

# **BVGer C-5896/2020 vom 3. März 2022**

Bundesverwaltungsgericht, 2022-03-03, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-5896\\_2020](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5896_2020)

FR: TAF C-5896/2020 du 3 mars 2022

IT: TAF C-5896/2020 del 3 marzo 2022

## **Regeste**

Valutazione dell'invalidità

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Il Tribunale amministrativo federale esamina d'ufficio e con piena cognizione la sua competenza (art. 31 e segg. LTAF), rispettivamente l'ammissibilità dei gravami che gli vengono sottoposti (DTF 133 I 185 consid. 2 e relativi riferimenti).

C-5896/2020 Pagina 9

### **E. 1.2**

Riservate le eccezioni – non realizzate nel caso di specie – di cui all'art. 32 LTAF, questo Tribunale giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF in combinazione con l'art. 33 lett. d LTAF e l'art. 69 cpv. 1 lett. b LAI, i ricorsi contro le decisioni, ai sensi dell'art. 5 PA, rese dall'Ufficio AI per le persone residenti all'estero.

### **E. 1.3**

In virtù dell'art. 3 lett. dbis PA, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA nella misura in cui è applicabile la LPGGA (RS 830.1). Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26bis e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGGA.

### **E. 1.4**

Presentato da una parte direttamente toccata dalla decisione e avente un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modifica (art. 59 LPGGA), che ha altresì pagato l'acconto spese, il ricorso – interposto tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGGA nonché art. 52 PA) – è pertanto ammissibile.

### **E. 2.1.1**

Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea, risiede in Italia ed è dato l'elemento transfrontaliero avendo svolto attività lavorativa in Svizzera, per cui è applicabile, di principio, l'ALC (RS 0.142.112.681).

### **E. 2.1.2**

L'allegato II è stato modificato con effetto dal 1° aprile 2012 (Decisione 1/2012 del Comitato misto del 31 marzo 2012; RU 2012 2345). Nella sua nuova versione esso prevede in particolare che le parti contraenti applicano tra di loro, nel campo del coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, gli atti giuridici di cui alla sezione A dello stesso allegato, comprese eventuali loro modifiche o altre regole equivalenti ad essi (art. 1 ch. 1) ed assimila

la Svizzera, a questo scopo, ad uno Stato membro dell'Unione europea (art. 1 ch. 2).

### **E. 2.1.3**

Gli atti giuridici riportati nella sezione A dell'allegato II sono, in particolare, il regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 (RS 0.831.109.268.1) relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, con le relative modifiche, e il regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 settembre 2009 (RS 0.831.109.268.11) che stabilisce le modalità di applicazione del

C-5896/2020 Pagina 10 regolamento (CE) n. 883/2004, nonché il regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 (RU 2004 121, 2008 4219 4237, 2009 4831) relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità, con le relative modifiche, e il regolamento (CEE) n. 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 (RU 2005 3909, 2008 4273, 2009 621 4845) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CEE) n. 1408/71, con le relative modifiche, entrambi applicabili tra la Svizzera e gli Stati membri fino al 31 marzo 2012 e quando vi si fa riferimento nel regolamento (CE) n. 883/2004 o nel regolamento (CE) n. 987/2009 oppure quando si tratta di casi verificatisi in passato.

### **E. 2.1.4**

Secondo l'art. 4 del regolamento (CE) n. 883/2004, salvo quanto diversamente previsto dallo stesso, le persone ad esso soggette godono delle medesime prestazioni e sottostanno agli stessi obblighi di cui alla legislazione di ciascuno Stato membro, alle stesse condizioni dei cittadini di tale Stato. Ciò premesso, nella misura in cui l'ALC e, in particolare, il suo allegato II, non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura, come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita d'invalidità svizzera, sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 253 consid. 2.4).

### **E. 2.1.5**

Il regolamento (CE) n. 883/2004 è stato inoltre ulteriormente modificato dal regolamento (CE) n. 465/2012 del Parlamento europeo e del Consiglio del 22 maggio 2012, ripreso dalla Svizzera a decorrere dal 1° gennaio 2015 (cfr. sentenza del TF 8C\_580/2015 del 26 aprile 2016 consid. 4.2 con rinvii).

### **E. 2.2.1**

Dal profilo temporale sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 136 V 24 consid. 4.3 e 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti nonché DTF 129 V 1 consid. 1.2).

### **E. 2.2.2**

Le decisioni impugnate emesse il 21 ottobre 2020, modificate pendente causa in favore del ricorrente con decisioni del 29 dicembre 2020 e 10 novembre 2021, tramite attribuzione di rendite complete anche in favore dei figli D.\_\_\_\_\_, E.\_\_\_\_\_, F.\_\_\_\_\_ e G.\_\_\_\_\_ hanno assegnato all'interessato un quarto di rendita di invalidità dal 1° agosto 2017 al 31 luglio 2018 e una mezza rendita dal 1° agosto 2018 al 29 febbraio 2020

C-5896/2020 Pagina 11 e rendite complete per i figli B. \_\_\_\_\_ ed C. \_\_\_\_\_. Ne consegue che sono applicabili le modifiche legislative di cui alla 6a revisione della LAI (primo pacchetto) entrate in vigore il 1° gennaio 2012 e le modifiche intervenute fino alla data della decisione impugnata.

### **E. 3**

Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data delle decisioni impuginate. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina infatti le decisioni impuginate sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui esse sono state pronunciate, e meglio il 21 ottobre 2020. Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi dopo tale data quando essi possano imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2 e 121 V 362 consid. 1b), in altri termini se gli stessi sono strettamente connessi all'oggetto litigioso e se sono suscettibili di influire sull'apprezzamento del giudice al momento in cui detta decisione litigiosa è stata resa (cfr. sentenza del TF 8C\_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.5 nonché 9C\_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2; DTF 118 V 200 consid. 3a in fine).

### **E. 4**

Il TAF applica il diritto d'ufficio, senza essere vincolato in nessun caso dai motivi del ricorso (art. 62 cpv. 4 PA). In virtù dell'art. 12 PA e dell'art. 19 PA in relazione con l'art. 40 della legge federale di procedura civile del 4 dicembre 1947 (PCF, RS 273), il Tribunale accerta i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente. Le parti sono tenute a cooperare all'accertamento dei fatti (art. 13 PA) ed a motivare il proprio ricorso (art. 52 PA). Ne consegue che l'autorità di ricorso adita si limita di principio ad esaminare le censure sollevate, mentre le questioni di diritto non invocate dalle parti solo nella misura in cui gli argomenti delle parti o l'esame dell'incartamento diano sufficiente motivo (sentenza del TAF C-3146/2015 dell'11 maggio 2018 consid. 4 con rinvii).

### **E. 5.1**

Al riguardo va rilevato che l'UAIE ha prodotto tardivamente la duplice datata 10 settembre 2021, notificata al TAF il 14 settembre seguente (doc. TAF 30). Infatti essa avrebbe dovuto essere presentata entro il 5 luglio 2021, termine fissato con l'invito del 3 giugno 2021 (doc. TAF 20), notificato il giorno successivo.

C-5896/2020 Pagina 12

### **E. 5.2**

Giusta l'art. 32 cpv. 1 PA prima di decidere, l'autorità apprezza tutte le allegazioni prodotte dalla parte in tempo utile. Secondo il capoverso 2 essa può tener conto delle allegazioni tardive che sembrano decisive. Nonostante la formulazione in termini potestativi ("Kann-Formulierung") la dottrina dominante, a cui fa riferimento anche il Tribunale federale (sentenza del Tribunale federale 1C\_286/2009 del 13 gennaio 2010 consid. 4.2 segg.), ritiene che vi sia un obbligo e non solo la possibilità di prendere in considerazione allegazioni tardive delle parti qualora appaiano decisive (HAUER/MÜLLER/SCHINDLER, VwVG, Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren, 2019, ad. art. 32, par. 8 segg. e riferimenti ivi citati; cfr. anche sentenze del TAF C-61/2019 del 5 giugno 2020 consid. 5.3 e A-4363/2014 del 4 agosto 2016 consid. 5.2 e riferimenti citati).

