

TI_GERICHTE 36.2025.1 vom 17. März 2025

TI Tribunale d'appello, 2025-03-17, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2025.1

FR: TI_GERICHTE 36.2025.1 du 17 mars 2025

IT: TI_GERICHTE 36.2025.1 del 17 marzo 2025

Erwägungen

E. 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.

E. 2

Esse possono scegliere un assicuratore diverso da quello scelto per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

E. 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 LPGGA). 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 LPGGA 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 LPGGA, 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. 2.4. Secondo la giurisprudenza sviluppatasi sull'art. 12bis cpv. 1 LAMI – giurisprudenza applicabile anche all'attuale art. 72 LAMal (RAMI 1998 KV 45 pag. 430) – è considerato incapace al lavoro colui che per motivi di salute non è più in grado di svolgere la propria attività, oppure può farlo soltanto in misura ridotta oppure, ancora, quando l'esercizio di una tale attività rischia di aggravarne le

condizioni di salute (DTF 114 V 283 consid. 1c; DTF 111 V 239 consid. 1b). L'allora TFA (dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale) ha rammentato che la giurisprudenza sviluppata in precedenza vale anche vigente la LPGA (sentenza del 22 giugno 2004, U 193/03, consid. 1.3 e seguenti con riferimenti). La questione a sapere se esista un'incapacità lavorativa tale da giustificare il riconoscimento del diritto a prestazioni va valutato in considerazione dei dati forniti dal medico. Determinante non è, comunque, l'apprezzamento medico-teorico - anche se il giudice non se ne scosterà senza sufficienti motivi, essendo anch'egli tenuto a rispettare la sfera d'apprezzamento del medico (RAMI 1983 pag. 293; RAMI 1987 pag. 106 segg.) -, bensì la diminuzione della capacità di lavoro che effettivamente risulta dal danno alla salute (DTF 114 V 283 consid. 1c). Il grado dell'incapacità lavorativa viene valutato con riferimento all'impossibilità, derivante da motivi di salute, di adempiere, secondo quanto può essere ragionevolmente richiesto, la professione normalmente esercitata dall'assicurato. L'incapacità di guadagno si distingue dall'incapacità di lavoro per il fatto che essa considera quale guadagno può e deve ancora essere realizzato dall'interessato, utilizzando la sua capacità lavorativa residua in un mercato del lavoro equilibrato. L'incapacità di lavoro, invece, è l'impossibilità fisica di muoversi o di fare uno sforzo, come pure l'impossibilità psichica di agire con metodo. Essa viene valutata nella propria professione rispettivamente in altri lavori e attività.

2.5. Va in primo luogo rammentato che nell'ambito dell'assicurazione d'indennità giornaliera, in applicazione del principio secondo cui l'assicurato deve fare tutto quanto da lui esigibile per ridurre lo scapito economico derivante dal danno alla salute, questi deve sfruttare la sua residua capacità lavorativa in attività diverse da quella esercitata al momento del verificarsi del danno alla salute (cfr. sentenza 9C_787/2012 del 20 dicembre 2012, consid. 3; sentenza 8C_709/2008 del 3 aprile 2009; DTF 113 V 22 consid. 4a pag. 28; Eugster, Vergleich der Krankentaggeldversicherung nach KVG und nach VVG, in: Krankentaggeldversicherung: Arbeits- und versicherungsrechtliche Aspekte, 2007, pag. 83 e seguenti). Non è quindi dato alcun diritto ad una prestazione se la persona interessata è in grado di percepire un reddito tale da escluderne l'erogazione (DTF 113 V 22 consid. 4a). In caso d'incapacità lavorativa durevole nell'ambito dell'attività abituale (art. 6 LPGA), in ossequio all'obbligo di ridurre il danno (art. 21 LPGA) e di mettere quindi a frutto la sua residua capacità lavorativa in altri ambiti lavorativi, l'assicurato è tenuto a cambiare professione (DTF 141 V 625, consid. 4.1). In altre parole, l'indennità per perdita di guadagno interviene laddove vi è un'incapacità di lavoro temporanea. Quando viene accertato che un rientro nella precedente attività non è più possibile, questa funzione "ponte" della prestazione viene meno e occorre esaminare se la persona assicurata possa esercitare, eventualmente in quale misura, un'altra attività confacente al suo stato di salute. In tal caso, la giurisprudenza riconosce che alla persona assicurata occorra assegnare un termine di 3-5 mesi per adattarsi alla sua nuova attività (Bonaz Lucile, L'assurance perte de gain maladie en droit suisse, 2024 [doi.13907/archive-ouverte/unige:179341], pag. 176, n. 502; DTF 141 V 625, consid. 4.1, STF 8C_489/2021 dell'8 febbraio 2022, consid. 5, STF 4A_384/2019 del 9 dicembre 2019, consid. 5.3, STF 9C_787/2012 del 20 dicembre 2012, consid. 3; STF K 224/05 del 29 marzo 2007). Il periodo di adattamento nel singolo caso può, entro tali limiti (cfr. tuttavia la sentenza del 7 agosto 1998, K 126/97, consid. 2c, solo parzialmente riassunta in RAMI 1998 no. KV 45 pag. 430, nel cui ambito l'Alta Corte ha tutelato l'operato della precedente istanza che aveva esteso a quasi sette mesi la durata del periodo di adattamento [citata anche nella sentenza 9C_787/2012 del 20 dicembre 2012, consid. 3]), essere fissato tenendo conto delle circostanze concrete, quali la difficile collocabilità sul mercato, l'età

