

## **TI\_GERICHTE 36.2024.8 vom 25. November 2021**

TI Tribunale d'appello, 2021-11-25, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2024.8\\_d20211125](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2024.8_d20211125)

FR: TI\_GERICHTE 36.2024.8 du 25 novembre 2021

IT: TI\_GERICHTE 36.2024.8 del 25 novembre 2021

### **Regeste**

Restituzione di indennità giornaliera per malattia (LAMal). Violazione del diritto di essere sentito. Rinvio atti all'assicuratore per ulteriori accertamenti

### **Erwägungen**

#### **E. 10**

maggio 2007; DTF 129 V 110 consid. 1.1; DTF 126 V 42 consid. 2b; cfr. anche STF 9C\_429/2012 del 19 settembre 2012, 9C\_795/2009 del 21 giugno 2010 pubblicata in SVR 11/2010 EL Nr. 12; STF U 408/06 del 25 giugno 2007, K 147/03 del 12 marzo 2004). Ciò non è il caso – e la restituzione non presuppone un motivo e quindi una decisione di riconsiderazione – allorquando l'assicurato ha beneficiato di una prestazione alla quale, da un profilo oggettivo, non aveva diritto (STF 9\_C/233/2007 del 28 giugno 2007, consid. 2.3.2 con riferimenti; STCA 32.2011.285 del

#### **E. 14**

giugno 2012 ). Analogamente alla revisione delle sentenze delle autorità giudiziarie, l'amministrazione deve procedere alla revisione processuale di una decisione cresciuta in giudicato quando sono scoperti nuovi elementi o nuovi mezzi di prova atti ad indurre ad una conclusione giuridica differente (art. 53 cpv. 1 LPGa; cfr. DTF 143 V 105, consid. 2.3; STF 8C\_549/2015 del 28 ottobre 2015 consid. 4; STF U 409/06 del 25 giugno 2007; STF C 128/06 del 10 maggio 2007; SVR 2004 ALV N° 14; DTF 127 V 466 consid. 2 a pag. 469). Più precisamente le decisioni e le decisioni su opposizione formalmente passate in giudicato devono essere sottoposte a revisione se l'assicurato o l'assicuratore scoprono successivamente nuovi fatti rilevanti o nuovi mezzi di prova che non potevano essere prodotti in precedenza (cfr. STF 8C\_562/2020 del 14 aprile 2021 consid. 3; STF 8C\_562/2019 del 16 giugno 2020 consid. 3.; STF 8C\_257/2011 del 14 giugno 2011 consid. 4). Inoltre, l'amministrazione può riconsiderare una decisione cresciuta in giudicato formale, che non è stata oggetto di un controllo giudiziario, se essa è senza dubbio errata e la correzione ha un'importanza rilevante (art. 53 cpv. 2 LPGa; cfr. STF 8C\_108/2022 del 22 settembre 2022, consid. 3.2; STF 9C\_200/2021 del 1° luglio 2021; STF 8C\_624/2018 dell'11 marzo 2019 consid. 2.2.; STF 8C\_113/2012 del 21 dicembre 2012 consid. 5.1.; STF U 408/06 del 25 giugno 2007; DTF 138 V 324, consid. 3.3). Questi principi si applicano anche quando delle prestazioni sono state accordate senza una decisione formale, ma con una decisione informale presa nell'ambito della procedura semplificata di cui all'art. 51 cpv. 1 LPGa (STF 8C\_82/2020 del 12 marzo 2021 consid. 3.2. = SVR 2021 UV n. 30; STF 8C\_434/2011 dell'8 dicembre 2011 consid. 3; STF 8C\_719/2008 del 1° aprile 2009 consid. 3.1.; STF C 128/06 del 10 maggio 2007; DTF 129 V 110 consid. 1.1). Per determinare se è possibile riconsiderare una decisione in quanto manifestamente erronea, occorre fondarsi sulla situazione giuridica esistente al momento della sua pronuncia, prendendo in

