

Bundesgericht  
Tribunal fédéral  
Tribunale federale  
Tribunal federal

8C 896/2009 {T 0/2}

Sentenza del 23 luglio 2010  
I Corte di diritto sociale

Composizione  
Giudici federali Ursprung, Presidente,  
Leuzinger, Frésard, Niquille, Maillard,  
cancelliere Schäuble.

Partecipanti al procedimento  
B. \_\_\_\_\_, 6983 Magliaso, patrocinato  
dall'avv. Fabio Taborelli,  
ricorrente,

contro

Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni, Fluhmattstrasse 1, 6004 Lucerna,  
opponente.

Oggetto  
Assicurazione contro gli infortuni  
(prestazioni di cura, rimborsi delle spese),

ricorso contro il giudizio del Tribunale delle assicurazioni del Cantone Ticino del 21 settembre 2009.

Fatti:

A.

A.a Il 12 settembre 1980 B. \_\_\_\_\_, nato nel 1951, all'epoca dei fatti assicurato d'obbligo presso l'Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni (INSAI), ha subito un grave infortunio che lo ha reso tetraplegico. Il 29 giugno 1982 l'istituto assicuratore lo ha posto al beneficio di una rendita d'invalidità del 100% nonché di un assegno per grandi invalidi versato sotto forma di un aumento della rendita.

Con decisione del 15 luglio 1999, sostanzialmente confermata il 25 febbraio 2000 anche in seguito all'opposizione dell'assicurato, l'INSAI ha quantificato in fr. 51'100.- il proprio contributo annuo per le spese di cure a domicilio ex art. 18 cpv. 2 OAINF (quattro ore giornaliere a fr. 35.- l'ora per 365 giorni). Avverso la decisione su opposizione B. \_\_\_\_\_ si è aggravato al Tribunale delle assicurazioni del Cantone Ticino.

In corso di procedura, il 12 gennaio 2001 le parti sono giunte alla seguente transazione:

”Le parti in causa si accordano bonalmente come segue:

1) A decorrere dal 1.1.1998, l'INSAI riconosce un fabbisogno di 5 ore giornaliere per cure mediche e paramediche in ragione di fr. 35.- all'ora fino al 31.8.2000, data a partire dalla quale il diploma dell'infermiera X. \_\_\_\_\_ Signora D. \_\_\_\_\_ è stato parificato a quello svizzero. Dal 1.9.2000 al 31.12.2000 l'importo in questione viene aumentato a fr. 52.-

L'importo si traduce in franchi 40'399.- come al seguente conteggio:

1.1.1998 - 31.12.2000: 365 giorni per 3 anni a fr. 35.- fr. 38'325.-  
fr. 52 - fr. 35 = fr. 17 per 122 giorni (dal 1.9.2000 al

31.12.2000) fr. 2'074.–

fr. 40'399.–

Dal 1.1.2001 l'importo giornaliero sarà di fr. 52.– all'ora per 5 ore al giorno.

2) Se lo stato di salute dell'assicurato dovesse in futuro peggiorare in modo temporaneo o duraturo sulla base di comprovati certificati medici, l'INSAI si impegna a esaminare di volta in volta se ricorrono le premesse per riconoscere un'adeguata assistenza legata al futuro stato di salute.

3) Il ricorrente si dichiara soddisfatto, rinuncia a ogni ulteriore pretesa e autorizza lo stralcio dai ruoli della lite.

4) Eventuali spese di causa a carico dell'INSAI, ritenuta liquidata in separata sede ogni questione di ripetibili.

5) La presente transazione è esecutoria con la firma delle parti. Essa sarà inoltrata in giudizio per l'omologazione e lo stralcio della lite ad opera dell'INSAI.

6) Dato quanto precede le parti si dichiarano fuori causa.”

Dal 1° gennaio 2001 il totale delle prestazioni ammontava quindi a fr. 94'900.- all'anno (cinque ore giornaliere a fr. 52.- l'ora per 365 giorni). La vicepresidente del Tribunale cantonale delle assicurazioni ha omologato questa transazione e stralciato la causa dai ruoli con decreto del 22 gennaio 2001.