### **E. 5.3**

In concreto in sede di duplice l'UAIE, basandosi sulla documentazione medica agli atti, rispettivamente prodotta dal ricorrente e tenuto conto delle allegazioni di quest'ultimo, ha proceduto ad una dettagliata valutazione della fattispecie da un punto di vista medico. Alla luce di quanto sopra esposto questa Corte terrà conto delle allegazioni tardive addotte nella duplice di causa in quanto le riterrà rilevanti e decisive, anche in virtù del principio dell'accertamento d'ufficio dei fatti e dell'applicazione d'ufficio del diritto (consid. 4, in particolare in fine; cfr. anche sentenza del TAF C-5790/2020 del 15 ottobre 2021 consid. 5).

### **E. 6.1**

In via preliminare si rileva che nella decisione impugnata l'amministrazione non si è espressa sul diritto del ricorrente a eventuali provvedimenti d'integrazione professionale – negato nel primo progetto di decisione del 5 luglio 2019 a causa di un grado di invalidità insufficiente pari al 7% da dicembre 2018 (consid. D.a), che è stato successivamente annullato e sostituito da quello del 9 giugno 2020 (consid. D.d), in cui l'autorità inferiore non si è pronunciata su questo aspetto, malgrado un grado di invalidità sufficiente del 22% da marzo 2020 – e censurato dall'insorgente nel gravame. A riguardo del diritto a provvedimenti professionali la prima volta in sede ricorsuale l'assicurato ha dichiarato che “ se la posa della protesi dovesse dare l'esito sperato ed eliminare i suoi problemi di salute, un accompagnamento con la messa in atto dei provvedimenti professionali necessari, potrebbe evitare di trovarsi invalido a 45 anni ” (doc. TAF 1 pag. 10). A suo

C-5896/2020 Pagina 13 dire infatti non essendo lo stato di salute stabilizzato le decisioni impugnate, con cui è stata soppressa la rendita, sono premature.

#### **E. 6.2.1**

Alla luce di quanto sopra esposto, trattandosi di un rapporto giuridico a sé stante (DTF 125 V 413, sentenza 9C\_599/2009 consid. 2, MEYER/REICHMUTH, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Sozialversicherung (IVG), 2014 pag. 296 N 18), vi è carenza, in relazione ai provvedimenti professionali, dell'oggetto impugnato. Su questo punto questa Corte non può quindi di principio entrare nel merito di tale vertenza.

#### **E. 6.2.2**

Inoltre, malgrado la richiesta del ricorrente nell'ambito della procedura ricorsuale, non sono dati tutti i presupposti previsti dalla giurisprudenza per procedere all'estensione dell'oggetto impugnato anche a questo rapporto giuridico, in particolare la causa non risulta ancora essere matura per essere giudicata. Da un lato questa Corte non dispone di tutti gli elementi necessari per esprimersi compiutamente (DTF 144 III 394 consid. 4.3.2.2, “ Spruchreife ”, SVR 2003 IV no. 11 consid. 4, DTF 122 V 34 consid. 2; sentenza del TF 9C\_599/2009) e dall'altro i provvedimenti professionali di cui fa richiesta il ricorrente si riferiscono ad un lasso di tempo successivo ad un eventuale intervento di inserimento di protesi e quindi posteriore alla decisione impugnata. La richiesta esula pertanto anche dal potere cognitivo di questo Tribunale (consid 3). In simili circostanze la richiesta del ricorrente va dichiarata irricevibile e l'incarico va trasmesso per competenza all'UAIE, ricordato tra l'altro che in ambito dell'assicurazione invalidità vale il principio secondo cui l'integrazione ha la precedenza sul diritto alla rendita e che l'autointegrazione ha la precedenza su entrambe le pretese (art. 1a lett. a-b, art. 28 LAI; DTF 113 V 22 consid. 4a; sentenza del TF 9C\_341/2009 consid. 4).

### **E. 6.3**

A titolo abbondanziale va precisato che la mancata emanazione di provvedimenti integrativi da parte dell'amministrazione non può neppure essere considerata un diniego di giustizia, fatto peraltro mai sollevato dal ricorrente, il quale non ha presentato ricorso in tal senso. Al riguardo va rilevato che secondo l'art. 56 cpv. 2 LPGA il ricorso può essere interposto anche se l'assicuratore, nonostante la domanda dell'assicurato, non emana una decisione o una decisione su opposizione.

In concreto la domanda di emanazione di una decisione in tal senso non è

C-5896/2020 Pagina 14 mai stata sollevata. Del resto, come detto, la richiesta in sede ricorsuale si riferisce chiaramente al futuro.

### **E. 7.1**

In primo luogo va evidenziato che con due decisioni del 29 dicembre 2020 (sostituite con decisioni del 9/10 novembre 2021) e tre decisioni del

### **E. 7.2**

Oggetto impugnato sono quindi le decisioni del 21 ottobre 2020 con le quali sono state attribuite al ricorrente e ad i figli B. \_\_\_\_\_ ed C. \_\_\_\_\_ rendite di invalidità e rendite completeive soltanto fino al 29 febbraio 2020. Litigioso è per contro, dopo l'emanazione delle decisioni del 29 dicembre 2020 (sostituite dalle decisioni del 9/10 novembre 2021), il diritto di A. \_\_\_\_\_ di percepire una rendita di invalidità per sé, nonché rendite completeive in favore dei sei figli – in particolare una rendita corrispondente ad un grado di invalidità di almeno il 59% (nella replica il ricorrente si avvale di un'incapacità lavorativa del 100% anche in attività adeguate) – anche dopo il 29 febbraio 2020. In concreto va quindi esaminata la correttezza della fissazione del grado di invalidità effettuata dall'autorità inferiore e meglio se la situazione di salute dell'assicurato così come la capacità lavorativa si sono stabilizzate, rispettivamente migliorate, a far tempo dal 18 novembre 2019, in modo tale da giustificare dal 1° marzo 2020 la soppressione della mezza rendita attribuita con effetto dal 1° agosto 2018 al 29 febbraio 2020. 8. 8.1 L'insorgente si prevale in primo luogo di un notevole peggioramento alla gamba sinistra intervenuto posteriormente agli interventi chirurgici del 7 novembre 2016 e 6 marzo 2017. Egli evidenzia inoltre un'incongruenza tra il quadro clinico descritto dal dott. B.a. \_\_\_\_\_, attestante un aggravamento dello stato di salute, e le conclusioni da esso espresse in merito alla capacità lavorativa. A suo dire la perizia non può pertanto essere considerata convincente. Il ricorrente adduce poi che lo stato di salute non è ancora

C-5896/2020 Pagina 15 stabilizzato, in quanto si deve attendere la fine delle terapie e dei trattamenti proposti dal dott. B.a. \_\_\_\_\_, nonché l'eventuale intervento di protesi totale al ginocchio sinistro. L'assicurato chiede altresì di essere posto a beneficio di provvedimenti di integrazione professionale. Egli contesta anche il calcolo eseguito per stabilire il grado di invalidità, segnatamente l'ammontare del salario da invalido, prevalendosi di una riduzione sociale pari al 25%. A suo modo di vedere infine non esiste sul mercato equilibrato del lavoro una professione compatibile con le limitazioni elencate dal dott. B.a. \_\_\_\_\_ (doc. TAF 1, in particolare pag. 5-9).