considerazione la prassi allora in vigore (STF 8C\_108/2022 del 22 settembre 2022, consid. 3.3; DTF 147 V 167, consid. 4.2; DTF 140 V 77, consid. 3.1; DTF 125 V 383 consid. 3 pag. 389 con riferimenti), tenuto conto del fatto che un cambiamento di prassi o di giurisprudenza non giustifica di regola una riconsiderazione (DTF 147 V 167; DTF 117 V 8 consid. 2c pag. 17; 115 V 308 consid. 4a/cc pag. 314). Per motivi legati alla sicurezza giuridica e per evitare che la riconsiderazione diventi uno strumento che consenta di riesaminare liberamente i presupposti del diritto a prestazioni di lunga durata, l'irregolarità deve essere manifesta ("zweifellos unrichtig"; STF 8C\_108/2022 del 22 settembre 2022, consid. 3.3). L'amministrazione non può procedere in ogni momento ad un nuovo apprezzamento della situazione dopo un esame più approfondito dei fatti (STF 8C\_108/2022 del 22 settembre 2022, consid. 3.3). In particolare non vi è inesattezza manifesta se l'assegnazione della prestazione dipende dall'adempimento di condizioni materiali il cui esame presuppone un certo margine di apprezzamento riguardo a certi aspetti o elementi, e se la decisione iniziale appare ammissibile alla luce della situazione di fatto e di diritto. Se persistono ragionevoli dubbi sul carattere erroneo della decisione iniziale, non è possibile procedere ad un riesame (cfr. sentenza 9C\_308/2018 del 17 agosto 2018, consid. 2.2; sentenza 8C\_113/2012 del 21 dicembre 2012, consid. 5.1; sentenza 9C\_439/2007 del 28 febbraio 2008 consid. 3.1 con riferimenti; DTF 138 V 324). 2.3 . In concreto, dalle tavole processuali emerge che il ricorrente, nel periodo dal 12 giugno 2023 al 31 ottobre 2023, ha percepito delle indennità giornaliere a causa di malattia per un importo complessivo di fr. 22'057 a causa di una totale incapacità lavorativa. Secondo l'assicuratore l'insorgente non avrebbe avuto diritto a tali indennità poiché avrebbe esercitato un'attività lavorativa per la quale era stato dichiarato completamente inabile al lavoro dall'UAI ed avrebbe di conseguenza violato il suo obbligo di ridurre il danno e di cambiare professione. Il ricorrente contesta le motivazioni di CO 1, evidenziando di aver svolto un'attività diversa, avendo svolto altre mansioni, risparmiandosi, e rilevando di essere in ogni caso stato incapace al lavoro per altri motivi (problemi all'inguine e alla caviglia sinistra) rispetto a quelli che avevano provocato la precedente inabilità lavorativa (discopatia). Egli fa valere una violazione del diritto di essere sentito e del divieto dell'arbitrio. 2.4. Preliminarmente questo Tribunale rileva che ai sensi dell'art. 49 cpv. 3 seconda frase LPGA le decisioni devono essere motivate se non corrispondono interamente alle richieste delle parti. L'obbligo di motivazione è parte del diritto di essere sentito, garantito dall'art. 29 cpv. 2 Cost. fed. Tale diritto ha valenza formale. La sua violazione conduce di massima, indipendentemente dalla fondatezza delle censure di merito, all'accoglimento del ricorso e all'annullamento della decisione impugnata (STF 9C\_551/2022 del 4 marzo 2024, consid. 4.3.1; DTF 144 I 11 consid. 5.3 pag. 17 con rinvio alla DTF 137 I 195 consid. 2.2 pag. 197; STF 9C\_569/2020 del 4 gennaio 2022, consid. 3)). Il diritto di essere sentito serve da un lato all'accertamento dei fatti e da un altro lato comprende la facoltà per l'interessato di esprimersi prima della resa di una decisione, che interviene a modificare la posizione giuridica dell'interessato, segnatamente se il provvedimento si rivela sfavorevole nei suoi confronti. Il diritto di essere sentito comprende l'obbligo per l'autorità di motivare le proprie decisioni. Tale obbligo ha lo scopo, da un lato, di porre la persona interessata nelle condizioni di afferrare le ragioni poste a fondamento della decisione, di rendersi conto della portata del provvedimento e di poterlo impugnare con cognizione di causa, e dall'altro, di permettere all'autorità di ricorso di esaminare la fondatezza della decisione medesima. Ciò non significa che l'autorità sia tenuta a pronunciarsi in modo esplicito ed esaustivo su tutte le argomentazioni addotte; essa

può occuparsi delle sole circostanze rilevanti per il giudizio, atte ad influire sulla decisione (DTF 141 V 557, consid. 3.2.1; STF 9C\_569/2020 del 4 gennaio 2022, consid. 3; STF U 397/05 del 24 gennaio 2007 con riferimenti; DTF 129 I 232 consid. 3.2). La motivazione può inoltre essere implicita e risultare dai considerandi della decisione (DTF 141 V 557 consid. 3.2). Secondo la giurisprudenza (STF 9C\_551/2022 del 4 marzo 2024, consid. 4.3.1; STF 8C\_482/2018 del 26 novembre 2018 consid. 4.4.2) una violazione non particolarmente grave del diritto di essere sentito può essere eccezionalmente sanata, quando la persona interessata ha la possibilità di esprimersi dinanzi a un'autorità di ricorso, che valuta liberamente la censura presentata dal ricorrente, ossia nel caso specifico un tribunale, che può esaminare liberamente sia l'accertamento (e l'apprezzamento) dei fatti sia l'applicazione del diritto (DTF 127 V 431 consid. 3d/aa pag. 437; STF 9C\_401/2023 del 5 gennaio 2024, consid. 3.1.2). Si può prescindere da un rinvio della causa all'autorità precedente persino in caso di grave violazione del diritto di essere sentito (STF 9C\_551/2022 del 4 marzo 2024, consid. 4.3.1): una tale eventualità si realizza se l'annullamento della decisione viziata comporterebbe un inutile formalismo e in definitiva una tale soluzione condurrebbe a ritardi superflui, i quali non sarebbero compatibili con l'(equivalente) interesse della parte di essere sentita nell'ambito di una celere trattazione della procedura di merito (STF 9C\_551/2022 del 4 marzo 2024, consid. 4.3.1; DTF 142 II 218 consid. 2.8.1; DTF 133 I 201 consid. 2.2; STF 8C\_842/2016 del 18 maggio 2017 consid. 3.1 con riferimenti). Giova comunque ricordare che il principio di celerità (art. 52 cpv. 2 e 61 lett. a LPGA), caposaldo della procedura delle assicurazioni sociali, non è preminente e tale da porre in secondo piano il diritto di essere sentito e l'obbligo di chiarire i fatti con la necessaria diligenza (STF 8C\_433/2018 del 14 agosto 2018 consid. 5.1 e STF 8C\_210/2013 del 10 luglio 2013 consid. 3.2.1 con riferimenti). 2.5. Da un'attenta lettura della decisione formale del 24 novembre 2023 (doc. 23) e della decisione su opposizione del 10 gennaio 2024 (doc. 38) emerge che le medesime non contengono alcun riferimento alle condizioni alle quali una decisione formale cresciuta in giudicato può essere oggetto di revisione e/o di riconsiderazione (cfr. art. 53 LPGA) e ai requisiti da adempiere per una restituzione di prestazioni nell'ambito della LAMal (cfr. art. 25 LPGA). Non vi è neppure un accenno alla possibilità di applicare tali principi anche alle prestazioni accordate senza una decisione formale, ma con una decisione informale presa nell'ambito della procedura semplificata di cui all'art. 51 cpv. 1 LPGA. L'assicuratore non ha nemmeno sostenuto che l'insorgente ha beneficiato di una prestazione alla quale, da un profilo oggettivo, non aveva diritto e dunque che la restituzione non presupponeva un motivo e quindi una decisione di riconsiderazione. Ciò, neppure nella risposta di causa. In violazione dell'art. 49 cpv. 3 seconda frase LPGA l'assicuratore non ha pertanto citato alcuna motivazione giuridica, in applicazione degli art. 25 e 53 LPGA, alla base della richiesta di restituzione. Ancora recentemente il Tribunale federale ha precisato che la procedura di restituzione delle prestazioni non necessita l'emissione di tre diverse decisioni, ma implica comunque tre tappe distinte: l'esame delle condizioni di una riconsiderazione o di una revisione procedurale, l'esame della restituzione in quanto tale e l'esame del condono (STF 9C\_294/2023 del 20 dicembre 2023, consid. 4.3 = SVR 2024, AHV n. 10, con rinvio alla STF 9C\_678/2011 del 4 gennaio 2012, consid. 5.1.1 e 5.2 = SVR 2012 IV n. 35). La decisione sul condono può tuttavia, di norma, essere emessa unicamente dopo che la decisione sulla restituzione è cresciuta in giudicato (STF 9C\_294/2023 del 20 dicembre 2023, consid. 4.3 = SVR 2024, AHV n. 10). In concreto l'assicuratore ha di conseguenza gravemente violato il diritto di essere sentito del ricorrente. Già solo per questo motivo la decisione su opposizione impugnata deve essere annullata e