A.b Il 14 giugno 2007 un collaboratore dell'INSAI ha proceduto ad un'ispezione domiciliare. In quell'occasione è emerso che le cure a domicilio erano fornite all'assicurato al mattino (dalle ore 8.00 alle ore 13.00) da F.\_\_\_\_\_, infermiera diplomata, e il pomeriggio (dalle ore 14.00 alle ore 19.00 circa) da C.\_\_\_\_\_, titolare di un diploma italiano di "operatore socio sanitario". L'assicurato versa alla prima un salario mensile di fr. 2'500.-, mentre alla seconda fr. 3'000.-. Durante i fine settimana sono i genitori ad occuparsi dell'interessato. Sulla base di queste informazioni l'INSAI ha effettuato un nuovo calcolo degli importi dovuti all'assicurato a titolo di contributi per le spese di cure a domicilio.

Con decisione del 9 ottobre 2007 l'istituto assicuratore ha stabilito in fr. 6'780.- l'importo mensile riconosciuto all'assicurato, ossia fr. 5'500.- per i salari pagati a C.\_\_\_\_\_, e a F.\_\_\_\_\_, e fr. 1'280.- per la remunerazione delle cure prestate dai genitori durante i fine settimana. A queste prestazioni venivano ad aggiungersi gli assegni per grandi invalidi accordati dall'assicurazione invalidità e dall'INSAI, pari a un importo totale di fr. 3'395.25. L'INSAI ha confermato il suo precedente provvedimento con decisione su opposizione del 14 febbraio 2008. Ha considerato che la situazione si era modificata rispetto a quella esistente al momento in cui le parti erano giunte alla transazione del 12 gennaio 2001.

B.

Per giudizio del 21 settembre 2009 il Tribunale delle assicurazioni del Cantone Ticino ha respinto il ricorso dell'assicurato avverso la decisione su opposizione.

C.

Patrocinato dall'avv. Fabio Taborelli, B.\_\_\_\_\_ ha presentato ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, al quale, protestate spese e ripetibili, chiede, in via principale, che il giudizio cantonale sia annullato e che gli siano riconosciute 11,7 ore di cure infermieristiche al giorno prodigate da una persona qualificata ai sensi dell'art. 18 cpv. 1 OAINF per 365 giorni. In via subordinata chiede di continuare a riconoscergli cinque ore giornaliere di cure infermieristiche per 365 giorni all'anno.

L'INSAI propone la reiezione del gravame, mentre l'Ufficio federale della sanità pubblica ha rinunciato a determinarsi.

Diritto:

1.

1.1 Giusta l'art. 10 cpv. 1 LAINF, l'assicurato ha diritto alla cura appropriata dei postumi d'infortunio, segnatamente:

a. alla cura ambulatoria da parte del medico, del dentista o, previa loro prescrizione, del personale paramedico, nonché, in seguito, del chiropratico;

b. ai medicinali e alle analisi ordinati dal medico o dal dentista;

c. alla cura, al vitto e alloggio in sala comune ospedaliera;

- d. alle cure complementari e a quelle balneari prescritte dal medico;
- e. ai mezzi ed agli apparecchi occorrenti per la sua guarigione.

Il diritto alla cura medica cessa con la nascita del diritto alla rendita (art. 19 cpv. 1 seconda frase LAINF). Determinata la rendita, le prestazioni sanitarie e il rimborso delle spese (art. 10 a 13) sono accordati, a norma dell'art. 21 cpv. 1 LAINF, se il beneficiario:

- a. è affetto da malattia professionale;
- b. soffre di ricaduta o di postumi tardivi e la capacità di guadagno può essere migliorata sensibilmente con cure mediche o queste ne possono impedire una notevole diminuzione;
- c. abbisogna durevolmente di trattamento e cure per mantenere la capacità residua di guadagno;
- d. è incapace di guadagno e il suo stato di salute può essere migliorato sensibilmente con cure mediche o queste ne possono impedire un notevole peggioramento.

Le condizioni del diritto all'assunzione delle spese di cura medica differiscono quindi a seconda che l'assicurato sia o meno titolare di una rendita (DTF 116 V 41 consid. 3d pag. 45). Nell'ipotesi contemplata dall'art. 10 cpv. 1 LAINF, la cura medica dev'essere assunta qualora sia atta a migliorare lo stato di salute o a impedirne un peggioramento. Non è invece necessario che la cura sia di natura tale da ristabilire o da aumentare la capacità di guadagno. Per contro, nell'ipotesi di cui all'art. 21 cpv. 1 LAINF, le spese di cura possono essere assunte solo alle condizioni previste dalla norma stessa.

