

TI_GERICHTE 35.2024.75 vom 14. April 2025

TI Tribunale d'appello, 2025-04-14, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2024.75

FR: TI_GERICHTE 35.2024.75 du 14 avril 2025

IT: TI_GERICHTE 35.2024.75 del 14 aprile 2025

Regeste

Discussa estinzione del diritto a prestazioni sanitarie (stabilizzazione stato di salute infortunistico)

Erwägungen

E. 20

luglio 2018 e riferimenti ivi menzionati). L'Alta Corte ha inoltre stabilito che la questione del "sensibile miglioramento" di cui all'art. 19 cpv. 1 LAINF va valutata in funzione dell'entità del previsto aumento oppure del ripristino della capacità lavorativa, nella misura in cui quest'ultima è pregiudicata dalle sequele infortunistiche (DTF 134 V 109 consid. 4.3 e riferimenti; STF 8C_359/2023 del 12 luglio 2023 consid. 4.1; 8C_301/2021 del 23 giugno 2021 consid. 3.2; 8C_95/2021 del 27 maggio 2021 consid. 3.2). In una sentenza 8C_614/2019 del 29 gennaio 2020 consid. 5.3, l'Alta Corte ha precisato la giurisprudenza di cui alla DTF 134 V 109, nel senso che quest'ultima non implica una valutazione fondata esclusivamente in funzione della capacità lavorativa, segnatamente laddove la persona assicurata ha ripreso a svolgere la sua abituale attività professionale. In quest'ultimo caso, occorre esaminare se un trattamento medico è indicato e se ci si possa ancora attendere un notevole miglioramento delle condizioni di salute. Allorquando la capacità lavorativa è sempre rimasta completa (caso definito "bagatella") ma un trattamento medico è comunque necessario, il sensibile miglioramento dello stato di salute richiesto per il diritto alla cura medica ai sensi dell'art. 10 LAINF non può essere determinato in funzione dell'atteso aumento della capacità lavorativa. In questo senso, un'abilità lavorativa non limitata non comporta di per sé la perdita del diritto alle prestazioni sanitarie. A titolo d'esempio, è utile segnalare la sentenza 8C_354/2014 del 10 luglio 2014, riguardante un avvocato che a causa delle conseguenze di un infortunio soffriva di un deficit di forza e d'impedimenti nella mobilità del piede e della gamba destra, senza effetti sulla sua capacità lavorativa ma con limitazioni nella vita quotidiana. Siccome dalla continuazione della cura medica ci si poteva ancora attendere un sensibile miglioramento dello stato di salute infortunistico, il TF ha ammesso un ulteriore diritto alle prestazioni sanitarie (su quest'aspetto, si veda pure KOSS – Hürzeler/Kieser, Berna 2018, art. 19 LAINF n. 8). Per contro, se la persona assicurata presenta un'abilità lavorativa limitata nella sua abituale professione ma dispone di una piena capacità lavorativa in attività sostitutive confacenti, il caso deve di regola essere considerato stabilizzato, anche qualora la continuazione della cura medica sia suscettibile di prevenire un eventuale peggioramento (cfr. D. Jonta, Stabilisation de l'état de santé en LAA, HAVE/REAS 2023, p. 315 e i riferimenti giurisprudenziali ivi citati). 2.3. In concreto, dalla decisione su opposizione impugnata si evince che l'amministrazione ha posto termine alle prestazioni di corta durata, segnatamente a quelle sanitarie, dal 19 gennaio 2020 ritenendo - conformemente a quanto indicato dagli esperti del _____ -

che da ulteriori provvedimenti terapeutici non vi fosse più da attendere notevoli miglioramenti dello stato di salute infortunistico. La documentazione medica prodotta con l'opposizione, ovvero quella riguardante le vertigini e i problemi posturali e della deambulazione, è stata considerata ininfluyente per definire la questione della stabilizzazione (cfr. doc. 153). Chiamata a pronunciarsi al riguardo, questa Corte rileva che, su richiesta dell'amministrazione, nel corso del mese di novembre 2022, l'assicurato è stato sottoposto ad accertamenti pluridisciplinari (reumatologici, neurologici e psichiatrici) presso il _____.

