scritto del seguente tenore (doc. IX; traduzione in lingua italiana sub doc. XIV): "(...) le rendo noto che lo scrivente Tribunale cantonale delle assicurazioni è chiamato a derimere la vertenza che vede opposto l'CO 1 alla signora RI 1 in _____, che è stata da lei periziata il 26 aprile 2023 per conto dell'assicuratore convenuto. Nel suo referto del 30 aprile 2023, lei ha ammesso in particolare che, nell'ambito della sua attività professionale, l'assicurata è stata esposta a colle acriliche e a solventi, compresi nella lista delle sostanze nocive di cui alla cifra 1 dell'Allegato 1 all'OAINF. Lei ha tuttavia negato l'applicabilità dell'art. 9 cpv. 1 LAINF per il motivo che la signora RI 1 non soffre di un'asma bronchiale. Accertato che l'assicurata presenta una BPCO, questa Corte le chiede se ritiene dimostrato, con il grado della verosimiglianza preponderante, che la diagnosticata patologia è stata causata - in maniera preponderante (quota superiore al 50%) - dalle colle acriliche e dai solventi ai quali è stata esposta durante gli anni in cui ha lavorato nell'industria tessile. Voglia motivare la sua risposta. (...)." Questa la risposta che il Prof. _____ ha fornito il 26

agosto 2024 (doc. X; traduzione in lingua italiana sub doc. XIX 1): " (...) nella sua lettera del 20 agosto 2024, mi ha posto il seguente quesito: "Essendo accertato che l'assicurata soffre di una BPCO, il tribunale vorrebbe sapere da Lei se ritiene accertato con probabilità preponderante che la malattia diagnosticata sia stata causata in modo preponderante (più del 50%) dagli adesivi acrilici e dai solventi a cui è stata esposta durante il suo lavoro nell'industria tessile". Presumo che Lei sia a conoscenza di quanto segue: a) il mio rapporto CO 1 redatto il 30/04/2023, che si riferisce ad una visita della signora RI 1 il 26/04/2023 nel nostro studio e b) la mia risposta scritta del 14.10.2023. In quell'occasione ho formulato la diagnosi di broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) grave con bronchiectasie e bronchiolite con infiammazione batterica cronica causata dai batteri Staph. aureus e Pseudomonas aeruginosa. Non sono emersi nuovi aspetti diagnostici (vedi replica). Risposta alla sua domanda: Ritengo che la probabilità che l'affezione polmonare della signora RI 1 sia stata causata dalla sua attività professionale, durante la quale è venuta in contatto di tanto in tanto con adesivi acrilici e solventi, sia bassa, cioè ben al di sotto del 50%. Mi baso sulla mia pluriennale esperienza clinica e sulla letteratura medica, comprese le seguenti pubblicazioni: In un'ampia coorte [gruppo campione, n.d.r.] di biobanche in Inghilterra, è stata analizzata la prevalenza della BPCO in 94'551 partecipanti, presso i quali era conosciuto lo stato di fumatori e non era presente un'asma bronchiale. Nello studio pubblicato nel 2019, è stato riscontrato un leggero aumento del rischio di BPCO nelle donne e negli uomini che non avevano fumato in alcune attività professionali, anche se non è emersa una chiara evidenza che le attività professionali a contatto con adesivi acrilici e/o solventi fossero principalmente responsabili dello sviluppo della BPCO¹. In un altro studio più vecchio, il "Third National Health and Nutrition Examination Survey", è stata analizzata la possibile connessione tra BPCO e attività professionale in 9'823 persone di età compresa tra i 30 e i 75 anni dal 1988 al 1994. Anche in questo caso, non è stato dimostrato che le persone che svolgevano lavori in cui era possibile il contatto con adesivi acrilici e solventi avessero maggiori probabilità di soffrire di BPCO²." 2.12. 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). 