1.2 Come risulta dall'art. 21 cpv. 1 lett. d LAINF, succitato, determinata la rendita, le prestazioni sanitarie e il rimborso delle spese sono accordati se il beneficiario è incapace di guadagno e le sue condizioni di salute possono essere migliorate sensibilmente con cure mediche o queste ne possono impedire un notevole peggioramento. La disposizione si riferisce agli assicurati completamente invalidi, le cui condizioni di salute possono venir migliorate o perlomeno stabilizzate mediante appropriate misure sanitarie, anche se ciò non ha alcun influsso sulla loro capacità di guadagno (Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, pag. 384). L'assunzione dei costi di tali misure da parte dell'assicuratore infortuni non osta al mantenimento del diritto dell'assicurato a un assegno per grandi invalidi (DTF 124 V 52 consid. 4 pag. 57).

1.3 Nell'evenienza concreta, il ricorrente soddisfa incontestabilmente le condizioni previste dall'art. 21 cpv. 1 lett. d LAINF.

2.

2.1 Secondo l'art. 10 cpv. 3 LAINF il Consiglio federale può definire più in dettaglio le prestazioni d'obbligo a carico dell'assicurazione e limitare il rimborso delle spese di cura all'estero. Esso può inoltre fissare le condizioni relative al diritto alle cure domiciliari e la loro entità. Facendo uso di tale delega, il Consiglio federale ha emanato in parti-colare l'art. 18 OAINF che disciplina le cure a domicilio. Giusta tale disposto, l'assicurato ha diritto alle cure a domicilio prescritte dal medico, a condizione che queste siano prestate da personale o da organizzazioni autorizzati conformemente agli art. 49 e 51 dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (cpv. 1). Eccezionalmente l'assicuratore può concedere anche contributi per le spese di cure a domicilio prestate da persone non autorizzate (cpv. 2).

2.2 Nella sentenza pubblicata in DTF 116 V 41 (cfr. segnatamente pag. 47 consid. 5; v. pure sentenza U 213/02 del 18 agosto 2003 consid. 2.2) l'allora Tribunale federale delle assicurazioni ha avuto modo di precisare il senso di "cure a domicilio" secondo queste disposizioni. In tale nozione rientrano in primo luogo le cure mediche dispensate a domicilio a scopo terapeutico, applicate o prescritte da un medico. Essa comprende quindi anche le cure mediche nel senso di cure infermieristiche, senza azione terapeutica, ma tuttavia indispensabili per il mantenimento dello stato di salute dell'assicurato. Si tratta in particolare dei provvedimenti medici nel senso dell'art. 21 cpv. 1 lett. d LAINF che mantengono, sostengono, assicurano o sostituiscono le funzioni organiche vitali. Una terza forma di cure a domicilio è costituita dalle cure non mediche, ossia l'aiuto personale fornito all'interessato per compiere gli atti ordinari della vita (farsi la pulizia personale quotidiana, cibarsi), come pure l'aiuto relativo all'ambiente in cui vive (ad es. la tenuta dell'economia domestica: DTF 116 V 41 consid. 5a pag. 47). Gli assicuratori sociali non devono assumere tutte le cure a domicilio bensì unicamente quelle, per le quali la legge o

l'ordinanza ha istituito un obbligo di prestazione. In materia di assicurazione infortuni, l'obbligo prestativo

dell'assicuratore per cure a domicilio è disciplinato in modo chiaro dall'art. 18 OAINF. Questa norma obbliga l'assicuratore al versamento di prestazioni per "cure a domicilio prescritte dal medico" (cpv. 1). Ne discende che l'obbligo prestativo è limitato al trattamento terapeutico e alle cure mediche. Può in effetti parlarsi di prescrizione medica soltanto se si tratta di misure aventi carattere medico; le cure non mediche non sono, per natura, subordinate a una indicazione medica. Una prescrizione medica formale non è tuttavia necessaria; è sufficiente che le misure mediche da applicare a domicilio siano indicate dal profilo medico (DTF 116 V 45 consid. 5b e 5c pag. 48). Ne segue che l'assicurazione infortuni è tenuta a prestare solo nella misura in cui si tratta di un trattamento medico o di cure mediche ai sensi dell'art. 10 cpv. 1 LAINF, ossia per le cure a domicilio nel senso delle prime due categorie succitate.