dell'assicurato, le capacità (fisiche) residue in un'attività adatta ecc. (DTF 114 V 289 seg. consid. 5b; SJ 2000 II pag. 440 consid. 2b; cfr. pure la sentenza citata del 7 agosto 1998, consid. 2c). Ai fini di tale esame non è per contro determinante la durata della precedente incapacità lavorativa (cfr. Bonaz Lucile, op. cit., pag. 177 n. 503 con rinvio alla STF 9C_787/2012 del 20 dicembre 2012, consid. 3). Né, per quanto è dato di vedere, il Tribunale federale delle assicurazioni ha mai fatto dipendere l'assegnazione di un simile periodo di transizione dall'esistenza, al momento dell'intimazione da parte dell'assicuratore malattia, di un rapporto di lavoro (cfr. Bonaz Lucile, op. cit., pag. 177, n. 503 con rinvio alla STF 9C_595/2008 del 5 novembre 2008, consid. 4.1; cfr. ad es. i fatti posti a fondamento delle sentenze pubblicate in RAMI 1989 no. K 812 pag. 255 e in SJ 2000 II pag. 440). Al termine del periodo di adattamento il grado d'incapacità di guadagno dipende dalla differenza tra il reddito che l'interessato avrebbe potuto guadagnare senza il danno alla salute (malattia) e il reddito esigibile in un'attività adeguata (cfr. sentenza 8C_889/2014 del 23 febbraio 2015, consid. 3.2; DTF 114 V 281). 2.6. Nella misura in cui la persona assicurata è completamente inabile al lavoro nella sua precedente attività e la sua situazione valetudinaria è stabile, le incombe l'obbligo di ridurre il danno e di mettere a frutto la sua capacità lavorativa residua in un'attività adatta e confacente al suo stato di salute (cfr. anche sentenza 8C_702/2018 dell'11 luglio 2019). L'art.