2.13. Nel caso di specie, questo Tribunale rileva che, a seguito della sentenza di rinvio 35.2022.58, l'amministrazione ha incaricato il Prof. dott. _____ di periziare l'assicurata, nel rispetto della procedura di cui all'art. 44 LPGA. Il rappresentante del ricorrente ha infatti potuto pronunciarsi sul perito proposto, così come sul catalogo dei quesiti da sottoporgli (cfr. doc. 163, doc. 170, doc. 171 e doc. 176, p. 2). 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 suscettibili di far dubitare della loro fondatezza (cfr., fra le tante, la STF 9C_168/2020 del 17 marzo 2021 consid. 3.2 e la giurisprudenza ivi menzionata). In questo contesto, il Tribunale federale ha sottolineato che le perizie amministrative non vanno messe in dubbio, soltanto perché esse dovessero giungere a conclusioni diverse dai medici curanti. In proposito, l'Alta Corte ha evidenziato la natura differente del mandato di cura e di quello peritale (cfr. STF 8C_532/2020 del 3 febbraio 2021 consid. 4.1; 8C_6/2019 del 26 giugno 2019 consid. 4.1; 8C_55/2018 del 30 maggio 2018 consid. 6.2; 8C_820/2016 del 27 settembre 2017 consid. 5.3). Una perizia fondata sull'art. 44 LPGA ha dunque un valore probatorio maggiore rispetto ai rapporti medici interni all'amministrazione, ove è sufficiente un minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione degli stessi, perché l'assicurato sia sottoposto a esame medico esterno (cfr. DTF 135 V 465 consid. 4.7). Fatta questa premessa, attentamente esaminata la documentazione agli atti, il TCA non vede validi motivi che gli impongano di distanziarsi dalle conclusioni a cui è pervenuto il Prof. dott. _____, secondo il quale non vi è alcun argomento scientifico che consenta di stabilire un nesso di causalità tra le esposizioni professionali dell'insorgente e i disturbi respiratori di cui soffre, inquadrati nella diagnosi di broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) funzionale in presenza di bronchiectasie e bronchiolite . Dai relativi referti si

evince in effetti che lo specialista in pneumologia, per ognuno degli agenti a cui è stata esposta professionalmente l'assicurata - quindi fibre tessili, colle acriliche e solventi, rispettivamente polveri, vapori e gas che sarebbero stati inalati durante i lavori di sgombero e pulizia che hanno fatto seguito all'incendio del 1990 - ha valutato la questione di sapere se potesse essere ammessa, perlomeno con il grado della verosimiglianza preponderante, l'esistenza di un legame causale nella misura prescritta dalla legge e dalla relativa giurisprudenza federale (in proposito, cfr. supra, consid. 2.3. e 2.4.), fondandosi sui dati anamnestici della ricorrente risultanti dalla documentazione a sua disposizione e facendo capo a pertinente letteratura scientifica. In particolare, il Prof. _____ ha rilevato che né la natura delle esposizioni, né l'anamnesi del decorso della malattia e neanche il fenotipo della pneumopatia diagnosticata sono compatibili con la diagnosi di bissinosi (sindrome che si manifesta appunto nei lavoratori tessili che entrano in contatto con fibre naturali grezze e non lavorate), non ritenendo pertanto sufficientemente dimostrato che la pluridecennale esposizione professionale alle fibre tessili dell'assicurata costituisca la causa dell'affezione polmonare in discussione. L'esperto amministrativo ha parimenti ritenuto improbabile che la BCPO sia stata causata dall'esposizione professionale ai vapori di colle acriliche e solventi - esposizione che era peraltro stata giudicata "sotto i limiti" dal Settore chimica, fisica e ergonomia dell'CO 1 (cfr. doc. 87) - e ciò soprattutto alla luce delle risultanze di indagini scientifiche che non hanno permesso di accertare un chiaro incremento dell'incidenza della malattia in coloro che hanno lavorato a contatto con quelle sostanze. Anche le obiezioni sollevate dal medico curante specialista dell'insorgente, e contenute principalmente nella valutazione medico-legale del 22 aprile 2024 prodotta