Dal relativo referto, datato 21 giugno 2023, risulta che l'insorgente è stato valutato dal dott. _____, spec. FMH in reumatologia, dal dott. _____, spec. FMH in neurologia e dal dott. _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia (il quale è stato coadiuvato dallo psicologo e psicoterapeuta _____). Gli specialisti hanno diagnosticato . diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa – una sindrome da disadattamento con reazione mista ansioso-depressiva e somatizzazioni, in parziale remissione (ICD-10: F43.22), come pure - diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa – una sindrome cervicolumbovertebrale parzialmente spondilogenica cronica bilaterale, degli esiti da frattura parcellare composta dell'osso trapezio sul versante volare a destra, degli esiti da frattura con depressione della posizione centrale dell'emipiatto tibiale laterale, con rapporti articolari congruenti, al ginocchio destro, una sindrome fibromialgica generalizzata, nonché uno stato da caduta in moto con verosimile trauma cranico non commotivo, cefalee di tipo tensivo (con possibile componente emicranica) e dolori alla colonna vertebrale, alle ginocchia e alla mano destra non spiegati da patologia neurologica (doc. 130, p. 31 s.). A proposito dell' eziologia delle problematiche diagnosticate, il dott. _____ ha dichiarato che “le diagnosi reumatologiche attive ora poste nell'assicurato non sono in nesso di causalità con l'evento infortunistico del 20.6.2019 con un grado di verosimiglianza preponderante”, precisando che “l'infortunio ha provocato delle fratture che hanno giustificato un'incapacità lavorativa per la durata di 6 mesi in ogni attività. In seguito il nesso di causalità si è estinto per le patologie dell'apparato locomotorio.”. Egli ha altresì sostenuto che lo status quo sine vel ante è stato raggiunto a contare dal mese di gennaio 2020. Secondo il dott. _____, RI 1 non presenta disturbi neurologici in nesso di causalità naturale con l'infortunio del 20 giugno 2019 (“... no, in particolare non vi sono diagnosi neurologiche in nesso di causalità sicuro o probabile con l'incidente del 20.6.2019.”; “... i sintomi lamentati dal paziente non sono spiegabili con un substrato organico neurologico, questo vale per tutti i sintomi descritti e cioè cefalee, dolori alle ginocchia, alla mano ds. e dolori alla colonna vertebrale.”). Lo psichiatra dott. _____ ha per contro riconosciuto un nesso di causalità naturale tra la diagnosticata affezione psichica e l'evento traumatico assicurato (“per la diagnosi psichiatrica il nesso di causalità è stabilito secondo il grado di verosimiglianza preponderante, poiché tra tutte le cause possibili, in assenza di antecedenti psicopatologici, quella dell'infortunio è la causa più verosimile.”). Per quanto concerne la capacità lavorativa, secondo il dott. _____, “le fratture descritte al ginocchio ds, rispettivamente al polso ds., trattate conservativamente, giustificano un'incapacità lavorativa totale, per qualsiasi tipo di lavoro, massimale di 6 mesi, a partire dall'evento infortunistico del 20.6.2019, quindi fino al 19.1.2020.” Per il dott. _____, “non vi sono lesioni organiche in ambito neurologico provocate dall'infortunio che determinino una incapacità lavorativa. L'A. è abile al lavoro al 100% dal punto di vista neurologico.”. Infine, il dott. _____ ha rilevato che “dal lato psichiatrico i sintomi lamentati dall'A. in particolare ansiosi son in relazione con l'infortunio e determinano attualmente un'incapacità lavorativa del 5% (capacità lavorativa