3.

3.1 I primi giudici hanno ritenuto che la documentazione medica agli atti non consentiva di concludere né per un miglioramento delle condizioni di salute dell'assicurato né per un diminuito suo fabbisogno di cure domiciliari. Sulla base dei conteggi richiamati dalla Cassa cantonale di compensazione, la Corte cantonale constata che la retribuzione annua riconosciuta dall'interessato a D. \_\_\_\_\_ ammontava a fr. 39'000.- nel 2002 e 2003 e a fr. 33'000.- nel 2004. È altamente verosimile che l'interessata fosse retribuita secondo modalità analoghe anche in precedenza, segnatamente negli anni 2000 e 2001. Questi fatti costituivano elementi nuovi che, qualora fossero stati noti al momento della conclusione dell'accordo transattivo, avrebbero condotto a un diverso indennizzo delle cure a domicilio. La giurisdizione cantonale ne conclude che l'INSAI era legittimato a rivedere i termini della transazione e a limitare le proprie prestazioni all'ammontare delle retribuzioni effettivamente pagate e a un contributo mensile di fr. 1'280.- per indennizzare le spese di cure prestate dalle persone non autorizzate ai sensi dell'art. 18 cpv. 2 OAINF.

3.2 Invocando il principio "pacta sunt servanda", il ricorrente sostiene che l'assicuratore non poteva ritornare sulla transazione conclusa dalle parti. L'accordo raggiunto a suo tempo riguardava l'indennità di cinque ore al giorno per 365 giorni all'anno. Secondo il ricorrente, si trattava di un'indennità forfetaria. La transazione non distingueva fra le cure prestate dal personale qualificato e quelle prodigate dai genitori dell'interessato. Le condizioni per una revisione processuale ai sensi dell'art. 53 cpv. 1 LPGA non erano realizzate. In effetti, l'INSAI avrebbe potuto prima di firmare la transazione verificare i salari versati a D. \_\_\_\_\_ negli anni 1998, 1999 e 2000. Se non lo ha fatto, è per la semplice ragione che il riconoscimento delle cure infermieristiche contemplate nella transazione era un importo forfetario. Il ricorrente aggiunge che non sarebbero adempiute nemmeno le condizioni per una riconsiderazione.

4.

4.1 La transazione giudiziaria e la decisione che ne prende atto hanno forza esecutiva al pari di una sentenza (cfr. DTF 114 Ib 74 consid. 1 pag. 79). L'accordo transattivo ha forza di cosa giudicata per le stesse conclusioni di quelle formulate in occasione del primo litigio (Pierre Tercier/Pascal G. Favre, *Les contrats spéciaux*, 4a ed. 2009, n. 8152). Inoltre, il decreto con cui un tribunale stralcia la causa in seguito a una transazione giudiziaria in materia di assicurazioni sociali deve quantomeno contenere una motivazione sommaria che spieghi in quale misura l'accordo sia conforme allo stato di fatto e al diritto (DTF 135 V 65 consid. 2 pag. 71). Nel caso di prestazioni assicurative periodiche o durevoli, la transazione giudiziaria non implica una garanzia della situazione acquisita per le parti. Sotto pena di violare altrimenti il principio di legalità del diritto alle prestazioni, la transazione presuppone, sin dall'inizio e perlomeno implicitamente, la riserva di un possibile riesame da parte dell'amministrazione a seguito di un cambiamento delle circostanze. L'autorità di cosa giudicata non vi si oppone. A questo riguardo, la situazione non è diversa a seconda che le parti abbiano concluso una transazione giudiziaria o

che il tribunale abbia reso un giudizio sulla base di un esame completo della causa in fatto e diritto. L'adeguamento delle prestazioni assicurative a causa di un cambiamento delle circostanze è concretizzato, in materia di diritto delle assicurazioni sociali, all'art. 17 LPGA. Sotto il titolo marginale "revisione della rendita d'invalidità e di altre prestazioni durevoli", questo disposto prevede che se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta (cpv. 1). La stessa norma stabilisce quindi che ogni altra prestazione durevole accordata in virtù di una disposizione formalmente passata in giudicato è, d'ufficio o su richiesta, aumentata,