E. 3.2

Se risulta che l'assicurato nell'ottica dell'obbligo di ridurre il danno sia tenuto a cambiare lavoro, l'assicuratore deve invitarlo in tal senso e concedergli un adeguato periodo transitorio per adattarsi alle mutate circostanze e trovare un nuovo posto di lavoro, durante il quale le indennità giornaliere continuano a essere versate. Tale periodo transitorio viene fissato da tre a cinque mesi (sentenza 8C_714/2018 del 5 marzo 2019 consid. 4.4.2 con rinvio a DTF 141 V 625 consid. 4.1 pag. 629 seg.; cfr. anche sentenze 8C_838/2012 del 19 aprile 2013 consid. 3.1; 8C_173/2008 del 20 agosto 2008 consid. 2.3; U 108/05 del 28 agosto 2006 consid. 2.3; U 301/02 del 1° ottobre 2003 consid. 1.3 con rinvio a DTF 114 V 281 consid. 5b pag. 289 seg.; MARKUS SCHMID, nota marginale 10 ad art. 16 LAINF ; JEAN-MAURICE FRÉSARD/MARGIT MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, nota marginale 213 pag. 973 con riferimenti). ” Va ancora evidenziato che secondo la dottrina (Bonaz Lucile, op. cit., pag. 181, n. 513), “ un changement de carrière dans l'assurance perte de gain maladie devrait rester l'exception, et la personne assurée ne saurait y être contrainte à la légère ”. Infine la dottrina (Häberli/Husmann , op. cit., pag. 169 e seguenti) rammenta che dal principio di reciprocità valido nell'ambito della LAMal deriva un giudizio differente dell'esigibilità del cambio di attività rispetto all'AI. Nel primo caso viene infatti assicurato un salario determinato per il quale viene pagato un premio calcolato in funzione dell'indennità che le parti hanno concordato di versare. L'obbligo di cambiare attività, derivante dall'obbligo di ridurre il danno, comporta di regola una riduzione unilaterale della prestazione assicurativa prevista in cambio del premio pagato dalla persona assicurata. Ciò è in contraddizione con il principio dell'equivalenza valido nella LAMal (“ Ebenso ist zu beachten, dass für die Zumutbarkeit in der Krankentaggeldversicherung grundsätzlich ein anderer, für die Versicherer strengerer Massstab als in der Invalidenversicherung gilt. Dies ergibt sich aus dem Äquivalenz-(VVG) bzw. Gegenseitigkeitsprinzip (KVG). Die Versicherten versichern einen bestimmten Lohn bzw. danach bemessene Tagelder und bezahlen dafür die entsprechenden Prämien. Der mit der Schadenminderung geforderte Berufswechsel führt meistens zu einer einseitigen Herabsetzung der geschuldeten

Versicherungsleistungen zugunsten des Taggeldversicherers, was letztlich dem Äquivalenz- bzw. Gegenseitigkeitsprinzip zuwiderläuft. Daher ist eine gewisse Zurückhaltung bei der Bejahung der Zumutbarkeit eines Berufswechsels angezeigt"). 2.8. In concreto, dopo aver ricevuto la notifica di malattia (doc. 1), alcuni certificati medici del curante, dr. med. _____, FMH medico generico (doc. 1) e di altri sanitari, tra i quali la dr.ssa med. _____, FMH medicina fisica e riabilitazione, che attestavano una completa incapacità lavorativa dell'interessata a causa di malattia, l'assicuratore ha convocato l'insorgente per una visita specialistica (cfr. doc. 27) presso il dr. med. _____, FMH reumatologia, medico fiduciario (cfr. doc. 28). Nel referto del 9 luglio 2024 (doc. 38) lo specialista, riassunti gli atti, descritta l'anamnesi familiare, personale, sociale e del lavoro, sistemica, attuale, i dati soggettivi dell'assicurata ed i reperti oggettivi, ha posto la diagnosi di sindrome lombospondilogenica cronica/recidivante in presenza di discopatie multiple con osteocondrosi, protrusione discale L5/S1 con dolori pseudosciatalgici agli arti inferiori (ICD – 10: M54.5), sindrome cervico-spondilogenica in presenza di turbe statico-degenerative (ICD – 10: M54.2), osteoporosi in trattamento (ICD 10: M80.9). Il reumatologo ha affermato: " (...) Valutazione e procedere Si tratta di una paziente che lamenta già da oltre una decina di anni occasionali dolori lombari, poi anche cervicali. In primo piano da inizio di quest'anno vi sono dolori lombari con delle pseudosciatalgie agli arti inferiori in presenza di turbe degenerative moderate con discopatie multiple ed osteocondrosi e protrusione L5/S1. La paziente lamenta dolori in progressione da oltre una decina di anni. È da notare che negli ultimi 5 anni ha lavorato ad intermittenza a causa varie operazioni di cui le ultime 2 nel 2020/2022 con prolungate incapacità lavorative in presenza di problemi soprattutto post-traumatici (frattura dei polsi). La paziente è in cura per un'osteoporosi. Ripresa lavorativa dopo l'ultima problematica di frattura in settembre 2023, dapprima a metà tempo per un paio di settimane e poi a tempo completo, con progressivo aumento dei dolori lombari. Episodio di blocco lombare a fine 2023, la paziente ha potuto riprendere il lavoro. Ultimamente eseguiva un lavoro particolarmente pesante, con pulizie giornaliere e trasporto di casse fino a 12 kg (con l'ausilio di macchinari ma comunque a mano per caricare e scaricare macchinari) fino a 100 casse al giorno. Progressivo peggioramento sintomatico con nuovo episodio acuto in febbraio 2024. Da allora è in incapacità lavorativa totale. Presa a carico dalla Dr.ssa _____ con cure ben condotte ma con, per il momento, solo lieve miglioramento sintomatico. Previste ulteriori terapie con iniezioni peridurali di derivati cortisonici di cui la paziente beneficerà a breve. 4. In che misura questi disturbi limitano la persona assicurata nell'esercizio della sua ultima attività? Voglia descrivere le limitazioni. Visto le problematiche di cui soffre la paziente, ella non può lavorare nella sua attività, che necessita di posizioni statiche, lavoro ripetitivo, sollevamento pesi in continuazione e di lavorare in posizioni poco ergonomiche. 5. Quali sono le capacità prestantive della persona assicurata per l'ultima attività esercitata? 5.1 Indicare il grado percentuale (specificare se per presenza o rendimento) e da quale data 0% a partire dal 14.02.'24 5.2 La capacità lavorativa è ridotta in maniera definitiva? Se NO, previsioni circa la ripresa parziale o totale della sua attività? È probabile di sì. 5.3 Se si alla domanda 5.2: l'assicurato potrebbe essere abile per un lavoro più confacente a suo stato di salute e/o presso un altro ambiente di lavoro? Sì. 5.4 Grado di abilità lavorativa nella nuova professione/nuovo ambiente di lavoro: In misura dell'80% con un misto di riduzione del tempo e del rendimento. 5.5 Tipo di professione e con quali caratteristiche Si dovrebbe trattare di un lavoro in cui la paziente possa cambiare frequentemente posizioni ed eviti posizioni inergonomiche del rachide. Presenta le seguenti limitazioni: può stare seduta