Nella replica, richiamando la perizia del dott. E.a. \_\_\_\_\_ dell'11 maggio 2021, il ricorrente postula il riconoscimento di un'incapacità lavorativa totale anche nell'esercizio di un'attività adeguata. 8.2 Secondo l'amministrazione il rapporto SMR del 28 aprile 2020

della dott.ssa C.a. \_\_\_\_\_ (doc. UAIE 104), che si fonda sulla perizia ortopedica del dott. B.a. \_\_\_\_\_ del 4 marzo 2020 (doc. UAIE 103), è per contro fedefacente, privo di contraddizioni e tien conto di tutte le affezioni di cui soffre l'assicurato. L'UAIE evidenzia inoltre che neppure una riduzione del reddito da invalido del 25% condurrebbe al riconoscimento di una rendita di invalidità. 9. 9.1 In base all'art. 8 LPGA è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 LAI precisa che l'invalidità può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio; il cpv. 2 della stessa norma stabilisce che l'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione. 9.2 L'art. 28 cpv. 1 LAI stabilisce che l'assicurato ha diritto ad una rendita alle seguenti condizioni: a. la sua capacità di guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido almeno al 40%. 9.3 L'assicurato ha diritto ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60%, ad una mezza

C-5896/2020 Pagina 16 rendita se è invalido per almeno la metà e ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40% (art. 28 cpv. 2 LAI). 9.4 Per incapacità al lavoro s'intende 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 di 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 (art. 6 LPGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGA e consiste nella 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 ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. 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.

### **E. 8.1**

L'insorgente si prevale in primo luogo di un notevole peggioramento alla gamba sinistra intervenuto posteriormente agli interventi chirurgici del 7 novembre 2016 e 6 marzo 2017. Egli evidenzia inoltre un'incongruenza tra il quadro clinico descritto dal dott. B.a. \_\_\_\_\_, attestante un aggravamento dello stato di salute, e le conclusioni da esso espresse in merito alla capacità lavorativa. A suo dire la perizia non può pertanto essere considerata convincente. Il ricorrente adduce poi che lo stato di salute non è ancora stabilizzato, in quanto si deve attendere la fine delle terapie e dei trattamenti proposti dal dott. B.a. \_\_\_\_\_, nonché l'eventuale intervento di protesi totale al ginocchio sinistro. L'assicurato chiede altresì di essere posto a beneficio di provvedimenti di integrazione professionale. Egli contesta anche il calcolo eseguito per stabilire il grado di invalidità, segnatamente l'ammontare del salario da invalido, prevalendosi di una riduzione sociale pari al 25%. A suo modo di vedere infine non esiste sul mercato equilibrato del lavoro una professione compatibile con le limitazioni elencate dal dott. B.a. \_\_\_\_\_ (doc. TAF 1, in particolare pag. 5-9). Nella replica, richiamando la perizia del dott. E.a. \_\_\_\_\_ dell'11 maggio 2021, il ricorrente postula il riconoscimento di un'incapacità lavorativa totale anche nell'esercizio di un'attività adeguata.

## **E. 8.2**

Secondo l'amministrazione il rapporto SMR del 28 aprile 2020 della dott.ssa C.a. \_\_\_\_\_ (doc. UAIE 104), che si fonda sulla perizia ortopedica del dott. B.a. \_\_\_\_\_ del 4 marzo 2020 (doc. UAIE 103), è per contro fedefacente, privo di contraddizioni e tien conto di tutte le affezioni di cui soffre l'assicurato. L'UAIE evidenzia inoltre che neppure una riduzione del reddito da invalido del 25% condurrebbe al riconoscimento di una rendita di invalidità.

## **E. 9.1**

In base all'art. 8 LPGA è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 LAI precisa che l'invalidità può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio; il cpv. 2 della stessa norma stabilisce che l'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione.

## **E. 9.2**

L'art. 28 cpv. 1 LAI stabilisce che l'assicurato ha diritto ad una rendita alle seguenti condizioni: a. la sua capacità di guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido almeno al 40%.

## **E. 9.3**

L'assicurato ha diritto ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà e ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40% (art. 28 cpv. 2 LAI).

## **E. 9.4**

Per incapacità al lavoro s'intende 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 di 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 (art. 6 LPGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGA e consiste nella 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 ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. 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.

## **E. 10**

novembre 2021 l'autorità inferiore, in parziale accoglimento della richiesta formulata dall'insorgente con il gravame, ha attribuito al ricorrente anche il diritto alle rendite complete in favore dei figli D. \_\_\_\_\_, E. \_\_\_\_\_, F. \_\_\_\_\_ e G. \_\_\_\_\_. In relazione a questi rapporti giuridici l'oggetto litigioso è pertanto limitato al diritto dell'insorgente di beneficiare delle rendite complete per figli anche posteriormente al 29 febbraio 2020. In simili circostanze il ricorso è parzialmente privo di oggetto.

## **E. 10.1**

Secondo l'art. 17 LPGA, 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. Il cpv. 2 della stessa norma prevede 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.

#### **E. 10.2**

L'art. 88a cpv. 1 OAI prevede che se la capacità al guadagno dell'assicurato o la capacità di svolgere le mansioni consuete migliora oppure se la grande invalidità o il bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità si riduce, il cambiamento va considerato ai fini della riduzione o della soppressione del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare. Detta norma si applica anche in caso di assegnazione retroattiva di una rendita scalare (sentenze del TF 9C\_837/2009 del 23 giugno 2010 consid. 2, 9C\_443/2009 del 19 agosto 2009 consid. 5, I 727/02 del 21 luglio 2005 consid. 5 nonché I 297/03 del 3 maggio 2005 consid. 1 e relativi riferimenti; cfr. pure sentenza del TAF C-1446/2011 del 27 giugno 2013 consid. 6.5 e relativi riferimenti).

C-5896/2020 Pagina 17

#### **E. 10.3**

Giusta l'art. 88bis cpv. 2 OAI, la riduzione o la soppressione della rendita, dell'assegno per grandi invalidi o del contributo per l'assistenza è messa in atto: a) il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione; b) retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante se l'erogazione indebita è dovuta all'ottenimento illecito di una prestazione da parte dell'assicurato o se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'art. 77 OAI.

#### **E. 10.4**

Secondo la giurisprudenza del Tribunale federale, costituisce motivo di revisione della rendita d'invalidità ogni modifica rilevante delle circostanze di fatto suscettibile d'influire sul grado di invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita. Ne consegue che la rendita può essere soggetta a revisione non soltanto in caso di modifica significativa dello stato di salute, ma anche quando detto stato è rimasto invariato, ma le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento significativo (sentenza del TF I 870/05 del 2 maggio 2007; DTF 130 V 343 consid. 3.5).

#### **E. 11.1**

In caso d'assegnazione retroattiva di una rendita scalare la data di modifica del diritto deve essere stabilita conformemente all'art. 88a OAI (RS 831.201; sentenze del TF 9C\_837/2009 del 23 giugno 2010 consid. 2, 9C\_443/2009 del 19 agosto 2009 consid. 5, I 727/02 del 21 luglio 2005 consid. 5 nonché I 297/03 del 3 maggio 2005 consid. 1 e relativi riferimenti; cfr. pure sentenza del TAF C-1446/2011 del 27 giugno 2013 consid. 6.5 e relativi riferimenti). Inoltre, il termine di attesa di tre mesi dell'art. 88a OAI non può iniziare a decorrere prima della nascita del diritto ad una rendita (cfr. sentenza del TF 9C\_110/2014 del 13 giugno 2014).

#### **E. 11.2**

Assegnando retroattivamente una rendita d'invalidità decrescente/crescente e/o limitata nel tempo, l'autorità amministrativa disciplina un rapporto giuridico suscettibile, in caso di contestazione, di essere oggetto della lite e dell'impugnativa. Qualora sia contestata solo la riduzione o la soppressione delle prestazioni, il potere cognitivo del giudice non è limitato nel senso che egli debba astenersi dallo statuire circa i periodi per i quali il riconoscimento di prestazioni non è censurato (DTF 125 V 413 consid. 2.2 et 2.3 confermato in 131 V 164). Va ricordato che nel caso in cui la prestazione sia accordata con effetto retroattivo – ma limitata nel tempo, aumentata oppure ridotta – esiste un'unica relazione giuridica. Ciò vale anche se l'assegnazione della rendita d'invalidità graduata e/o limitata

C-5896/2020 Pagina 18 nel tempo è stata comunicata mediante più decisioni (DTF 131 V 164 consid. 2.2 e 2.3).