l'incarto rinviato all'amministrazione affinché applichi correttamente la procedura (STF 9C\_678/2011 del 4 gennaio 2012 = SVR 2012 IV n. 35; consid. 5.3: " Le prononcé litigieux du 22 février 2011, intitulé "décision de restitution", indique le montant des prestations mensuelles allouées à l'intimée de février à décembre 2006, de janvier 2007 à décembre 2008, de janvier 2009 à décembre 2010 et dès janvier 2011 ("trois quart de rente ordinaire"). Les précisions suivantes sont données: "Annule et remplace nos précédentes décisions. Motif: vous êtes invalide à 69 %, ce qui vous donne droit à un trois quart de rente au lieu d'une rente entière comme mentionné sur notre décision du 16.03.2006". Suit encore le décompte entre le montant des rentes dues et celui des rentes versées, avec la compensation du rétroactif de rente AVS dû à l'époux de l'intimée et des prestations complémentaires, avec le solde de 4'814 fr. A la lecture de cette décision, on constate qu'elle ne comprend aucune référence (en dehors d'un simple renvoi à l'art. 25 al. 1 LPGA) aux conditions auxquelles une restitution des prestations dans le domaine de l'assurance-invalidité est possible. Elle comporte par ailleurs implicitement la reconsidération de la décision du 16 mars 2006 sans toutefois le mentionner, ni exposer clairement les conditions (cf. art. 53 al. 2 LPGA), les motifs et les effets dans le temps de la rectification effectuée. A cet égard, le fait d'indiquer à l'assurée qu'elle était invalide à 69 % (ce qui lui ouvrait le droit à un trois quarts de rente et non pas une rente entière) ne constitue pas une explication suffisante. Il résulte du reste du recours cantonal de l'assurée qu'elle n'a pas compris la portée, ni l'ensemble des aspects de la décision de restitution, faisant valoir que son état de santé s'était empiré depuis la date depuis laquelle la restitution était demandée. Au vu de ses lacunes, la décision du 22 février 2011 ne satisfaisait manifestement pas aux exigences de motivation prévues par l'art. 49 al. 3 LPGA, de sorte qu'il se justifiait de l'annuler ." ; cfr. anche, in un altro contesto: STF 9C\_551/2022 del 4 marzo 2024, consid. 4.3.2 = SVR 2024, IV n. 24 ). Il rinvio si giustifica a maggior ragione ritenuto come, per i motivi che seguono, è comunque necessario effettuare ulteriori accertamenti (per un caso contrario cfr. la già citata STF 9C\_294/2023 del 20 dicembre 2023, consid. 4.3 = SVR 2024, AVS n. 10). 2.6. Per l'art. 3 cpv. 1 LPGA è considerata malattia qualsiasi danno alla salute fisica, mentale o psichica che non sia la conseguenza di un infortunio e che richieda un esame o una cura medica oppure provochi un'incapacità al lavoro. Ai sensi dell'art. 6 LPGA, è considerata incapacità al lavoro qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica, di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo d'attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività. È considerata incapacità al guadagno la perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure e alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili (art. 7 cpv. 1 LPGA). Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute. Inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è obiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGA). 2.7. Per quanto concerne l'assicurazione facoltativa di indennità giornaliera, l'art. 67 LAMal prevede che: " 1 Le persone domiciliate in Svizzera o che vi esercitano un'attività lucrativa e aventi compiuto i 15 anni ma non ancora i 65 anni possono stipulare un'assicurazione d'indennità giornaliera con un assicuratore ai sensi degli articoli 2 capoverso 1 o 3 LVAMal. 2 Esse possono scegliere un assicuratore diverso da quello scelto per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. 3 L'assicurazione