ferma per 30 minuti, in piedi ferma per 30 minuti, camminare fino a 90 minuti. Deve evitare di camminare spesso in salita ed in discesa, camminare su terreni dissestati, salire e scendere spesso scale. Può portare pesi di 5 kg, 10-12 kg occasionalmente, mai oltre e con la schiena dritta. Deve evitare posizioni inergonomiche della schiena (cervicale e lombare) in particolare flessione, semi-flessione o rotazione. Deve evitare anche posizioni statiche mantenute a lungo. 5.6. Da quale data A partire dalla data odierna.

E. 6

novembre 2024 il datore di lavoro ha affermato che durante il periodo dal 1° agosto 2024 al 31 ottobre 2024 la ricorrente “ è sempre stata inabile al 100% ” (doc. 68). Tuttavia, da una parte va evidenziato che l’insorgente si era messa a disposizione per riprendere in maniera parziale la sua attività già dal mese di agosto, ma l’assicuratore il 25 luglio 2024 aveva preso contatto con il datore di lavoro, informandolo dell’esito del referto del dr. med.

_____, delle limitazioni riscontrate e dell’impossibilità per la ricorrente di riprendere la sua precedente attività (doc. 42). Ciò ha verosimilmente indotto l’_____ a non più far lavorare la ricorrente neppure al 50%. D’altra parte da una nota telefonica del 21 agosto 2024 emerge la seguente annotazione: “ attualmente l’assicurata ha IL del 50% e il restante le hanno fatto prendere vacanza ” e da un’email del 30 agosto 2024 dell’assicuratore al datore di lavoro risulta che “ tenuto conto che da parte vostra non è purtroppo possibile ricollocarla, dovremo emettere una decisione formale di cambio di attività ” e che “ nel frattempo riconosceremo le indennità nella misura del 100% ” (doc. 47). Per cui, la mancata ripresa, anche solo in maniera parziale, dell’attività lucrativa non è da ricondurre all’assenza di volontà della ricorrente, che avrebbe voluto ricominciare a lavorare, ma alle comunicazioni dell’assicuratore all’_____. D’altra parte non può neppure essere escluso un nuovo peggioramento dello stato di salute della ricorrente ed una sua stabilizzazione, ma in epoca successiva alla decisione formale, ritenuto come dal 1° ottobre 2024 sia la dr.ssa med. _____ (per il periodo dal 1° ottobre 2024 al 13 ottobre 2024) che il dr. med. _____ (per il periodo dal 14 ottobre 2024 al 14 novembre 2024), hanno nuovamente certificato un’incapacità al lavoro del 100%. In concreto, alla luce delle evidenti divergenze circa la questione della stabilizzazione dello stato di salute della ricorrente tra il medico fiduciario, dr. med. _____, al quale non sono peraltro stati sottoposti tutti i documenti nella loro interezza, per una svista della ricorrente, neppure dopo che quest’ultima ha segnalato il suo errore, e la dr.ssa med. _____, il PD dr. med. _____ e la dr.ssa med. _____ dall’altra, l’assicuratore non poteva chiudere il caso senza procedere con ulteriori approfondimenti medici. Questo anche tenuto conto del fatto che la ricorrente, che lavora per l’_____ dal 1996 e che è nata nel 1970, secondo il calcolo della perdita di guadagno effettuato dall’assicuratore, è comunque incapace al guadagno al 50%. Ritenuto che l’assicurata, per la dr.ssa med. _____, avrebbe potuto ancora essere abile al lavoro nella sua precedente attività nella medesima misura (50%), ci si potrebbe anche chiedere se un cambio di professione comporterebbe effettivamente una riduzione del danno e se potrebbe essere imposto all’assicurata (cfr. in tal senso la citata STF K 224/05 del 29 marzo 2007, consid. 