### **E. 12.1**

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è di carattere giuridico economico e non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28a cpv. 1 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione (reddito da invalido), tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido). In altri termini l'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa (metodo generale del raffronto dei redditi).

### **E. 12.2**

La nozione di invalidità in ambito AI coincide con quella vigente in ambito LAINF e nell'assicurazione militare (art. 16 LPGA; DTF 127 V 129 consid. 4d; 133 V 549 consid. 6). Se il danno alla salute è il medesimo, la valutazione dell'invalidità in ambito AI, LAINF e assicurazione militare dovrebbe condurre al medesimo grado di invalidità (DTF 133 V 549 consid. 6; 126 V 288 consid. 2a con rinvii). Un assicuratore non è tuttavia vincolato ad una decisione emessa da un altro ente per esempio nel caso in cui il grado di invalidità risulta da un accordo intercorso tra le parti (DTF 127 V 129 consid. 4d; 126 V 288 consid. 2a) rispettivamente si fonda su un errore di diritto (DTF 126 V 288 consid. 2a). Se inoltre in DTF 126 V 288 il TF ha relativizzato il carattere vincolante di una valutazione dell'invalidità passata in giudicato nei confronti di un assicuratore contro gli infortuni nel senso che una determinazione differente del grado d'invalidità nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità entrava in linea di conto eccezionalmente e a condizione che sussistessero motivi pertinenti, in DTF 133 V 549 il Tribunale federale (TF) ha precisato la propria giurisprudenza concludendo che la valutazione dell'invalidità da parte dell'assicurazione infortuni non vincola l'assicurazione per l'invalidità ai sensi della precedente giurisprudenza (DTF 126 V 288) e, di conseguenza, l'Ufficio AI non è legittimato a interporre opposizione, rispettivamente ricorso, contro la decisione, rispettivamente contro la decisione su opposizione, dell'assicuratore infortuni sulla questione del diritto alla rendita in

C-5896/2020 Pagina 19 quanto tale o sul grado d'invalidità (DTF 133 V 549 consid. 6; sentenza del TF 9C\_903/2011 del 25 gennaio 2013 consid. 10).

### **E. 12.3**

In assenza di documentazione economica, la documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora esigibili dall'assicurato, ma non spetta al medico graduare il grado d'invalidità dell'assicurato (DTF 114 V 314). Infatti, per costante giurisprudenza le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi d'apprezzamento del danno invalidante, allorché permettono di valutare l'incapacità lavorativa e di guadagno dell'interessato in un'attività da lui ragionevolmente esigibile (DTF 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c).

#### **E. 12.4**

Quanto alla valenza probatoria di un rapporto medico, determinante, secondo la giurisprudenza, è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è tanto né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio, quale perizia o rapporto (DTF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a; HANS-JAKOB MOSIMANN, *Zum Stellenwert ärztlicher Beurteilungen*, in: *Aktuelles im Sozialversicherungsrecht*, 2001, pag. 266). Nella sentenza pubblicata in VSI 2001 pag. 106 segg. la Corte ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove (art. 40 PC e art. 19 PA, art. 95 cpv. 2, art. 113 e 132 vOG; DTF 125 V 351 consid. 3) definire delle direttive in relazione alla valutazione di determinate forme di rapporti e perizie.

#### **E. 12.5**

Infine giova ricordare che di principio deve essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti a causa dei particolari legami che intrattengono con il paziente (cfr. DTF 125 V 351 consid. 3b/cc), per cui, secondo l'esperienza comune, essi tendono generalmente, in caso di dubbio, a pronunciarsi in favore del proprio paziente in ragione del rapporto di fiducia che lo unisce a quest'ultimo (sentenza del TF 8C\_168/2018 del 6 giugno 2018).

#### **E. 12.6**

Una valutazione medica completa, comprensibile e concludente che, considerata a sé stante in occasione di un'unica (prima) valutazione del diritto alla rendita, andrebbe ritenuta probante, non assurge a prova attendibile in caso di revisione, se non attesta in modo sufficiente in che modo

C-5896/2020 Pagina 20 rispettivamente in che misura ha avuto luogo un effettivo cambiamento nello stato di salute. Sono tuttavia riservati i casi evidenti (SVR 2012 IV n. 18 pag. 81 consid. 4.2). Dalla perizia deve quindi emergere chiaramente che i fatti con cui viene motivata la modifica sono nuovi o che i fatti preesistenti si sono modificati sostanzialmente per quanto riguarda la loro natura rispettivamente la loro entità. L'accertamento di una modifica dei fatti è in particolare sufficientemente comprovata se i periti descrivono quali aspetti concreti nell'evoluzione della malattia e nell'andamento dell'incapacità lavorativa hanno condotto alla nuova valutazione diagnostica e alla stima dell'entità dei disturbi. Le summenzionate esigenze devono trovare riscontro nel tenore delle domande poste al perito (sentenze del TF 9C\_540/2020 del 18 febbraio 2021 consid. 4.2; 9C\_158/2012 del 5 aprile 2013; SVR 2012 IV pag. 81 consid. 4.3).

## **E. 13**

Alfine di stabilire il diritto a prestazioni dell'assicurato in seguito all'infortunio subito il 5 agosto 2016 l'amministrazione ha assunto agli atti:

### **E. 13.1**

Diversi referti radiologici susseguenti all'infortunio, e meglio:

#### **E. 13.1.1**

Il referto della RM al ginocchio sinistro del 9 agosto 2016 da cui emerge " rilesione del menisco mediale che si estende dal corno anteriore al corno posteriore in paziente con pregressa meniscectomia parziale del corpo e corno posteriore. Possibile incipiente formazione di cisti parameniscale a livello del corpo del menisco mediale. Pregressa plastica del legamento crociato anteriore, probabilmente rotta al terzo medio. Importante condropatia del compartimento femoro-tibiale mediale e femoro-rotuleo. Piccolo versamento intra-articolare " (doc. INSAI 14).

#### **E. 13.1.2**

Le risultanze della RM (al ginocchio sinistro del 14 settembre 2017 (doc. INSAI 88) da cui emerge " gonartrosi femoro-tibiale mediale, rottura del corpo meniscale lussato nel recesso capsulare. Ampio difetto cartilagineo trocleare femorale. Ispessimento ed edema della plica sinoviale medio patellare ".

Quelle al ginocchio ap e lat. sinistro in ortostasi di medesima data che evidenzia " gonartrosi femoro-tibiale mediale. Esiti di ricostruzione del legamento crociato anteriore. Osteorarefazione focale a livello metafisario tibiale mediale in verosimili esiti post-chirurgici. (...) alterazione focale centrale endomidollare a livello del terzo diafisario distale femorale di non univoca interpretazione " (doc. INSAI 89).

C-5896/2020 Pagina 21

#### **E. 13.1.3**

Il referto della RM al ginocchio sinistro del 30 maggio 2018 secondo cui " in esiti chirurgici di ricostruzione del legamento crociato anteriore è attualmente riconoscibile aspetto di netta irregolarità del legamento stesso con rottura parziale della metà posteriore. (...) Si confermano: esiti di meniscectomia parziale mediale con degenerazione del residuo meniscale, aspetti da gonartrosi femoro-tibiale e femoro-rotulea, con alterazioni condrali di IV grado a carico della troclea femorale e del profilo articolare mediale della rotula e di II-III grado a carico dei condili femorali sul profilo inferiore, versamento intra-articolare con borsite di gastrocnemio-semimembranoso " (doc. INSAI 150).

Le risultanze della RX al ginocchio sinistro del 30 maggio 2018 (doc. INSAI 149), messa a confronto con quella eseguita in data 31 maggio 2017, da cui emerge " esiti chirurgici di ricostruzione del legamento crociato anteriore. (...). Note artrosiche con proiettiva riduzione di ampiezza dell'eminanza articolare femoro-tibiale mediale, un poco più evidente rispetto al precedente controllo. (...) Alterazione osteo-strutturale iperdensa nel contesto della regione diafisaria distale del femore, ben compatibile con esiti di infarto osseo/econdroma, imm modificata rispetto alla precedente analisi. Modesto versamento intra-articolare ".