con il ricorso (cfr. doc. A 3), non appaiono atte a sminuire il valore probatorio attribuito alla perizia amministrativa allestita dal dott. _____. Preliminarmente, il TCA evidenzia che al termine della propria disamina il dott. _____ è pervenuto alla conclusione, persino evidenziata in grassetto, che la ricorrente è affetta da bissinosi, quindi da una malattia causata dall'esposizione (professionale) alle fibre tessili (doc. A 3, p. 6: la "... malattia cronica polmonare (BPCO) è dovuta alla bissinosi contratta durante la sua lunga attività lavorativa"). Tuttavia, in precedenza, egli aveva considerato nello spettro delle potenziali cause della BPCO, apparentemente al pari dell'esposizione alle fibre tessili, anche l'esposizione ai vapori di colle acriliche e solventi, nonché quella ai fumi di combustione durante i lavori di ripristino dopo l'incendio del 1990 (doc. A 3, p. 6: "Ha sempre usato colle acriliche e solventi presenti negli smacchiatori. (...). Anche l'attività lavorativa di pulizia per alcuni giorni, in ambiente invaso da fumi di combustione di varie sostanze naturali e chimiche è stata causa di irritazione grave delle vie aeree."). D'altro canto, per il dott. _____, il carattere professionale della patologia presentata dall'insorgente deriverebbe già dal fatto che ella ha lavorato per lungo tempo in ambienti insalubri, senza peraltro disporre di alcun dispositivo di protezione. Ora, nessuno mette in dubbio che durante la sua carriera professionale la ricorrente sia stata esposta a sostanze nocive, figuranti anche nell'elenco di cui all'allegato 1 dell'OAINF, tuttavia tale circostanza non è di per sé ancora sufficiente per impegnare la responsabilità dell'istituto resistente. Infatti, così come lo stabilisce la giurisprudenza federale, quando un assicurato è esposto a delle sostanze nocive ai sensi dell'art. 9 cpv. 1 LAINF, non vi è la presunzione secondo la quale il danno alla salute è consecutivo a questa esposizione. Il riconoscimento di una malattia professionale presuppone la dimostrazione di un nesso di causalità qualificato tra l'influsso dell'agente nocivo e l'affezione. Non è dunque sufficiente che l'agente rappresenti una causa fra le altre di quest'ultima. Esso deve partecipare più di ogni

altra causa concorrente all'insorgenza della malattia. Per questa ragione, l'esposizione a una sostanza nociva non crea di per sé la presunzione dell'esistenza di un nesso causale tra essa e l'affezione e, ancor meno, realizza la condizione di una relazione preponderante (cfr. STF 8C_155/2020 del 1° aprile 2020 consid. 4.1; 8C_306/2014 del 27 marzo 2015 consid. 5.2; J.M. Frésard/M. Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3a ed., 2016, n. 107 p. 876). Il pneumologo curante non può essere seguito nemmeno laddove rimprovera all'esperto amministrativo di non essere stato in grado di formulare una diagnosi differenziale rispetto a quella di malattia professionale. Al riguardo, il TCA constata che il Prof. _____ ha invero individuato la causa primaria della patologia polmonare di cui è affetta l'assicurata, concretamente una malattia infiammatoria dei grossi bronchi, associata a una bronchiolite batterica, che ha avuto inizio decenni fa, probabilmente nel contesto di un'infezione virale delle vie respiratorie inferiori (cfr. doc. 207). Il fatto che il dott. _____ non consideri plausibile il parere del perito amministrativo non è di per sé decisivo, ricordato che, secondo la giurisprudenza federale, le perizie amministrative non possono essere messe in dubbio soltanto perché giungono a conclusioni diverse dai medici curanti. 