del 95%). Dalla presa in carico psichiatrica dell'ottobre 2019 si può ritenere una capacità lavorativa per la patologia psichiatrica del 70% con successivo miglioramento dopo 6 mesi, a partire da cui vale l'attuale capacità lavorativa del 95% per la patologia psichiatrica in atto e in relazione causale con l'infortunio." In merito all'ulteriore procedere terapeutico, tanto il reumatologo quanto il neurologo hanno negato che da ulteriori provvedimenti sanitari ci si possa ancora attendere un notevole miglioramento dello stato di salute, rispettivamente il ripristino di una piena capacità lavorativa (peraltro già ripristinata dal loro profilo). Lo psichiatra dott. _____ ha invece affermato che "considerato il buon funzionamento generale del soggetto e l'entità oggettiva della sua psicopatologia, la quale non è tale da destrutturare il suo assetto psichico, la prosecuzione delle cure psichiatriche attuali dovrebbe portare, con verosimiglianza preponderante, alla risoluzione completa dei sintomi nell'arco dei prossimi 12 mesi. Dopo circa un anno di cure idonee, in assenza di complicazioni, la capacità lavorativa potrà realisticamente essere completamente recuperata." In sintesi, in base alle conclusioni peritali che sono state oggetto di una discussione di consenso tra gli esperti coinvolti, occorre ritenere che, a loro avviso, al momento in cui l'assicuratore convenuto ha posto termine alle proprie prestazioni (19 gennaio 2020), gli unici disturbi ancora in nesso di causalità naturale con l'evento traumatico assicurato erano quelli psichici (non lo erano invece più, rispettivamente non lo sono mai stati [nella misura in cui, quelli neurologici, non sono mai stati presenti] quelli di natura reumatologica/ortopedica e neurologica). Dal profilo psichiatrico, il dott.

_____ ha sostenuto che il ricorrente ha presentato un'inabilità lavorativa del 30% per la durata di 6 mesi a partire dalla relativa presa a carico specialistica (ottobre 2019), quindi a partire da aprile 2020 del 5%. Sempre secondo lo psichiatra, al momento della sua consultazione, le condizioni di salute (psichica) dell'assicurato non erano ancora stabilizzate, essendovi ancora delle cure atte ottenere una piena risoluzione dei sintomi.

2.4. Con la propria impugnativa, il patrocinatore dell'assicurato contesta che la perizia _____ possa essere considerata completa, posto che gli aspetti relativi alle vertigini e ai disturbi posturali/del cammino, relativamente ai quali sussisterebbero ancora delle valide opzioni terapeutiche, non sarebbero stati approfonditi in quella sede, circostanza dimostrata dalla documentazione medica da lui prodotta nel quadro della procedura di opposizione (relazione medico-legale 21 giugno 2024 del dott. _____, rapporto 20 maggio 2024 del dott. _____, nonché il referto 6 giugno 2024 del fisioterapista _____ e del chinesologo _____). Per quanto qui d'interesse, nel suo citato referto, il dott.

_____, spec. in medicina legale e delle assicurazioni, ha in effetti osservato che nella perizia _____ "... non compare la sindrome vertiginosa, che è assente anche nel capitolo del neurologo dr. _____ (pagina 36) e quindi resta del tutto estranea alle considerazioni valutative, né è citato lo squilibrio dinamico con alterazione del gait. La presenza di sindrome vertiginosa è peraltro più volte esplicitamente citata nella perizia pluridisciplinare, anche in riferimento a terapia eseguita nel maggio 2022 (pagina 12), a due certificati del dr. _____, neurologo, e del dr. _____, ortopedico nel mese di agosto 2019 (pagina 19), ad una stabilometria eseguita il 2.9.2019 con diagnosi di "segni di sofferenza delle vie vestibolo-spinali" ed ancora un certificato del dr. _____ in data 22.11.2019 attestante la presenza di una sindrome vertiginosa con nausea. Data la non episodica presenza nel carteggio clinico, non si comprende l'assenza assoluta della valutazione vestibolare tra gli accertamenti e la diagnosi della perizia pluridisciplinare. In effetti, lo staff specialistico comprendeva uno specialista neurologo ma non un otorinolaringoiatra, dalle competenze più mirate sul quadro di vertigini di natura