3.2: “ [...] Die Bezugsgrösse für die Ermittlung der Arbeitsunfähigkeit wird aber auf alle zumutbaren, das heisst nach den gesundheitlichen und weiteren persönlichen Verhältnissen in Frage kommenden Beschäftigungen ausgeweitet, sobald feststeht, dass die Wiederaufnahme der bisher ausgeübten Tätigkeit aufgrund des - stabilisierten (RKUV 2000 Nr. U 366 S. 92, U 104/99) - Gesundheitszustandes nicht mehr in Frage kommt (oder definitiv nur noch in geringerem Umfang als in einer leidensangepassten Arbeit) und die versicherte Person

eingliederungsfähig ist [...] ”; sottolineatura del redattore). In ogni caso, alla luce delle divergenze emerse tra gli specialisti interpellati dall’assicuratore e dall’insorgente sia in relazione con la stabilizzazione dello stato di salute dell’interessata sia in relazione alla capacità lavorativa nella precedente attività, occorre procedere con ulteriori accertamenti medici e segnatamente, con una perizia reumatologica amministrativa ai sensi dell’art. 44 LPGa per stabilire se lo stato di salute della ricorrente è stabilizzato, in caso di risposta affermativa da quando, in che misura l’interessata può ancora svolgere la sua attività, in che misura può svolgere altre attività confacenti e con quali limitazioni; in caso di risposta negativa, a partire da quando l’interessata può riprendere la sua attività di aiuto cucina e in che percentuale. Dopo aver acquisito la perizia reumatologica, se all’interessata può essere imposto di cambiare attività, l’assicuratore dovrà indicare in maniera precisa quali attività concrete possono effettivamente essere esercitate nel luogo di lavoro della persona assicurata (cfr. DTF 134 V 23). Differentemente dall’assicurazione per l’invalidità non va infatti preso in considerazione il mercato del lavoro equilibrato teorico, poiché l’esigibilità deve sempre tener conto del caso concreto (Bonaz Lucile, op. cit., pag. 175, n. 499; cfr. anche Kieser op. cit., n. 102 e seguenti ad art. 6). 2.11. Come visto, non potendo dirimere la questione sulla sola base degli atti medici prodotti dalle parti, va ordinata una perizia ad opera di un medico indipendente secondo la procedura di cui all’art. 44 LPGa oppure una perizia giudiziaria (cfr. STF 8C_418/2022 del 1° marzo 2023 consid. 3.1.2 e riferimento ivi citato). In una sentenza di principio 9C_243/2010 del 28 giugno 2011, pubblicata in DTF 137 V 210, il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche rivolte alla giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; art. 72bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione. In quella pronuncia, l’Alta Corte ha pure precisato in quali casi il Tribunale cantonale deve allestire direttamente una perizia giudiziaria e in quali altri può rinviare gli atti all’assicuratore per un complemento istruttorio. In una sentenza 8C_59/2011 del 10 agosto 2011 consid. 5.2 – dunque successiva a quella pubblicata in DTF 137 V 210 -, emanata in materia di assicurazione contro gli infortuni, il Tribunale federale ha ribadito i principi sviluppati nella DTF 135 V 465, in particolare che, in presenza di dubbi circa l’affidabilità di rapporti allestiti da medici di fiducia, il giudice (cantonale) è libero di scegliere se ordinare direttamente una perizia giudiziaria oppure rinviare gli atti all’amministrazione affinché disponga essa stessa una perizia seguendo la procedura di cui all’art. 44 LPGa: " Um solche Zweifel auszuräumen, wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 135 V 465 E. 4.6 S. 471)." In una sentenza 8C_412/2019 del 9 luglio 2020 consid. 5.4, la Corte federale ha rinviato la causa all’assicuratore LAINF (e non al tribunale cantonale che aveva respinto il ricorso della persona assicurata) affinché disponesse l’esecuzione di una perizia ai sensi dell’art. 44 LPGa, precisando che laddove esistano dubbi circa l’attendibilità e la pertinenza della valutazione del medico fiduciario, spetta in primo luogo all’assicuratore contro gli infortuni procedere a ulteriori atti istruttori per determinare d’ufficio i fatti determinanti e, se del caso, assumere le prove necessarie prima di emanare la decisione (art. 43 LPGa): " Lorsqu’il existe des doutes sur la fiabilité et la pertinence de l’appréciation du médecin-conseil, il appartient en premier lieu à l’assureur-accidents de procéder à des instructions complémentaires pour établir d’office l’ensemble des faits déterminants et, le cas échéant, d’administrer les preuves nécessaires avant de rendre sa décision (art. 43 al. 1 LPGa; ATF 132 V 368 consid. 5 p. 374; arrêt 8C_401/209 du 9 juin 2020 consid. 5.3.3. et