d'indennità giornaliera può essere stipulata nella forma d'assicurazione collettiva. Le assicurazioni collettive possono essere stipulate da: a. datori di lavoro, per sé stessi e per i propri dipendenti; b. associazioni di datori di lavoro o associazioni professionali, per i propri membri e per i dipendenti dei loro membri; c. associazioni di dipendenti, per i propri membri." Secondo l'art. 72 cpv. 1 LAMal, gli assicuratori stabiliscono l'ammontare dell'indennità giornaliera assicurata d'intesa con gli stipulanti l'assicurazione. Essi possono limitare la copertura alla malattia e alla maternità. L'art. 72 cpv. 1bis LAMal prevede che le prestazioni assunte sono collegate al periodo di incapacità lavorativa. A norma dell'art. 72 cpv. 2 LAMal, il diritto all'indennità giornaliera è dato qualora la capacità lavorativa dell'assicurato sia ridotta di almeno la metà (art. 6 LPGA). Per quanto non pattuito altrimenti il diritto nasce il terzo giorno che segue quello dell'insorgere della malattia. L'inizio del diritto alle prestazioni può essere differito mediante corrispettiva riduzione del premio. Qualora per il diritto all'indennità giornaliera sia stato convenuto un termine d'attesa, durante il quale il datore di lavoro è tenuto a versare il salario, questo termine può essere dedotto dalla durata minima di riscossione. L'art. 72 cpv. 3 LAMal prevede che l'indennità giornaliera va pagata, per una o più malattie, durante almeno 720 giorni compresi nell'arco di 900 giorni consecutivi. L'articolo 67 LPGA non è applicabile. In caso di incapacità lavorativa parziale è pagata una corrispondente indennità giornaliera ridotta per la durata di cui al capoverso 3. È mantenuta la protezione assicurativa per la capacità lavorativa residua (art. 72 cpv. 4 LAMal). Per l'art. 72 cpv. 5 LAMal, qualora l'indennità giornaliera sia ridotta in seguito a sovraindennizzo giusta l'articolo 78 della LAMal e l'articolo 69 LPGA, l'assicurato colpito da incapacità lavorativa ha diritto a 720 indennità giornaliere complete. I termini relativi alla concessione delle indennità giornaliere sono prolungati in funzione della riduzione.

2.8. 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 consid. 4.4 e consid. 4.7, 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 a medici esterni all'amministrazione o a servizi specializzati indipendenti in ossequio alla procedura di cui all'art. 44 LPGa, esse godono di piena forza probatoria, a condizione che non esistano indizi concreti che ne mettano in dubbio l'affidabilità (cfr. STF 8C\_839/2016 del 12 aprile 2017 consid. 3.2 e 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). 2.9. In concreto, dalla documentazione agli atti emerge che il 17 marzo 2020 il ricorrente all'epoca dipendente (dal 1° settembre 2017 [pag. 39 incarto AI]) della \_\_\_\_\_, ha inoltrato una domanda di prestazioni dell'AI, poiché completamente inabile al lavoro dal 9 ottobre 2019 (pag. 8 incarto AI). Egli svolgeva l'attività di isolamento dei tubi "freddo e caldo", isolamento dei canali di ventilazione, isolamento di accumulatori e chiusure antifumo (pag. 41 incarto AI). L'attività era svolta in posizione raramente seduta e sovente in piedi con necessità di sollevare spesso pesi tra gli 0 ed i 10 kg, e raramente sopra i 10 kg (pag. 41 incarto AI). Il datore di lavoro aveva precisato che " spesso il lavoro dell'isolatore, deve essere svolto in posizioni scomode in luoghi stretti o difficili da raggiungere, soprattutto nei locali tecnici dove sono installate le caldaie, con grovigli di tubi importanti ", aggiungendo che " purtroppo nel nostro ramo non potrebbe svolgere nessuna attività " (pag. 41 incarto AI), che l'interessato non poteva essere reinserito nella ditta e che tale possibilità era stata esaminata (pag. 42 incarto AI). Il 22 gennaio 2021 il medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_, posta la diagnosi di probabile sindrome da insufficienza segmentaria multilivello, ossia L4-L5 e L5-S1, ha ritenuto le limitazioni funzionali di carico massimo di 5 kg, alternanza della postura al bisogno e necessità di pause supplementari, con l'indicazione che adeguata è un'attività semplice, ripetitiva, leggera, da svolgere in ambito logistico (magazziniere, anche alla guida del muletto), che sia rispettosa dei carichi e dei limiti definiti. Il medico SMR ha attestato una completa incapacità lavorativa dell'insorgente in qualsiasi attività dal 9 ottobre 2018 al 17 ottobre 2019 e dal 22 ottobre 2019, ed una capacità lavorativa completa in attività adatta dal 28 novembre 2020 (pag. 95-97 incarto AI). Con progetto di decisione del 31 marzo 2021 (pag. 118 e seguenti incarto AI), cui ha fatto seguito la decisione formale del 25 novembre 2021 (pag. 142 e seguenti incarto AI), l'Ufficio AI ha assegnato a RI 1 una rendita intera dal 1° ottobre 2020 (scaduto l'anno di attesa) al 28 febbraio 2021 (tre mesi dopo il miglioramento dello stato di salute). Ritenuta un'incapacità lavorativa totale nell'attività abituale di isolatore ed una capacità lavorativa al 100% in " attività rispecchianti le