otovestibolare, del tutto pertinenti il trauma cranico chiuso protetto dal casco, che risultano sottovalutate o non valutate in toto. Non sussiste alcun ragionevole dubbio sul loro nesso causale con il trauma sofferto, certamente compatibile con la dinamica di un motociclista protetto da abbigliamento adatto e con casco di protezione, a configurare un trauma cranico minore con sindrome soggettiva. (...). Per quanto concerne gli esiti della lesione fratturativa all'arto inferiore destro, non appare che nella valutazione obiettiva del paziente sia stata valutata la qualità deambulatoria nel suo complesso, in cui indubbiamente il danno periferico da frattura ossea (piatto tibiale) embrica i suoi effetti con il disturbo somatostatico di natura centrale (vestibolare)." (doc. 152, p. 1-6). Da parte sua, il dott. _____, spec. in otorinolaringoiatria, non ha refertato "apprezzabili deficit funzionali del sistema vestibolare e delle vie centrali dell'oculomotricità" (doc. 152, p. 7 s.). Infine, presso il Centro _____, RI 1 è stato sottoposto a un test di misurazione della forza ("Tracker J-Tech test ") del ginocchio destro che ne ha evidenziato una diminuzione media del 14% in estensione e del 18% in flessione, come pure a un'analisi del cammino ("Gait Analysis ") che ha mostrato un'alterazione della marcia nella forma di ridotta velocità, asimmetria nella lunghezza del passo, instabilità del tronco, mobilità compromessa di anca e ginocchio e distribuzione asimmetrica del carico. I sanitari hanno quindi ritenuto indicata una fisioterapia intensiva per migliorare la simmetria del passo, la stabilità del tronco e la mobilità di anca e ginocchio, una valutazione ortopedica, nonché delle periodiche analisi del cammino per monitorare i progressi ed eventualmente adeguare i trattamenti (cfr. doc. 152, p. 12-20).

2.5. 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; STFA 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. STFA I 811/03 del 31 gennaio 2005, consid. 5 in fine; STFA I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV Nr. 10 p. 35 consid. 4b).

2.6. Chiamato a pronunciarsi nella concreta evenienza, questo Tribunale rileva innanzitutto che l'amministrazione ha incaricato il _____ di periziare l'assicurato, seguendo la procedura prescritta dall'art. 44 LPGGA (cfr. doc. 88). 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 LPGGA 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, il TCA constata che il patrocinatore del ricorrente non ha sollevato obiezioni di sorta a proposito della decisione della CO 1 di negare l'esistenza di una relazione di causalità adeguata tra l'infortunio del giugno 2019 e le turbe psichiche lamentate dall'insorgente (infortunio classificato tra quelli di grado medio in senso stretto e nessun criterio di rilievo adempiuto, neppure nella forma semplice), di modo che queste ultime non vanno prese in considerazione per valutare il diritto a ulteriori prestazioni. Parimenti indiscussa è la circostanza che RI 1 ha effettivamente ripreso a esercitare l'attività di docente nella medesima misura in cui essa veniva svolta al momento dell'infortunio (60% - cfr. doc. I: "... anche se egli ha già ripreso in misura completa un'attività professionale alla percentuale ridotta del 60%."). Del resto, con il ricorso non si pretende né la corresponsione di ulteriori indennità giornaliere, né tantomeno l'assegnazione di una rendita d'invalidità. Così come già indicato in precedenza (cfr. supra , consid. 2.1.), l'avv. RA 1 postula invece che le spese di cura vengano assunte dall'assicuratore convenuto anche dopo il 18 gennaio 2020, e ciò fondandosi sul contenuto dei referti di cui si è detto al considerando 2.4. Tutto

ben considerato, il TCA non ritiene che i referti dei dottori _____ e _____, così come quello del Centro _____, siano atti a corroborare la pretesa dell'assicurato. In primo luogo, anche volendo ammettere che, così come lo pretende il dott. _____ (e il rappresentante dell'assicurato, cfr. doc. V, p. 2 s.: "... , risulta chiaramente che un profilo di danno permanente sussiste [a livello del ginocchio destro, n.d.r.] e si manifesta esattamente in forma misurabile mediante l'analisi del carico deambulatorio. Sotto l'aspetto funzionale il danno all'articolazione appare sinergico al danno posturale e rappresenta pertanto un'ulteriore indicazione alla terapia riabilitatoria in tale ambito, ..."), l'alterazione posturale e del cammino refertata dai sanitari della _____, derivi principalmente da una problematica che interessa il ginocchio destro (cfr. supra , consid. 2.4.), resta il fatto che, in base alla valutazione del dott. _____, i disturbi al ginocchio, trascorsi 6 mesi dal trauma, non hanno più costituito una conseguenza naturale di quell'evento (cfr. supra , consid. 2.3.). In questo senso, egli ha osservato che la RMN del 25 gennaio 2023 non ha messo in luce alcuna lesione strutturale di carattere traumatico, bensì soltanto dei lievi segni degenerativi al corpo del menisco mediale (cfr. doc. 130.30). Ora, né dal rapporto del dott. _____ né tantomeno da quello dei sanitari della _____, che peraltro medici non sono (l'uno è un fisioterapista, l'altro un chinesiologo), risultano degli indizi concreti suscettibili di generare dei dubbi circa la correttezza delle conclusioni del dott. _____.