2.14. Nel corso del mese di ottobre 2024, al Tribunale è pervenuto uno scritto mediante il quale il marito della ricorrente, _____, contesta innanzitutto la perizia amministrativa poiché "... mia moglie è affetta (ed è accertato) da BPCO (broncopneumopatia cronica ostruttiva grave con bronchiectasie e bronchiolite con infiammazioni batteriche croniche causate da batteri Staph. aureus e Pseudomonas aeruginosa). È stata esposta per moltissimi anni ad adesivi acrilici e solventi durante il suo lavoro nell'industria tessile. Ciò è stato riconosciuto anche con Vostra sentenza.". D'altro canto, il consorte fa valere che, in occasione della consultazione peritale, il Prof. _____ avrebbe dichiarato che la patologia in questione sarebbe imputabile all'esposizione professionale ai vapori di colle acriliche e solventi, salvo poi smentire sé stesso nel referto peritale consegnato all'assicuratore. Inoltre, egli sostiene che il diritto di scegliere il perito a seguito della sentenza di rinvio di questa Corte sarebbe stato leso, in quanto il patrocinatore dell'epoca (_____ del _____) non avrebbe informato l'assicurata che l'CO 1 aveva concesso la facoltà di esprimersi sulla persona del perito ("È stato leso il nostro diritto di scelta del medico proposto dalla CO 1 per una negligenza non imputabile né a mia moglie né al sottoscritto."). _____ pretende infine che sua moglie sia sottoposta a una nuova perizia da affidare ad altro specialista, da eseguire in contraddittorio alla presenza di un esperto indicato dall'assicurata stessa (cfr. doc. XXIII). Chiamato a pronunciarsi al riguardo, il TCA ribadisce in primo luogo che l'essere stati esposti a una sostanza nociva, non crea di per sé la presunzione dell'esistenza di un nesso causale tra essa e l'affezione e, ancor meno, realizza la condizione di una relazione preponderante (cfr. supra, consid. 2.13.). Il fatto che il perito amministrativo avrebbe oralmente ammesso l'esistenza di un nesso causale tra la patologia diagnosticata e l'esposizione ai vapori di colle acriliche e solventi, è una mera dichiarazione di parte non supportata da alcun riscontro oggettivo. Del resto, determinante è il contenuto del rapporto peritale che è stato da lui sottoscritto. Per quanto concerne la pretesa violazione del diritto di ricusare il perito proposto dall'amministrazione e di presentare delle controproposte (e, dunque, dell'art. 44 cpv. 2 LPGA), dalle carte processuali emerge che, in data 9 febbraio 2023, l'CO 1 ha comunicato al _____ l'intenzione di conferire l'incarico peritale al Prof. dott. _____ e gli assegnato un termine di 10 giorni per prendere posizione in merito alla persona del perito e al catalogo dei quesiti (cfr. doc. 163). Il patrocinatore non ha sollevato obiezioni di sorta (cfr. doc. 164). Da notare che a quel momento il _____

era legittimato a rappresentare RI 1 nei confronti dell'assicuratore LAINF in forza della procura 25 marzo 2019 (doc. 3), nel frattempo mai revocata. Il 26 aprile 2023, l'insorgente si è finalmente sottoposta alla visita peritale eseguita dal dott. _____ (cfr. doc. 208, p. 2). Pertanto, l'assicurata è ora malvenuta a lamentarsi del fatto che sarebbe stata privata - senza sua colpa (in quanto non informata dal suo patrocinatore) - della possibilità di ricusare il Prof. _____, ritenuto che il rappresentato deve sopportare le conseguenze di eventuali omissioni e negligenze commesse dal suo rappresentante (cfr. STF 8C_563/2010 del 29 settembre 2010 consid. 2.2). L'allegato d'osservazioni prodotto dall'avv. RA 1 in data 4 novembre 2024 (doc. XXIV), riprende nella sostanza il contenuto del memoriale presentato dal marito della ricorrente (cfr. doc. XXIII). Pertanto, quanto rilevato dal TCA a quest'ultimo proposito vale anche per le considerazioni espresse dalla patrocinatrice di RI 1. È comunque utile precisare che la domanda di restituzione del termine per la ricusa del perito amministrativo ("remissione dei termini per mancata conoscenza da parte della mia assistita della possibilità di scegliere un perito"), basata sul fatto che l'assicurata non sarebbe stata informata in tempo utile dal suo patrocinatore, va giudicata infondata, già per la ragione che - lo si ribadisce - il rappresentato deve sopportare le conseguenze di eventuali omissioni e negligenze commesse dal suo rappresentante. Alla luce degli argomenti precedentemente esposti (cfr. supra, consid. 