indicazioni mediche, reperibili sul mercato libero del lavoro e che non richiedono qualifiche professionali specifiche”, l’Ufficio AI ha calcolato un grado d’invalidità dello 0% (pag. 142 e seguenti incarto AI). Va ancora rilevato che dalla documentazione medica prodotta nell’ambito della precedente richiesta di indennità giornaliera dal mese di ottobre 2019, emerge che era stata posta la nota diagnosi di discopatia lombare, “soprattutto L4-L5 e L5-S1” (pag. 181 e seguenti incarto AI). L’11 settembre 2020, nell’ambito di una valutazione medica effettuata su incarico di CO 1, il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH neurochirurgia, capoclinica presso il \_\_\_\_\_, ha precisato: “ (...) Globalmente ho trovato un paziente anzitutto abbastanza confuso su quelle che sono le diagnosi e le prospettive terapeutiche e probabilmente, come spesso accade, questa confusione è stata ingenerata dai molteplici pareri medici che il paziente ha ricevuto. Questa confusione ha inoltre ingenerato delle angosce non giustificate del quadro clinico, quali il timore di perdere la possibilità di camminare negli anni a venire. L’anamnesi depone abbastanza in favore di una sindrome da insufficienza segmentaria multi-livello, ossia L4-L5 e L5-S1; in realtà i criteri per una sindrome da insufficienza segmentaria non sono completamente soddisfatti, poiché il paziente non riferisce i “blocchi lombari” della durata di giorni, tanto meno l’impossibilità al mantenimento delle posizioni statiche per periodi relativamente prolungati; a volte il quadro clinico, dominato da dolori costanti, che limitano qualsiasi movimento, spesso presenti anche in clinostatismo, sembra sproporzionato rispetto a quanto si può desumere dalle immagini RM; va comunque considerato l’aspetto importante di un dolore che, come aveva colto anche il dr. med. \_\_\_\_\_, siccome è cronico, viene amplificato e avvertito ancora come più gravoso. (...) Penso che sia estremamente importante discutere con il paziente, eventualmente con l’aiuto di un supporto psicologico, che una situazione di dolore cronico a partenza lombare non costituisce di per sé una situazione di gravità, ma può sicuramente essere estremamente limitante nelle attività, non solo lavorative, ma anche della vita quotidiana ed è altrettanto importante che il paziente comprenda che non vi sono delle terapie in grado di eliminare completamente questi dolori. (...) Questa situazione ovviamente potrebbe essere suscettibile anche di peggioramento in futuro e, in quest’ambito, non vedo una modalità di rientro all’attività lavorativa in qualità di isolatore di impianti e sicuramente si tratta di un caso che è importante venga esaminato quanto prima dall’Ufficio Invalidità.” (pag. 223 incarto AI) Il 2 febbraio 2021 anche il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH reumatologia, dopo aver visitato l’insorgente ha concluso che l’insorgente “ non può più esercitare la sua attività di isolatore di impianti. Questo a causa dei dolori cronici costanti presenti anche a riposo ma accentuati alle posizioni inergonomiche del rachide ed al porto di pesi ” (pag. 238 incarto AI). Alla questione di sapere se la capacità lavorativa è ridotta in maniera definitiva, lo specialista ha affermato che “ per il momento non si può ancora rispondere in maniera definitiva a questa domanda ” (pag. 239 incarto AI). Il 1° settembre 2022 il ricorrente è stato di nuovo assunto dalla \_\_\_\_\_ e dal 12 giugno 2023 è stato dichiarato inabile al lavoro dal medico curante, dr. med. \_\_\_\_\_ (doc. 1). Nella notifica di malattia, quale attività è stato indicato: “ operaio isolatore ”. L’assicuratore ha inizialmente versato le prestazioni. In una nota relativa ad un colloquio telefonico con l’insorgente del 10 luglio 2023 figura: “ Comunica che è in malattia per problemi legati alla schiena. Ha eseguito una visita medica stamattina alla Clinica \_\_\_\_\_ e pare che il problema non è alla schiena ma è qualcos’altro (...) ” (doc. 4). Nel referto dell’11 luglio 2023 della Clinica \_\_\_\_\_ è stata posta la diagnosi di “ segmentdegeneration L5/S1, weniger L4/5 ”. I medici hanno affermato: “ (...) Der Patient berichtet über 10 Jahren vorhandenen Lumbalgien ohne initiales Trauma. Seit 2019

bestehen zusätzlich Lumboischialgien linksseitig entlang des dorsalen Ober- und Unterschenkels. Aktuell stehen mit etwa 80% die Lumbalgien deutlich im Vordergrund. Spezifische Verstärker gibt es nicht, ebenso wenig bestünden Linderungsmassnahmen. Ein permanentes sensomotorisches Defizit bestehe nicht, jedoch verspüre der Patient eine allgemeine Schwäche der Beine. Die ausgiebige konservative Therapie inkl. Physiotherapie und Akupunktur etc. konnte keine nachhaltige Beschwerdelinderung erzielen. 2019 und 2020 erfolgten wohl Infiltrationen, welche nicht spezifiziert werden können. Diese erbrachten keine Linderung. Fraglich wurde bereits eine Schmerztherapie durchgeführt, welche ebenfalls keine Linderung erbringen konnte. Der Patient stellt sich heute bei uns zur Zweitmeinung vor, da er durch die bisherigen heimatnahen Behandlungen keine Linderung erfuhr. (...) Beurteilung und Prozedere Im MRI der LWS zeigen sich zwar Degenerationen im Segment L5/S1, weniger L4/5. Allerdings lassen sich die Schmerzen in der Intensität nicht vollumfänglich durch diese Degeneration erklären. Daher besteht zum jetzigen Zeitpunkt kein sinnvoller chirurgischer Handlungsansatz. Unseres Erachtens besteht mittlerweile ein deutlich komplexeres Schmerzsyndrom. Daher sollte weiterhin die multimodale Schmerztherapie im Vordergrund stehen. Mögliche heimatnahe Ansprechpartner für diese Schmerztherapie werden im Verlauf separat mitgeteilt.” (doc. 8) Il 23 agosto 2023 il ricorrente è stato visitato, su richiesta di CO 1, dal dr. med.