Se ne deduce pertanto che, non costituendo (più) i disturbi al ginocchio destro una conseguenza naturale dell'infortunio assicurato, nemmeno l'alterazione posturale e del cammino lo è, cosicché, già per questa ragione, le relative prospettate terapie non appaiono suscettibili di mettere in discussione la stabilizzazione dello stato di salute del ricorrente. A titolo abbondanziale e a prescindere da quanto precede, il TCA rileva che l'ulteriore procedere terapeutico suggerito dal fisioterapista _____ e dal chinesiologo _____ – in sostanza l'esecuzione di una fisioterapia intensiva (cfr. doc. 152.16) -, non rappresenterebbe comunque un ostacolo alla stabilizzazione delle condizioni di salute dell'insorgente. In effetti, il TF ha già avuto modo di precisare che la prescrizione di sedute di fisioterapia è compatibile con uno stato stabilizzato ai sensi dell'art. 19 cpv. 1 LAINF (cfr. STF 8C_496/2023 del 22 febbraio 2024 consid. 5.2; 8C_93/2022 del 19 ottobre 2022 consid. 4.2; 8C_736/2017 del 20 agosto 2018 consid. 4.1). Ad ogni modo, avendo il ricorrente ripreso a svolgere la sua precedente attività lavorativa in misura completa, in applicazione della giurisprudenza federale citata in precedenza (cfr. supra , consid. 2.2.), l'assicuratore resistente era legittimato a considerare stabilizzate le sue condizioni di salute e, dunque, a dichiarare estinto il diritto alle prestazioni sanitarie in virtù dell'art. 19 cpv. 1 LAINF. In secondo luogo, riguardo alle vertigini, va sottolineato innanzitutto che, in base ad approfonditi accertamenti diagnostici, l'otorinolaringoiatra dott. _____ ha dichiarato che in realtà RI 1 non lamenta alcun deficit funzionale del sistema vestibolare e delle vie centrali dell'oculomotricità (cfr. doc. 152.8), circostanza che era del resto già stata rilevata dal dott. _____, spec. in neurologia, a margine della consultazione del 9 agosto 2019 (doc. 44.38: "... obiettività neurologica nei limiti della norma, in particolare non segni vestibolari o cerebellari , né altri segni o deficit funzionali neurologici." – il corsivo è del redattore). A prescindere da quanto precede, il TCA constata che in proposito non è stata formulata alcuna proposta terapeutica. La stabilizzazione dello stato di salute dell'assicurato, con la conseguente estinzione del diritto alle prestazioni di cura, non può perciò essere messa in discussione. In ogni caso, dagli atti risulta che l'insorgente è stato in grado nel frattempo di riprendere il proprio lavoro in misura completa, ciò che, così come già indicato in precedenza, esclude che eventuali ulteriori provvedimenti sanitari possano

essere posti a carico dell'assicuratore LAINF convenuto. Sulla scorta di tutto quanto precede, il ricorso interposto dall'assicurato, mediante il quale è stato chiesto il ripristino del diritto alle prestazioni sanitarie a far tempo dal gennaio 2020, deve dunque essere respinto e la decisione su opposizione impugnata confermata.