## **E. 13.2**

L'amministrazione ha inoltre assunto i seguenti rapporti medici:

#### **E. 13.2.1**

Il rapporto del 7 novembre 2016 (doc. INSAI 35) in cui il dott. L. \_\_\_\_\_ ha posto le diagnosi di “ lesione del menisco mediale e lesione condrale III grado a livello del condilo femorale mediale e IV della troclea femorale, lesione PLCA e cyclope anteriore del ginocchio sinistro “. Il mese seguente l'assicurato si è sottoposto ad un intervento di “ artroscopia ginocchio sinistro: meniscectomia mediale, shrinkaging danni cartilaginei, asportazione PLCA e rimozione vite tunnel femorale metallica, asportazione cyclope “. Il medico ha quindi ritenuto A. \_\_\_\_\_ totalmente inabile al lavoro.

#### **E. 13.2.2**

Il rapporto del 6 marzo 2017 del dott. L. \_\_\_\_\_ relativo all'intervento di “ artroscopia del ginocchio sinistro: riplastica del legamento crociato anteriore con allograft e sistema rigidfix, shrinkaging cartilagineo, del 6 marzo 2017 “ (doc. INSAI 59). Il medico ha attestato un'inabilità lavorativa.

#### **E. 13.2.3**

Il referto del 9 maggio 2017 del dott. L. \_\_\_\_\_ secondo cui “ il paziente riferisce 15 giorni fa un cedimento articolare e da allora una sensazione di instabilità sull'angolo postero-laterale del ginocchio. Effettivamente

C-5896/2020 Pagina 22 riesce ad effettuare una traslazione se non lavora in asse il ginocchio, del comparto laterale “ (doc. INSAI 68). Alla luce delle risultanze dei referti radiologici prescritti e dopo consultazione con il dott. T. \_\_\_\_\_, mediante rapporti del 4 luglio e 19 settembre 2017 (doc. INSAI 83, 91) il medico ha proposto un intervento di osteotomia valgizzante della tibia in ginocchio gonartrosico mediale varo.

#### **E. 13.2.4**

Il rapporto del 25 settembre 2017 in cui il medico dell'INSAI dott. O. \_\_\_\_\_ ha indicato che la degenerazione femoro-tibiale mediale era da ricondurre al precedente infortunio del 1995 e ritenuto l'intervento proposto non in relazione causale con l'infortunio del 5 agosto 2016 (doc. INSAI 92).

#### **E. 13.2.5**

Il rapporto di visita medica circondariale del 26 ottobre 2017 (doc. INSAI 104) in cui il medico INSAI dott. P. \_\_\_\_\_, dopo aver visitato l'assicurato il 23 ottobre precedente, ha posto le diagnosi di “ stato dopo distorsione ginocchio sinistro in portatore di pregressa ricostruzione del crociato anteriore nel 1995 e meniscectomia mediale in data 05.08.2015; stato dopo intervento di artroscopia al ginocchio sinistro e meniscectomia mediale, shaving condrale e asportazione PLCA, rimozione vite del tunnel femorale, asportazione Cyclope in data 07.11.2016; stato dopo intervento di artroscopia al ginocchio sinistro di plastica LCA con Allograft e sistema Regidfix, shaving cartilagineo (6 marzo 2017); stato dopo intensa fisioterapia “.

Egli ha precisato che “ al momento attuale il dato fondamentale è la notevole ipomiotrofia quadricipitale, per quanto riguarda la leggera artrosi come giustamente fatto rilevare dal dott. med. O. \_\_\_\_\_ essa è ampiamente preesistente e precedente e non dipendente dall'infortunio in esame. Pertanto l'osteotomia valgizzante proposta, appare decisamente di competenza della Cassa malati. Per il miglioramento delle condizioni oggettive

dell'assicurato derivate dall'infortunio, appare opportuno un periodo di fisioterapia intensiva (...) che dovrebbe comportare un miglioramento più apprezzabile particolarmente a livello del tono muscolare “. Il medico ha quindi ritenuto A.\_\_\_\_\_ totalmente inabile per l'attività assistita di montatore di serramenti.

#### **E. 13.2.6.1**

Il rapporto del 29 novembre 2017, commissionato dall'INSAI, in cui il dott. Q.\_\_\_\_\_, dopo aver ripreso le diagnosi note, ha attestato che “ attualmente il Signor A.\_\_\_\_\_ continua ad accusare dolori al ginocchio,

C-5896/2020 Pagina 23 deficit di estensione e di mobilità, così come un'instabilità sotto stress laterale, fa notare come questa non sarebbe stata presente prima dell'attuale infortunio “ (doc. INSAI 113).

#### **E. 13.2.6.2**

Il rapporto del 18 dicembre 2017 (doc. INSAI 116), all'attenzione dell'assicuratore infortuni, in cui il dott. Q.\_\_\_\_\_, riferendosi al trattamento fisioterapico svolto dall'assicurato (doc. INSAI 117), ha attestato che “ se da una parte vi è stato un certo miglioramento della mobilità dall'altra persiste l'instabilità in rotazione e, soprattutto, cosa alquanto strana, (...) vi è ancora dell'atrofia del quadricipite nonostante tutta l'attività eseguita “. In relazione a quest'ultima il medico ha inoltre indicato “ (...) penso che sarà necessaria una valutazione neurologica (...) con probabile EMG al fine di capire se vi siano delle cause neurologiche del perché il paziente non riesce a rinforzare tale muscolo “. Egli ha infine evidenziato che “ credo che sarà necessaria una vostra rivalutazione in agenzia, anche per definire la causalità con l'infortunio visto che il paziente presenta bene o male delle alterazioni degenerative anche susseguenti ad un infortunio passato “.

Il dott. Q.\_\_\_\_\_ ha quindi considerato l'insorgente inabile nell'attività abituale di metalmeccanico, mentre da subito abile (senza indicarne la misura) in un lavoro più leggero, dove debba stare seduto o al limite camminare in pianura e ritenuto possibile anche attività di magazzino leggero.

#### **E. 13.2.7**

Il rapporto del 29 gennaio 2018 relativo alla visita medica circondariale del 16 gennaio precedente (doc. INSAI 124) in cui il dott. O.\_\_\_\_\_, ha posto le diagnosi di competenza INSAI di “ stato dopo trauma in varo ginocchio sinistro il 05.08.2016 con lesione parziale del menisco mediale al corno anteriore e posteriore; sospetto di rottura legamento crociato anteriore in stato di pregressa plastica LCA; 07.11.2016 artroscopia ginocchio sinistro con meniscectomia parziale mediale, shrinking cartilaginei, asportazione legamento crociato anteriore e rimozione vite tunnel femorale metallica, asportazione ciclope; 06.03.2017 artroscopia del ginocchio sinistro con re-plastica del legamento crociato anteriore con allograft e sistema rigid-fix e shrinking cartilagineo “ e le diagnosi non di competenza INSAI di “ stato dopo legamento-plastica del crociato anteriore e resezione menisco mediale ginocchio sinistro nel 1995; importante condropatia del compartimento femore-tibiale mediale e femoro-rotuleo; formazione di cisti paramenisca a livello del corpo del menisco mediale “.

Lo specialista ha precisato che “ nella mia valutazione personale ho notato una buona funzionalità della muscolatura in modo attivo e passivo. La mo-

C-5896/2020 Pagina 24 bilità leggermente aumentata in flessione è spiegabile a causa della mancanza della cartilagine del compartimento femoro-tibiale mediale che spiega un'aumentata elasticità del legamento collaterale mediale in flessione in confronto a destra. Il ginocchio è ben stabile nonostante l'estensione dimostri 5-10° in meno. Quindi si nota il problema della soggettiva aumentata elasticità medio-laterale nel fatto di avere circa 5 mm in più di spazio a causa della mancanza della cartilagine nella parte tibiale ma anche della circonferenza del condilo femorale tibiale. Articolazione femoro-tibiale laterale sana come mostrano tutte le MR eseguite nell'ultimo anno e mezzo. (...) già prima delle RM 3 giorni dopo il recente infortunio ha mostrato un importante danno alla cartilagine femoro-tibiale mediale, quindi un'artrosi preesistente all'infortunio. La legamento-plastica è stabile sia clinicamente che valutando la RM “.