2.13.), questo Tribunale ritiene che i fatti giuridicamente rilevanti siano stati sufficientemente chiariti, di modo che può esimersi dal disporre ulteriori atti istruttori (in particolare, la pretesa nuova perizia specialistica - cfr. doc. XXIII e doc. XXIV). In proposito, è utile ricordare che, per costante giurisprudenza, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato (valutazione anticipata delle prove), si rinuncerà ad assumere altre prove (cfr. STF 9C_632/2012 del 10 gennaio 2013; STF 9C_231/2012 del 24 agosto 2012), senza che ciò costituisca una lesione del diritto di essere sentito sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata). A prescindere da ciò, in merito alla richiesta a che la (nuova) perizia venga eseguita alla presenza di un esperto di parte, va segnalato che, nella DTF 137 V 210, con la quale sono stati introdotti dei correttivi inerenti ai diritti di partecipazione della persona assicurata in caso di allestimento di perizie amministrative e giudiziarie presso i servizi di accertamento medico dell'AI (SAM), nell'ambito di un'analisi di diritto comparato, la Corte federale ha segnatamente rilevato che in Italia è prassi che, in caso di perizia, il dottore dell'INPS (Istituto nazionale della previdenza sociale) venga affiancato da un medico designato dalla persona assicurata stessa, formando così un collegio peritale (consid. 2.2.3.4). In quel contesto, il TF ha precisato che se una perizia paritetica è suscettibile di migliorare l'accettazione delle risultanze da parte degli interessati, la giurisprudenza svizzera esclude il diritto dell'assicurato di essere accompagnato da una persona di sua fiducia, ad esempio dal suo medico curante. Ciò non esclude invece l'indicazione a che l'esperto discuta le sue conclusioni con un medico designato dalla persona assicurata (di regola, con il suo medico curante) (cfr. consid. 3.1.3.3). Nel contesto della revisione Ulteriore sviluppo dell'AI, in vigore dal 1° gennaio 2022, il legislatore ha modificato l'art. 44 LPGA, introducendo in particolare un nuovo capoverso 6, il quale prevede che salvo che l'assicurato vi si opponga, i colloqui tra l'assicurato e il perito sono registrati su supporto audio; le registrazioni sono acquisite agli atti dell'assicuratore. Ciò costituisce una sorta di compensazione al fatto che, in caso di

perizia, l'accompagnamento da parte di una persona liberamente scelta dall'assicurato non è generalmente ammesso (in questo senso, cfr. R. Wiederkehr, *Kompensation durch Verfahrensrechte? Eine kritische Würdigung des BGE 137 V 210 mit Blick auf Art. 44 ATSG*, in: SZS/RSAS 2024 p. 239 e riferimenti ivi citati; D. Ionta, *Expertises médicales en assurances sociales*, in: Jusletter 14 ottobre 2024 p. 32 e riferimenti ivi menzionati). Da notare che, nel caso di specie, dal rapporto 30 aprile 2023 del Prof. _____ si evince che il colloquio intercorso in occasione della consultazione peritale del 26 aprile 2023, è stato registrato (cfr. doc. 208, p. 2). 2.15. In esito a tutto ciò che precede, non è stato dimostrato, perlomeno con il grado della verosimiglianza preponderante, caratteristico del settore della sicurezza sociale (cfr. DTF 125 V 195 consid. 2 e riferimenti; cfr., pure, Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 320 e A. Rumo-Jungo, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung*, Zurigo 2003, p. 343), che RI 1 è affetta da una malattia professionale ai sensi dell'art. 9 LAINF. 2.16. 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.