2.7. Il patrocinatore del ricorrente pretende il rimborso delle spese "relative agli esami a cui si è sottoposto al fine di dimostrare la fondatezza della sua opposizione, perché per l'esecuzione di questi esami c'era una chiara indicazione medica" (doc. I, p. 8). Secondo la giurisprudenza, i costi peritali fanno parte delle spese di procedura (cfr. SVR 2013 IV Nr. 1, p. 1; STF 8C_984/2012 del 6 giugno 2013 consid. 3, non pubblicato nella DTF 139 V 225). Ai sensi dell'art. 45 cpv. 1 LPGa, l'assicuratore assume le spese per l'accertamento, sempre che abbia ordinato i provvedimenti. Se non ha ordinato alcun provvedimento, ne assume ugualmente le spese se i provvedimenti erano indispensabili per la valutazione del caso oppure se fanno parte di prestazioni accordate successivamente. Nella DTF 137 V 210, il Tribunale federale ha ritenuto che allorquando il tribunale cantonale delle assicurazioni constata che la fattispecie necessita d'istruttoria, deve di principio disporre esso stesso una perizia (consid. 4.4.1.3 e 4.4.1.4). In questo caso, i costi della perizia ordinata dal tribunale possono essere posti a carico dell'assicurazione per l'invalidità (consid. 4.4.2). Nella DTF 139 V 496 consid. 4.4, la Corte federale ha stabilito ulteriori criteri che devono essere presi in considerazione nell'ambito della questione di sapere se i costi di una perizia giudiziaria possono essere addossati all'amministrazione. Il TF ha stabilito che tra l'istruttoria amministrativa viziata e la necessità di procedere a ulteriori accertamenti, deve esistere un nesso di causalità. Ciò è segnatamente il caso se esiste una manifesta contraddizione tra i diversi pareri medici presenti agli atti, senza che l'amministrazione sia riuscita a confutarla con argomenti oggettivamente fondati (DTF 135 V 465 consid. 4.4; cfr. pure DTF 139 V 225 consid. 4 e STF 8C_71/2013 del 17 giugno 2013 consid. 2); allorquando l'amministrazione lascia senza risposta degli aspetti necessari a chiarire la situazione medica oppure si fonda su una perizia alla quale non può essere attribuito pieno valore probatorio. Per contro, se l'amministrazione rispetta il principio inquisitorio e fonda la propria posizione su basi oggettivamente convergenti oppure sulle risultanze di una perizia valida dal profilo giuridico, non si giustifica addossarle i costi della perizia giudiziaria, indipendentemente dai motivi per i quali è stata ordinata (ad esempio, in ragione della presentazione di nuovi rapporti medici oppure di una perizia di parte). Ciò vale anche per quanto riguarda una perizia presentata da una parte: i costi che ne risultano devono essere posti a carico dell'assicuratore sociale allorquando la perizia era indispensabile per giudicare la vertenza (DTF 115 V 62 consid. 5c; SVR 2016 UV Nr. 24 p. 75 consid. 6.1, in cui il TF non ha ritenuto adempiuti i presupposti per addossare all'assicuratore LAINF convenuti i costi di una perizia privata, la quale non si era rivelata necessaria per l'adozione della decisione. In particolare, l'Alta Corte ha rilevato che le inconsistenze, rispettivamente i lievi dubbi che hanno determinato la necessità di disporre una perizia giudiziaria, non trovavano origine nel contenuto della perizia privata; STF 8C_61/2016 del 19 dicembre 2016 consid. 6.1). In concreto, questo Tribunale constata che la documentazione in questione (relazione medico-legale del dott. _____, referto del dott. _____ e rapporto del Centro _____) non fornisce alcuna nuova rilevante indicazione in relazione agli aspetti contestati e che pertanto il costo degli accertamenti rimane a carico della parte che li ha ordinati.

2.8. 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; Messaggio Nr. 8480 del Consiglio di Stato del 21 agosto 2024 “Rapporto sull’iniziativa parlamentare presentata il 4 maggio 2021 nella forma elaborata da Lara Filippini e Sabrina Aldi per la modifica dell'art. 29 della Legge di procedura per le cause davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni (Lptca) del 23 giugno 2008 (Implementazione della revisione LPGA alle spese giudiziarie dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni) e controprogetto”).

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