\_\_\_\_\_, FMH medicina interna, medico fiduciario dell'assicuratore, il quale, accertata l'attività di “ operaio addetto isolazione ”, preso atto del referto dell'11 luglio 2023 della Clinica \_\_\_\_\_ e dei certificati medici di completa incapacità lavorativa allestiti dal curante, dr. med \_\_\_\_\_ e posta la “ diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa ” di ernia inguinale sinistra sintomatica in attesa di sanazione chirurgica e lombalgia ricorrente su discopatie L4-L5 e L5-S1 ha confermato la completa inabilità del ricorrente dal 12 giugno 2023 (doc. 16). Alla questione di sapere se dal profilo medico, allo stato attuale, è presumibile che l'assicurato possa riprendere e continuare la sua attuale attività lavorativa, il medico fiduciario della Cassa ha risposto affermativamente, dichiarando: “ Sì, dopo la sanazione chirurgica dell'ernia inguinale salvo complicazioni il Paziente potrà riprendere l'abituale mansione ” ed aggiungendo che “ la nota discopatia lombare non ha al momento influenza sulla capacità lavorativa. Caviglia sx senza limiti nella deambulazione ” (doc. 16). Egli ha poi precisato “ IL 0% a distanza di circa 10 giorni dall'intervento di sanazione dell'ernia inguinale sx. Data dell'intervento non disponibile. La nota discopatia lombare non ha al momento influenza sulla capacità lavorativa. Caviglia sx senza limiti nella deambulazione. Una ripresa del lavoro prima della sanazione chirurgica potrebbe complicare l'ernia inguinale ”. Il 28 agosto 2023 l'insorgente ha comunicato all'assicuratore che l'operazione per l'ernia inguinale sarebbe stata effettuata il 9 settembre 2023 (doc. 17). Con scritto 29 agosto 2023, con riferimento a quanto accertato dal dr. med. \_\_\_\_\_, l'assicuratore ha rilevato che avrebbe continuato a versare le prestazioni, indicando al ricorrente che sarebbe stato contattato dopo il 9 settembre 2023 e ricordandogli l'obbligo di ridurre il danno (doc. 19). In una nota del 19 settembre 2023 figura che l'insorgente ha telefonato all'assicuratore comunicando che il dr. med. \_\_\_\_\_ lo ha visitato per 20 minuti per un'ernia inguinale “ e lui ha problemi anche di schiena. Contesta tutto. Mi comunica che è stato dal dott. \_\_\_\_\_ per ernia e non deve operare, sembra che ora sia affetto di pubalgia, iniziato fisio. Ha ricevuto dalla \_\_\_\_\_, indicazioni per iniziare trattamento del dolore. Attesta di avere diritto AI, molto confuso sul diritto delle assicurazioni. Ha già avuto un caso 2 anni per la stessa patologia, pagato fino a estinzione ” (plico doc. F). Il 22 settembre 2023 l'interessato ha disdetto il contratto di lavoro con effetto

al 30 novembre 2023 (doc. 2). Il 9 ottobre 2023 l'assicuratore ha comunicato all'insorgente che avrebbe sospeso il versamento delle indennità in attesa di ulteriori accertamenti (doc. 25). Il 10 ottobre 2023 il medico curante, dr. med. \_\_\_\_\_, ha risposto ad alcune domande dell'assicuratore (doc. 26). Alla questione di sapere la diagnosi alla base dell'attuale incapacità al lavoro, ha indicato: " lombalgia/radicolopatia L5/S1 occasionalmente deficitaria, pubalgia, dolore caviglia sx su fenomeni degenerativi della (illeggibile) e impingement sottoarticolare cronico, neuropatia del nervo pudendo, disturbi urinari da compressione estrinseca da contrattura muscolare " (doc. 26). Il 30 ottobre 2023 in occasione di una telefonata, l'assicuratore ha informato il ricorrente che " eccezionalmente, considerato che in difficoltà finanziarie, paghiamo settembre e ottobre 2023. Mi dice che pensa che riprende presto il lavoro anche a dipendenza di quello che gli dicono a \_\_\_\_\_. Informato che poi a novembre riceverà la nostra decisione definitiva se continuiamo o meno a riconoscere le prestazioni " (doc. 27). Il 9 novembre 2023 il medico fiduciario, dr. med. \_\_\_\_\_, si è chinato sulla fattispecie affermando che le " diagnosi che conferiscono l'attuale incapacità lavorativa (dr. \_\_\_\_\_ 10.10.2023) sono molteplici e fra di esse ritroviamo anche l'affezione che ha conferito una totale IL da parte dell'AI in attività come isolatore di impianti dal 22 ottobre 2019. Dal 28 novembre 2020 l'Assicurato è stato considerato abile dall'AI al 100% in un'attività adeguata e rispettosa delle seguenti limitazioni funzionali (...). Va rilevato dunque che la professione iniziata il 1.9.2022 non sottostava a queste limitazioni funzionali sovraespresse per cui il danno alla salute conseguente e successivo non dovrebbe essere tutelato " (doc. 29). In una nota del 9 ottobre 2023 una funzionaria dell'assicuratore ha indicato di aver telefonato al datore di lavoro, il quale " era al corrente che non poteva più svolgere la sua professione (AI). " Ella ha aggiunto che " da gennaio a marzo 2022 è stato assunto tramite agenzia. Visto che lavorava bene IL DL, ha stipulato un contratto a tempo determinato per 6 mesi (marzo agosto 2022) per poi procedere con il 1 settembre 2022 contratto a tempo determinato (sic) " (doc. 30). In un'ulteriore nota del 30 ottobre 2023 figura che l'assicuratore ha sollecitato l'invio del mansionario ed il datore di lavoro ha indicato che l'avrebbe trasmesso e che " lui fa sempre la stessa professione con le stesse mansioni " (doc. 31). Nel mansionario del 30 ottobre 2023 figura che l'insorgente è stato assunto come operaio isolatore e che si occupa " di isolare tubazioni e tubi del caldo e del freddo ", che deve spesso sollevare e portare pesi fino a 10 kg, raramente fino a 25 kg e mai oltre i 25 kg (doc. 32). 2.10. Preliminarmente questo Tribunale segnala che in una sentenza 36.2014.87 del 15 dicembre 2014, in ambito assicurazione contro la perdita di guadagno in caso di malattia retta dal diritto privato (LCA), aveva negato il diritto ad ulteriori indennità giornaliere ad un assicurato, che non era passato nell'assicurazione individuale e che chiedeva il pagamento di prestazioni per una patologia che era già stata alla base della precedente incapacità lavorativa per il medesimo lavoro, e per la quale l'assicuratore, tramite un'ingiunzione, gli aveva imposto un cambio di attività, poiché l'interessato aveva violato l'art. 61 LCA allora in vigore (dal 1° gennaio 2022: art. 38a LCA) e due articoli delle condizioni generali d'assicurazione applicabili in quel caso (cfr. consid. 2.4 della STCA 36.2014.87). La fattispecie, per i motivi che seguono, è diversa. In concreto, con la decisione del 25 novembre 2021, cresciuta incontestata in giudicato, l'Ufficio AI ha assegnato a RI 1 una rendita intera dal 1° ottobre 2020 (scaduto l'anno di attesa) al 28 febbraio 2021 (tre mesi dopo il miglioramento dello stato di salute). A causa di una probabile sindrome da insufficienza segmentaria multilivello, ossia L4-L5 e L5-S1, l'amministrazione lo ha ritenuto completamente inabile al lavoro nell'attività precedentemente esercitata di isolatore e abile al 100% in " attività rispecchianti le