Il medico ha poi sottolineato che “ l'instabilità soggettiva medio-laterale è unicamente possibile in flessione, come descritto sopra si vede un problema meccanico che è spiegabile con la situazione artrosica. L'assicurato riesce comunque a tenere il ginocchio sotto controllo attivamente. Anche la differenza della muscolatura è spiegabile in un assicurato che cerca di aumentare la muscolatura caricando su una emi-artrosi. La degenerazione in questo ancora giovane assicurato con probabilità preponderante peggiorerà nei prossimi anni “.

Egli ha inoltre aggiunto di aver spiegato che “ le terapie di valgizzazione sono state proposte per il suo problema degenerativo preesistente all'infortunio. Per quanto riguarda unicamente il danno infortunistico (rilezione corno mediale e posteriore del menisco mediale, rilezione della legamento-plastica) lo stesso è stato sanato con una nuova legamento-plastica stabile con il menisco restante il quale si è lussato a causa della degenerazione del compartimento mediale. Anche questa è una conseguenza degenerativa e non infortunistica “.

Il dott. O.\_\_\_\_\_ ha infine consigliato l'esecuzione di un esame neurologico presso il dott. S.\_\_\_\_\_.

### **E. 13.2.8**

Il rapporto del 1° febbraio 2018 (doc. INSAI 132), all'attenzione dell'INSAI, in cui il dott. S.\_\_\_\_\_, dopo aver visitato l'assicurato il 30 gennaio precedente, ha sostenuto che “ all'attuale stato neurologico confermo una lieve ipotrofia della coscia sinistra senza però nessun deficit di forza associato, anche il riflesso rotuleo e il riflesso degli adduttori sono ben evocabili e simmetrici, nessun deficit sensitivo a livello della coscia sinistra. Unicamente il paziente descrive una certa ipoestesia e disestesia in un territorio compatibile con quello d'innervazione del nervo infrapatellare sinistro. Quest'ultimo nervo non è esaminabile da un punto di vista elettrofisiologico, una lesione di questo nervo dopo un intervento al ginocchio non è

C-5896/2020 Pagina 25 rara, nel caso del paziente comunque comportano una lieve disestesia e sicuramente non spiega i cedimenti accusati dal paziente e le difficoltà della motilità e della stabilità del ginocchio sinistro “. Il medico ha inoltre precisato che “ l'esame EMG dei muscoli suelencati è risultato nella norma, posso escludere una causa neurologica alla base dell'ipotrofia del quadricepale sinistro, nessun argomento per una lesione del nervo femorale o di una origine radicolare di quest'ipotrofia che penso sia proprio secondaria dal minor utilizzo del muscolo durante il cammino e nel mantenere la posizione eretta, il paziente effettivamente appoggia in maniera più cauta l'arto inferiore sinistro

in quanto avverte il ginocchio instabile e bloccato nell'estensione “.

#### **E. 13.2.9**

Il rapporto del 6 marzo 2018 in cui il dott. O. \_\_\_\_\_, chiamato a pronunciarsi, alla luce della suddetta valutazione, in merito alla causalità tra l'infortunio del 5 agosto 2016 e i disturbi accusati dall'assicurato ha ribadito che “ con probabilità preponderante è un problema dell'avanzata degenerazione/artrosi femoro-tibiale la quale non permette all'assicurato di aumentare la sua muscolatura del ginocchio sinistro (...). Il dott.

S. \_\_\_\_\_ conferma che la problematica non è da considerare di origine neurologica ma un problema predominante artrosico “ (doc. INSAI 133).

#### **E. 13.2.10**

Il rapporto del 7 maggio 2018 (doc. INSAI 142) in cui il dott. L. \_\_\_\_\_ ha indicato che “ il paziente si ripresenta per un'importante instabilità del ginocchio, non soltanto nei movimenti di rotazione interni con piede fermo, ma anche nei movimenti di lateralità del ginocchio “.

Il medico ha attestato che “ il grado clinico è nettamente peggiorato rispetto all'ultima mia visita eseguita alcuni mesi orsono, nonostante l'importante tentativo di recupero del tono muscolare che il paziente sta continuando ad eseguire. Verosimilmente siamo di fronte ad un cedimento della riplastica (...) “. Egli ha ritenuto l'interessato totalmente inabile al lavoro.

#### **E. 13.2.11**

Il rapporto del 5 luglio 2018 (doc. INSAI 154), all'attenzione dell'assicuratore infortuni, in cui il dott. T. \_\_\_\_\_, dopo aver visitato l'interessato, ha evidenziato che “ (...) il paziente presenta un arco articolare completo in flessione, una limitazione in estensione di circa 3°, ma soprattutto un'importante dolenzia sia mediale che laterale. Ho osservato la deambulazione del paziente che presenta un chiaro quadro di ginocchio varus trust. Il paziente riferisce di avere importante dolore e instabilità, ha eseguito un ciclo intenso di fisiochinesiterapia che non ha assolutamente portato ad un beneficio, anzi ad un peggioramento della sintomatologia dolorosa “.

C-5896/2020 Pagina 26 Lo specialista ha aggiunto “ ho attentamente valutato l'eventualità di eseguire una osteotomia valgizzante (...). Il paziente presenta già una condropatia del comparto laterale. L'osteotomia purtroppo non è indicata. Valutando e discutendo con il paziente credo che l'unica soluzione per avere un ginocchio asintomatico e stabile e permettere al paziente il ritorno alla vita normale e alla ripresa dell'attività lavorativa sia quella di effettuare una protesi totale del ginocchio “.

#### **E. 13.2.12.1**

Il rapporto del 13 ottobre 2018 in cui il dott. U. \_\_\_\_\_ ha indicato che l'assicurato presenta “ ginocchio sinistro asciutto, instabile con momento adduttore al cammino, severa ipotrofia muscolare di coscia. All'esame clinico limitato da contrattura antalgica si evidenzia un'instabilità antero-laterale con lassità in varo, in esiti di ricostruzione legamentosa. Sindrome femoro-rotulea con sovraccarico del compartimento mediale. L'esame radiologico e rm evidenzia un'artrosi tricompartmentale del ginocchio di grado 2/3 di Ahlback, sicuramente da attribuirsi agli esiti chirurgici di lesione legamentosa occorsa per infortunio sul lavoro. Peraltro non trovo attualmente indicazione per programma di protesizzazione del ginocchio. Mi limiterei per ora a un programma semplice

di mobilizzazione con cyclette a ruota libera per 30 minuti almeno tre volte la settimana e a terapia antiflogistica con Indoxen 50 dopo il pasto di mezzogiorno, per almeno tre settimane. Solo l'osservazione evolutiva, rimosso il quadro attuale di entesite del ginocchio, permetterà un corretto programma terapeutico eventualmente chirurgico " (doc. INSAI 177 pag. 3).

#### **E. 13.2.12.2**

Il rapporto del 25 gennaio 2019 (doc. INSAI 215 pag. 1-2) in cui il dott. U. \_\_\_\_\_ ha, per l'essenziale, ripreso le valutazioni precedentemente espresse e sottolineato che " risulta evidente dall'esame clinico il non recupero della stabilità, con frequenti episodi di cedimento, situazione che nulla ha a che fare con l'artrosi del ginocchio presente come esito di una distorsione e di una ricostruzione precedente. Il paziente lavorava e non aveva disturbi prima della distorsione che ha portato alla re-costruzione legamentosa, pure presentando fenomeni di artrosi. La distorsione del ginocchio con nuova lesione legamentosa ne è quindi responsabile e la ricostruzione legamentosa con tendine da cadavere non ha dato stabilità sufficiente alle esigenze funzionali. In assenza di tale episodio distorsivo la degenerazione avrebbe potuto in seguito manifestarsi senza peraltro con-ferire instabilità ".