ses références).” (si veda pure la STF 8C_697/2019, 8C_698/2019 del 9 novembre 2020 consid. 4.1). Infine, con la pronunzia 8C_445/2021 del 14 gennaio 2022 consid. 4.4, pubblicata in SVR 10/2022 UV n. 34 p. 137 ss., l’Alta Corte ha stabilito che, laddove un tribunale cantonale determini il diritto alle prestazioni facendo capo a un rapporto del medico curante prodotto nel quadro della procedura di opposizione, sebbene ci si trovi in presenza di un caso di applicazione della DTF 135 V 465 che richiede l’intervento di un perito esterno, la causa deve essere rinviata all’amministrazione, e non ai giudici di prime cure, affinché proceda a un complemento istruttorio. È in effetti in primo luogo compito dell’amministrazione disporre degli atti istruttori complementari volti ad accertare d’ufficio tutti i fatti pertinenti e, se del caso, raccogliere le prove necessarie prima di rendere la propria decisione (questo principio è stato confermato ancora con le STF 8C_274/2021 del 31 marzo 2023 consid. 9.3.3; STF 8C_523/2022 del 23 febbraio 2023 consid. 5.4 e riferimenti; STF 8C_731/2021 succitata consid. 4.6). Nella presente fattispecie, il TCA ritiene che siano adempiuti i presupposti per un rinvio degli atti all’assicuratore convenuto (cfr. STF 8C_59/2011 del 10 agosto 2011 e DTF 135 V 465), già per il fatto che la decisione su opposizione impugnata si fonda sul parere del proprio medico fiduciario. Per le ragioni già diffusamente esposte al considerando precedente, si giustifica pertanto l’annullamento della decisione su opposizione impugnata e il rinvio degli atti all’assicuratore resistente affinché disponga un approfondimento peritale esterno in ambito reumatologico (art. 44 LPGa), volto a stabilire se lo stato di salute dell’interessata è stabilizzato: in caso di risposta affermativa da quando, in che percentuale può ancora svolgere la precedente attività e in che percentuale può svolgere un’altra attività lavorativa e con quali limitazioni; in caso di risposta negativa: a partire da quando l’interessata potrà riprendere la sua attività, indicando l’evoluzione nel tempo della capacità lavorativa. In seguito, facendo capo alle risultanze dell’accertamento esperito, l’amministrazione si pronuncerà di nuovo in merito al diritto alle prestazioni dal profilo materiale e temporale.

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 LAMa 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); 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». Considerato l’esito del ricorso (il rinvio con esito aperto equivale a piena vittoria [cfr. DTF 141 V 281 consid. 11.1 e STF 9C_754/2020 del 22 luglio 2021, consid. 7.2]), vanno assegnate le ripetibili.

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