indicazioni mediche, reperibili sul mercato libero del lavoro e che non richiedono qualifiche professionali specifiche”, l’Ufficio AI ha calcolato un grado d’invalidità dello 0% (pag. 142 e seguenti incarto AI). CO 1 da parte sua ha versato indennità giornaliera per malattia dal 9 ottobre 2019 all’8 settembre 2021. L’insorgente dal 1° settembre 2022 è stato di nuovo assunto quale “ operaio isolatore ” presso la medesima ditta e dal 12 giugno 2023 è stato dichiarato completamente inabile al lavoro. Dalle tavole processuali, sulla base di quanto descritto al precedente considerando, non si può tuttavia (ancora) concludere con la necessaria tranquillità, senza prima effettuare ulteriori accertamenti, che la patologia alla base dell’incapacità lavorativa che ha dato luogo al versamento di indennità giornaliera sino al 31 ottobre 2023, sia la medesima che ha portato l’assicuratore all’erogazione delle precedenti prestazioni. Il 23 agosto 2023 il dr. med. \_\_\_\_\_, medico fiduciario di CO 1, ha visitato personalmente il ricorrente, accertando direttamente i motivi alla base dell’inabilità, ed è giunto alla chiara conclusione che “ la nota discopatia lombare non ha al momento influenza sulla capacità lavorativa ” (sottolineatura del redattore). Tale conclusione, riportata in due distinti passaggi del referto (punto 3 e punto 4), è stata presa in piena conoscenza dell’attività svolta (“ operaio addetto isolamento ”) e dell’anamnesi. Lo specialista ha infatti fatto riferimento alla “ nota discopatia lombare ” ed ha citato l’esito dell’esame dell’11 luglio 2023 presso la clinica \_\_\_\_\_. Il dr. med. \_\_\_\_\_, pur inserendo la lombalgia ricorrente su discopatie L4-L5 e L5-S1 nella diagnosi con influo sulla capacità lavorativa, ha inoltre esplicitamente affermato che l’incapacità lavorativa in quel momento derivava unicamente dalla problematica all’ernia inguinale, mentre la caviglia sinistra non comportava limiti nella deambulazione. Il sanitario ha inoltre evidenziato che l’assicurato avrebbe potuto riprendere a continuare a svolgere la sua attuale attività lavorativa “ dopo la sanazione chirurgica dell’ernia inguinale salvo complicazioni ” (cfr. punto 3) e che la capacità lavorativa sarebbe stata completa entro 10 giorni dal citato intervento (punto 4). L’ipotesi che l’incapacità lavorativa dell’interessato nella precedente attività avrebbe potuto essere transitoria era già stata espressa il 2 febbraio 2021 dal dr. med. \_\_\_\_\_, FMH reumatologia. Alla questione di sapere se la capacità lavorativa era ridotta in maniera definitiva, lo specialista aveva affermato che “ per il momento non si può ancora rispondere in maniera definitiva a questa domanda ” (pag. 239 incarto AI). Lo stesso assicuratore, malgrado il datore di lavoro del ricorrente avesse indicato sin dalla notifica di malattia del 28 giugno 2023 che l’insorgente svolgeva l’attività di operaio isolatore (doc. 1), ha del resto versato le prestazioni senza alcuna riserva e ciò anche dopo la visita del 23 agosto 2023 presso il proprio fiduciario (scritto del 29 agosto 2023; doc. 19). Certo, successivamente il curante, dr. med. \_\_\_\_\_, ha citato tra le tante patologie alla base dell’incapacità lavorativa anche la lombalgia/radicolopatia L5-S1 già all’origine della precedente inabilità (doc. 26). Tuttavia, il referto è datato 10 ottobre 2023 e la domanda posta (“ 1. Quale diagnosi è alla base dell’attuale incapacità al lavoro? ”), porta sulle malattie che fondano l’attuale incapacità al lavoro. Considerato che il medico incaricato dall’assicuratore, dr. med. \_\_\_\_\_, FMH medicina interna, formazione complementare SGV, medico di fiducia FMH e certificato SIM EFL, il 23 agosto 2023 aveva personalmente accertato che la “ nota discopatia lombare non ha al momento influenza sulla capacità lavorativa ” (sottolineatura del redattore), non può essere escluso che solo dopo la visita presso il fiduciario questa patologia abbia nuovamente provocato, insieme alle altre, un’incapacità al lavoro. Del resto, il dr. med. \_\_\_\_\_ cita tra le patologie con incidenza sulla capacità lavorativa anche il dolore alla caviglia sinistra, che il dr. med. \_\_\_\_\_ ha invece escluso dalle malattie con influenza sulla capacità lavorativa del ricorrente. Non può