C-5896/2020 Pagina 27

#### **E. 13.2.13**

Il certificato del 9 agosto 2019 in cui il dott. V. \_\_\_\_\_ ha attestato che l'assicurato " attualmente riferisce peggioramento della mobilità, instabilità articolare che provoca cadute durante la marcia, blocco articolare spontaneo. È stato consigliato intervento di protesi al ginocchio. Attualmente presenta importante impotenza funzionale relativa (...) " (doc. INSAI 227 pag. 22).

#### **E. 13.2.14**

Il rapporto del 23 dicembre 2019 (doc. INSAI 227 pag. 23-28), commissionato dal ricorrente, in cui il dott. Z. \_\_\_\_\_, dopo averlo visitato, ha affermato che " si constata una grave instabilità oggettiva e funzionale della tenuta legamentosa del ginocchio sinistro con frequenti episodi di sublussazione e cadute con persistente deficit di estensione. Questa instabilità è dovuta all'assenza della tenuta della plastica cadaverica del LCA che è stata constatata alla RM del 30.5.2018 e che ha come correlato clinico la presenza di un Lachmann positivo. Sono presenti inoltre dei deficit o delle lassità della tenuta degli elementi legamentosi esterni che contribuiscono alla grave instabilità valgo-varo con sublussazioni constatate al carico. È conosciuto il fatto che le sostituzioni con allograft cadaverico del LCA vanno soggette a rigenerazioni sostitutive che con il tempo possono portare ad allungamento e a ri-rotture (...) ".

Lo specialista ha inoltre precisato che " questi reperti rendono probabile con preponderanza il nesso causale con l'incidente del 5.8.2016. Infatti una semplice evoluzione verso l'artrosi dopo l'episodio del 1995 non si sarebbe manifestata con un'instabilità ma con la progressione lenta sull'arco di anni di sintomi tipicamente artrosici, dolori al carico ma senza sublussazioni o instabilità, segni completamente assenti prima dell'incidente del 5.8.2016 ".

Egli ha poi dichiarato che " senza l'infortunio del 5 agosto 2016 il paziente avrebbe verosimilmente goduto di a-sintomaticità clinica dell'artrosi del compartimento mediale del

ginocchio sinistro ancora per anni, a-sintomaticità certificata dal suo praticare senza problemi prima dell'incidente (...) un'attività lavorativa che comportava lavoro su ponteggi, salire e scendere scale a pioli, terreno irregolare, pratica di attività sportiva (body building) “.

Il dott. Z.\_\_\_\_\_ ha infine sottolineato di ritenere “ prematura l'indicazione ad una protesizzazione del ginocchio sinistro anche in vista del fatto che si dovrebbe dapprima restituire la stabilità legamentare. A tale scopo proporsi alla SUVA una valutazione in sede universitaria di eventuali ricostruzioni legamentari esterne e/o interne per ovviare alle sublussazioni che faranno inevitabilmente accelerare la degenerazione artrosica delle cartilagini anche del compartimento laterale “.

C-5896/2020 Pagina 28 Egli ha pertanto ritenuto A.\_\_\_\_\_ “ totalmente inabile al lavoro nell'attività abituale di montatore di serramenti dal 5 agosto 2016, mentre abile (senza indicarne la percentuale e la decorrenza) in attività da compiere con brevi percorsi su terreno piano, senza uso ripetuto di scale, con porto di pesi non superiori ai 10 kg “.

#### **E. 14.1**

Pendente causa amministrativa l'Ufficio AI ha ordinato l'allestimento di una perizia ortopedica eseguita il 4 marzo 2020 (doc. UAIE 103) dal dott. B.a.\_\_\_\_\_, il quale dopo aver visitato l'assicurato il 18 novembre 2019, ha posto le diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa di “ intervento chirurgico di plastica LCA ginocchio sinistro e resezione menisco mediale del 1995; distorsione ginocchio destro del 05.06.2012 con lesione a manico di secchio del menisco mediale e lassità legamento crociato anteriore con/su: stato dopo intervento chirurgico artroscopico di meniscectomia subtotale mediale ginocchio destro del 27.06.2012; trauma in varo ginocchio sinistro del 05.08.2016 con rilesione parziale del menisco mediale al corno anteriore e posteriore, lesione condrale III° grado a livello del condilo femorale mediale e IV della troclea femorale, lesione PLCA e Cyclope anteriore in stato di pregressa plastica del 1995 con/su: stato dopo condropatia compartimento femoro tibiale mediale e femoro rotuleo ginocchio sinistro (MRI del 09.08.2016), stato dopo intervento artroscopico di meniscectomia parziale mediale, shrinkaging di danni cartilaginei, asportazione PLCA e rimozione vite tunnel femorale metallica, asportazione Cyclope del 07.11.2016, stato dopo intervento chirurgico di artroscopia del ginocchio sinistro con ri-plastica del legamento crociato anteriore con Allograft e sistema Rigidfix, shrinkaging cartilagineo del 06.03.2017, stato dopo gonartrosi femoro-tibiale mediale con degenerazione menisco mediale ginocchio sinistro (MRI 14.09.2017); ernia discale intraforaminale destra a livello L3-L4 (MRI del 22.02.2014) “. Quale diagnosi senza conseguenze sulla capacità lavorativa è stata posta quella di “ protrusione del disco C5- C6 con maggiore accentuazione postero-laterale destra, dove si associano appuntimenti osteofitici che determinano un lieve effetto compressivo sullo spazio subaracnoideo anteriore al midollo (MRI dell'11.09.2013) “ (doc. UAIE 103 pag. 17-18). Il perito ha dichiarato che “ sulla scorta dell'esame obiettivo odierno, della storia clinica e della documentazione agli atti appare chiaro come l'assicurato sia attualmente affetto da uno stato di dolori cronici al ginocchio sinistro con associata instabilità e minima irradiazione algica alla gamba sinistra, sia affetto da un'importante sintomatologia invalidante nel comparto

C-5896/2020 Pagina 29 mediale del ginocchio sinistro, in stato dopo tre interventi chirurgici del 1995, 2016, 2017; sia affetto anche da minimo tremore al ginocchio sinistro

sotto carico, tutti sintomi che si manifestano con la sintomatologia oggettiva che ho documentato precedentemente “ (doc. UAIE 103 pag. 20). La sintomatologia soggettiva lamentata dall’assicurato, ossia una gonalgia sinistra sia in posizione eretta che in posizione seduta a cui si accompagna un senso di instabilità che produce cedimenti del ginocchio sinistro con sensazione di venir meno determinando la possibilità di eventuali cadute rovinose al suolo rendendo impossibile il portare a termine in maniera completa le molteplici funzioni pesanti presenti nell’attività lavorativa di riferimento di metalcostruttore ma permettendo contestualmente la possibilità di eseguire parzialmente i normali lavori quotidiani e domestici e di accudimento dei figli seppure con limitazioni, sono compatibili con i deficit funzionali riscontrati anche durante l’esame obiettivo e la documentazione radiografica (pag. 20). Il medico ha inoltre affermato che “ i sintomi accusati dall’assicurato e i deficit funzionali riferiti annotati durante l’esame clinico sono in gran parte spiegabili con le alterazioni strutturali finora riscontrate; vi è una congruenza tra le limitazioni nello svolgimento delle attività di tutti gli ambiti della vita e affini e sono state eseguite terapie idonee a trattare i sintomi descritti: la possibilità di un nuovo intervento chirurgico di protesizzazione del ginocchio sinistro proposto sia dal Dr T. \_\_\_\_\_ che dal Dr U. \_\_\_\_\_ seppure dopo un periodo di valutazione evolutiva, si ritiene non esigibile dal punto di vista medico ma sicuramente auspicabile nell’esecuzione: durante la visita peritale effettuata il 18.11.2019 non si sono riscontrati segni dell’entesite menzionata dal Dr U. \_\_\_\_\_, segno che tale problematica abbia raggiunto la risoluzione clinica “. Il perito ha aggiunto che “ dal punto di vista ortopedico il problema rilevante presentato dall’assicurato è duplice, rappresentato sia dalla gonalgia sinistra che dall’instabilità entrambe secondarie alla sindrome di “ ginocchio varo sintomatico instabile “ che si è presentata successivamente all’ultimo intervento chirurgico del 2017 al ginocchio sinistro con associato tremore sotto carico prolungato e che, anche in base alla valutazione specialistica del Dr. U. \_\_\_\_\_, non starebbero migliorando, continuando a determinare un dolore sia alla mobilitazione ripetuta sotto carico, salendo e scendendo le scale e camminando su superfici sconnesse, quando si accovaccia e anche se carica pesi importanti o se sta molto tempo in piedi, sintomatologia algica per cui lo stesso assicurato non assume alcuna terapia farmacologica su base programmatica ma solo al bisogno, essendo l’as-