diminuita o soppressa se le condizioni che l'hanno giustificata hanno subito una notevole modificazione (cpv. 2). Pur essendo l'art. 17 LPGa inserito nella sezione riguardante le prestazioni pecuniarie, la giurisprudenza ha sempre ammesso che tutti i tipi di prestazioni durevoli (comprese quelle in natura) potevano dar luogo a revisione, per analogia con il vecchio art. 41 LAI sulla revisione di rendite di invalidità. Ciò è il caso, ad esempio, dei mezzi

ausiliari e delle prestazioni sostitutive (DTF 113 V 22 e la giurisprudenza ivi citata). La LPGa, che non ha introdotto innovazioni su questo punto, non limita di certo questa possibilità (cfr. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2a ed. 2009, pag. 229, n. 3 all'art. 17).

4.2 È vero che nell'assicurazione infortuni la cura medica - che include pure le cure a domicilio ai sensi dell'art. 18 OAINF - e le indennità giornaliere non sono considerate prestazioni durevoli ai sensi dell'art. 17 LPGa (DTF 133 V 57). Questa giurisprudenza si fonda tuttavia sull'idea che la cura medica e le indennità giornaliere dell'assicurazione infortuni sono concesse, per legge, solo fintantoché la continuazione del trattamento medico sia suscettibile di comportare un miglioramento sensibile dello stato dell'assicurato. Se ciò non è più il caso, il diritto alla cura e all'indennità giornaliera si estingue e l'assicurato è posto al beneficio di una rendita d'invalidità, per quanto la soglia necessaria del 10% d'incapacità al guadagno sia raggiunta (art. 16 cpv. 2 seconda frase LAINF e art. 19 cpv. 1 in relazione con l'art. 18 cpv. 1 LAINF; DTF 133 V 57 consid. 6.6.2 pag. 64; supra consid. 1.1). Si tratta quindi di prestazioni di carattere provvisorio o temporaneo. Diverso è tuttavia il discorso per le cure a domicilio concesse dopo la determinazione della rendita a persone totalmente invalide (art. 21 cpv. 1 lett. d LAINF), dovute, di principio, per tutta la vita. È lecito ammettere, in questo caso, trattarsi di

prestazioni a carattere durevole alle quali si applica l'art. 17 cpv. 2 LPGa.

5.

5.1 Nella fattispecie la transazione giudiziaria conclusa il 12 gennaio 2001 faceva riferimento alle cure a domicilio fornite da un'infermiera diplomata, D. \_\_\_\_\_, di nazionalità X. \_\_\_\_\_, che aveva ottenuto in Svizzera l'equivalenza del suo diploma conseguito all'estero. Il riconoscimento dell'equivalenza aveva condotto le parti a portare il salario orario dell'interessata da fr. 35.- a fr. 52.- a partire dal 1° settembre 2000. Contrariamente a quanto sostiene il ricorrente, la transazione non prevedeva il versamento di un'indennità forfetaria per le cure prodigategli a domicilio. L'importo del salario orario era legato al presunto salario effettivamente percepito da D. \_\_\_\_\_ (e probabilmente dalla sua sostituta per i giorni di congedo e le vacanze) in considerazione delle sue qualifiche professionali. L'indennità corrispondeva a cinque ore di cure a domicilio al giorno. In seguito è emerso che le cure a domicilio sono state prodigate da un'infermiera diplomata e da un'ausiliaria, titolare di un diploma italiano di "operatore socio sanitario", per un salario annuo complessivo sensibilmente inferiore a fr. 94'900.-, nonché dai genitori dell'assicurato. L'organizzazione delle cure e dell'aiuto risultava in tal modo notevolmente modificata rispetto alla situazione esistente nel 2001. Questa circostanza costituiva una modificazione della situazione che legittimava l'INSAI a procedere a una revisione. Inoltre, adattando l'importo delle prestazioni in funzione delle spese effettive assunte dal ricorrente, l'assicuratore opponente non ha violato il diritto federale. L'indennità può fondarsi unicamente sulle spese reali e non già su un calcolo teorico o ipotetico dei costi di cura.