invece essere decisiva, perlomeno per il periodo precedente il 10 ottobre 2023, la presa di posizione dell'altro medico fiduciario di CO 1, dr. med. \_\_\_\_\_, dell'8 novembre 2023. Il sanitario non ha spiegato per quale motivo quanto accertato personalmente il 23 agosto 2023 dal suo collega, dr. med. \_\_\_\_\_, FMH medicina interna, formazione complementare SGV, medico di fiducia FMH e certificato SIM EFL, non sarebbe stato corretto. Il dr. med. \_\_\_\_\_, nella sua analisi, si fonda sul referto del 10 ottobre 2023 del curante, che tuttavia si esprime sulla diagnosi "attuale" e non si è confrontato con le conclusioni in senso opposto del dr. med. \_\_\_\_\_, il quale, va nuovamente sottolineato, ha esaminato personalmente l'assicurato su richiesta della medesima CO 1. Su questo punto è pertanto necessario effettuare ulteriori accertamenti, eventualmente tramite una perizia ai sensi dell'art. 44 LPGA, per stabilire perlomeno a partire da quando, tra la visita del 23 agosto 2023 del fiduciario, dr. med. \_\_\_\_\_ e l'attestazione del 10 ottobre 2023, del medico curante, dr. med. \_\_\_\_\_, l'incapacità lavorativa sarebbe stata nuovamente dovuta, anche, alla nota discopatia lombare. Lo stesso assicuratore non si è opposto a procedere con una perizia giudiziaria (cfr. doc. VIII). Andrà pure tenuto conto del fatto che CO 1, anche dopo il referto del 10 ottobre 2023 del medico curante, pur essendo al corrente che l'assicurato svolgeva la medesima attività esercitata in precedenza e pur avendo il dr. med. \_\_\_\_\_ indicato che tra le patologie che hanno un'influenza attuale sulla capacità lavorativa vi era anche la lombalgia, ancora il 30 ottobre 2023 in occasione di una telefonata, ha informato il ricorrente che "eccezionalmente (...) paghiamo settembre e ottobre 2023" (doc. 27). Inoltre, anche per il periodo durante il quale l'insorgente potrebbe essere stato incapace al lavoro anche per la patologia alla base della precedente incapacità lavorativa, occorrerà comunque accertare se, come affermato dall'insorgente, egli ha in realtà esercitato la medesima attività, ma con altre mansioni e cercando di risparmiarsi. A questo proposito occorrerà interpellare il datore di lavoro per iscritto per sapere per quale motivo, se era al corrente che l'insorgente non poteva più svolgere la sua professione, lo ha comunque assunto e se sono state prese delle misure per fargli fare lavori meno pesanti e confacenti al suo stato di salute. Solo dopo aver effettuato tutti questi accertamenti l'assicuratore potrà stabilire se sono dati i motivi per una revisione o per una riconsiderazione (cfr. consid. 2.2 e art. 53 LPGA; va qui ricordato che in caso di riconsiderazione l'irregolarità deve essere manifesta ["zweifellos unrichtig"]) o se l'assicurato ha beneficiato di una prestazione alla quale, da un profilo oggettivo, non aveva diritto. Nella nuova decisione CO 1 dovrà indicare in maniera precisa ed approfondita se sono dati i requisiti di cui all'art. 53 LPGA e, in caso di risposta positiva, dovrà stabilire se la revisione e/o la riconsiderazione vale per tutto il periodo (dal 12 giugno 2023 al 31 ottobre 2023) oppure solo per il periodo successivo alla visita presso il dr. med. \_\_\_\_\_ (23 agosto 2023) o al referto del dr. med. \_\_\_\_\_ (10 ottobre 2023). Dovrà inoltre semmai spiegare per quale motivo sia dopo aver saputo che il ricorrente svolgeva la medesima attività (notifica di malattia del 28 giugno 2023, doc. 1), sia dopo che il dr. med. \_\_\_\_\_ ha indicato che l'interessato svolgeva l'attività di operaio isolatore ed era inabile per motivi diversi rispetto alla patologia lombare (29 agosto 2023, doc. 19), sia dopo aver ricevuto il referto del 10 ottobre 2023 del dr. med. \_\_\_\_\_ (30 ottobre 2023, doc. 27), ha comunque versato le prestazioni pattuite. 2.11. In queste condizioni la decisione su opposizione impugnata va annullata e l'incanto va rinviato all'amministrazione affinché proceda come ai precedenti considerandi. Visto l'esito del ricorso (il rinvio della causa con esito aperto equivale a piena vittoria [DTF 141 V 281 consid 11.1; STF 8C\_293/2023 del 10 agosto 2023, consid. 7]), l'assicuratore verserà al ricorrente,

patrocinato da un legale, le ripetibili (art. 61 cpv. 1 lett. g LPGA). 2.12. Secondo l'art. 61 lett. f bis LPGA 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 prestazioni LAMal non è stato 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 pag. 107) .

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