5.2 In questo contesto, contrariamente a quanto sostenuto nel gravame, i primi giudici, rifiutandosi di dar seguito alla domanda del ricorrente volta all'audizione testimoniale del suo patrocinatore, non hanno violato il loro obbligo di istruire d'ufficio la causa (art. 61 cpv. 1 lett. c LPGa). In effetti, pur avendo l'avv. Taborelli partecipato alle discussioni che hanno condotto alla conclusione della transazione giudiziaria, mal si vede come la sua testimonianza avrebbe potuto provare fatti che permettessero di concludere per l'assenza di una modifica della situazione e, quindi, per l'esclusione di qualsiasi possibilità di revisione ai sensi dell'art. 17 LPGa.

6.

Il ricorrente fa valere un peggioramento delle sue condizioni di salute e postula il riconoscimento di 11,7 ore giornaliere di cure infermieristiche ex art. 18 cpv. 1 OAINF. Questo peggioramento, tuttavia, non è stato allegato in sede di procedura di opposizione. Sia come sia, può essere ritenuto accertato che al momento - determinante in concreto - della resa della decisione su opposizione, l'aiuto fornito al ricorrente da F. \_\_\_\_\_

e da C. \_\_\_\_\_ per l'intera giornata durante la settimana e dai genitori durante i fine settimana coprirebbe largamente l'intero fabbisogno di cure a domicilio dell'interessato. Non è certo agevole stabilire, in concreto, in quale misura le condizioni di salute dell'assicurato richiedano delle cure mediche a domicilio ai sensi dell'art. 18 OAINF (dispensate da una persona autorizzata o non autorizzata) e delle cure di base a carattere non medico (aiuto per andare al gabinetto, per vestirsi e svestirsi, ecc.), ossia un aiuto per compiere gli atti ordinari della vita presunto di essere indennizzato mediante il doppio assegno per grandi invalidi versato dall'assicurazione invalidità e dall'INSAI. Il ricorrente non poteva in nessun caso pretendere, a titolo di cure a domicilio ai sensi dell'art. 18 OAINF,

il versamento di un'indennità superiore alle spese effettive. Qualora l'interessato dovesse ritenere di necessitare in futuro di cure maggiori o più costose, gli rimane aperta la possibilità di chiedere una revisione in applicazione dell'art. 17 LPGA.

7.

Il ricorrente afferma che l'importo di fr. 1'280.- assegnato per le cure prestate dai suoi genitori durante i fine settimana sarebbe insufficiente e dovrebbe essere raddoppiato. In concreto si tratta tuttavia - il che non è contestato - di cure prodigate da persone non autorizzate ai sensi dell'art. 18 cpv. 2 OAINF. L'assicurato non ha quindi diritto a un contributo in applicazione di questa norma. La determinazione dei contributi stessi è in effetti lasciata in larga misura all'apprezzamento dell'assicuratore. In pratica, il potere d'apprezzamento dell'INSAI ha come limiti il rispetto della parità di trattamento tra gli assicurati e il divieto dell'arbitrio (DTF 116 V 41 consid. 7 pag. 49). Orbene, l'insorgente non si prevale di alcuna violazione di questi principi.

8.

Il ricorrente fa ancora valere che ai salari di fr. 3'000.- e fr. 2'500.- versati mensilmente alle due persone che si occupano di lui si dovrebbero aggiungere i salari sostitutivi pagati durante le vacanze e in caso di malattia delle interessate. Inoltre, l'INSAI dovrebbe assumere gli oneri sociali che egli è tenuto a versare in qualità di datore di lavoro. Si tratta tuttavia di allegazioni nuove, in quanto tali inammissibili (DTF 135 V 194). Per il resto, il ricorrente - che presenta in concreto un calcolo teorico - non dimostra di sopportare effettivamente costi aggiuntivi.

9.

Visto quanto precede, il ricorso si dimostra infondato e va respinto. Le spese giudiziarie seguono la soccombenza e sono poste a carico del ricorrente.

Per questi motivi, il Tribunale federale pronuncia:

1.

Il ricorso è respinto.

2.

Le spese giudiziarie, fissate in fr. 750.-, sono poste a carico del ricorrente.

3.

Comunicazione alle parti, al Tribunale delle assicurazioni del Cantone Ticino e all'Ufficio federale della sanità pubblica.

Lucerna, 23 luglio 2010

In nome della I Corte di diritto sociale  
del Tribunale federale svizzero

Il Presidente: Il Cancelliere:

Ursprung Schäuble