C-5896/2020 Pagina 30 sunzione giornaliera di Depakin volta alla cura di altre problematiche mediche; inoltre anche l’uso del tutore stabilizzante al ginocchio sinistro, su stessa ammissione dell’assicurato, non è continuo, ma indossato solo in alcuni momenti e quando ha dolore “ e concluso che “ a medio-lungo termine, sotto l’influsso dell’invecchiamento, la problematica al ginocchio sinistro potrebbe peggiorare e dal lato terapeutico diventerebbe ancora più complicato trarre successo dal trattamento finora eseguito “ (doc. UAIE 103 pag. 21).

Il medico ha poi aggiunto che “ sempre dal punto di vista ortopedico, altra rilevante considerazione da valutare è la giovane età dell’assicurato di 43 anni non certamente utile riguardo l’indicazione terapeutica per l’intervento di protesi al ginocchio sinistro, ove qualora si scegliesse l’opzione di procrastinare il più possibile temporalmente la data dell’intervento di posa della protesi al ginocchio, sarebbe contestualmente auspicabile rivalutare le opzioni di cura atte a ridurre il disuso della muscolatura dell’arto inferiore sinistro e conseguentemente bisognerà instaurare un piano riabilitativo, vincente, monitorato da vicino, onde cercare di tonificare le masse muscolari degli arti inferiori

bilateralmente; non di meno è da menzionare che la prescrizione di un trattamento farmacologico analgesico su base program- matica e l'utilizzo schematico ed intelligente della ginocchiera stabilizzante porterebbe invero ad un miglioramento della sintomatologia algica al ginoc- chio sinistro e più globalmente ad un miglioramento degli outcomes (ef- fetti/risultati) in termini di compliance verso un'attività lavorativa leggera e renderebbe anche all'assicurato più agevole lavorare in una professione adeguata “ (doc. UAIE 103 pag. 21-22).

Egli ha precisato che qualora le succitate indicazioni non venissero intra- prese e portate a termine si potrebbe assistere ad un peggioramento delle problematiche attualmente in essere (doc. UAIE 103 pag. 23).

Il medico ha poi evidenziato che “ sicuramente da prevedere in futuro un intervento chirurgico di protesi totale del ginocchio a sinistra. Da prevedere un aggravamento della problematica al ginocchio sinistro senza un'oppo- rtuna strategia fisioterapica/riabilitativa di ricondizionamento ad intervalli re- golari “ (doc. UAIE 103 pag. 24).

Lo specialista ha quindi posto i seguenti limiti funzionali: l'assicurato può molto spesso sollevare e portare pesi fino a 5 kg fino all'altezza dei fianchi, spesso pesi leggeri (5-10 kg) fino all'altezza dei fianchi, di rado pesi medi (10-25 kg) fino all'altezza dei fianchi, mai pesi pesanti (25-45 kg) o molto pesanti (oltre 45 kg); l'assicurato può molto spesso sollevare pesi fino a 5 kg oltre l'altezza del petto, di rado sollevare pesi superiori a 5 kg oltre l'altezza del petto. L'assicurato può molto spesso maneggiare attrezzi leg- geri/di precisione, spesso maneggiare attrezzi di media entità, mai maneg- giare attrezzi pesanti/molto pesanti ed effettuare lavoro manuale rozzo. La

C-5896/2020 Pagina 31 rotazione manuale è normale. L'assicurato può molto spesso effettuare la- vori al di sopra della testa, la rotazione del tronco e assumere la posizione seduta ed inclinata in avanti, di rado la posizione in piedi ed inclinata in avanti, può di rado assumere la posizione inginocchiata ed effettuare la flessione delle ginocchia. L'assicurato può molto spesso assumere la po- sizione seduta di lunga durata, talvolta la posizione in piedi di lunga durata e molto spesso la posizione a libera scelta. L'assicurato può molto spesso camminare fino a 50 metri, talvolta oltre i 50 metri, di rado camminare per lunghi tragitti, mai camminare su terreno accidentato, di rado salire le scale, mai salire su scale a pioli. L'uso di entrambe le mani e lo stare in equilibrio non pongono problemi (allegato al doc. UAIE 103).

Il dott. B.a.\_\_\_\_\_ ha pertanto ritenuto A.\_\_\_\_\_ inabile al lavoro in mi- sura completa nell'attività abituale dal 5 agosto 2016, mentre un'incapacità lavorativa del 100% dallo stesso giorno al 3 luglio 2017, del 40% dal 4 lu- glio 2017 al 6 maggio 2018, del 50% dal 7 maggio 2018 al 17 novembre 2019 e del 20% dal 18 novembre 2019 (doc. UAIE 103 pag. 17). Il medico ha in particolare sottolineato che esistono risorse fisiche per una reintegra- zione professionale e ritenuto l'assicurato abile al lavoro sull'arco di una giornata normale di 8-9 ore con una riduzione del rendimento del 20% a partire dal 18 novembre 2019. Egli ha evidenziato “ la possibilità di ese- guire o un lavoro a tempo pieno con un rendimento ridotto del 20% (non elevazione di carichi superiori ai 5 kg) oppure una combinazione tra tempo ridotto e rendimento ridotto (non più di 6-7 ore di presenza al giorno) “, pre- cisando che “ sarebbe auspicabile trovare un lavoro di ufficio leggero, fa- cendo attenzione a sollevare carichi limitati con dei cambi di postura fre- quenti e gestione del tempo del lavoro intervallati da piccole pause seduto, dove eviti di lavorare accovacciato, eviti di

salire o scendere le scale frequentemente; a questo potrebbe aggiungersi una posizione di lavoro comoda ed ergonomica che consenta pochi carichi assiali e rotazionali senza caricare pesi superiori ai 5 kg frequentemente “.

#### **E. 14.2**

Con rapporto finale del 28 aprile 2020 (doc. UAIE 104) la dott.ssa C.a. \_\_\_\_\_ del SMR ha ripreso le diagnosi poste dal dott. B.a. \_\_\_\_\_.

Il medico ha considerato l'assicurato totalmente inabile nell'attività abituale di montatore di serramenti dal 5 agosto 2016, mentre ha riconosciuto un'incapacità lavorativa del 100% dalla stessa data al 3 luglio 2017, del 40% dal 4 luglio 2017 al 6 maggio 2018, del 50% dal 7 maggio 2018 al 17 novembre 2019 e del 20% dal 18 novembre 2019 in attività sostitutive idonee, rispettose delle limitazioni fisiche indicate nella perizia del dott. B.a. \_\_\_\_\_ del 4 marzo 2020 (consid. 14.1).

C-5896/2020 Pagina 32

#### **E. 14.3**

Pendente causa di ricorso A. \_\_\_\_\_ ha prodotto la perizia dell'11 maggio 2021 (allegato al doc. TAF 19), commissionata al dott. E.a. \_\_\_\_\_, il quale ha dichiarato che il “ paziente di 45 anni atletico, di professione aiuto costruttore con una lesione legamentosa del ginocchio sinistro di cui una plastica del legamento crociato anteriore si trova in modo non anatomico e probabilmente è la causa della mancanza di estensione del ginocchio. La flessione invece è fisiologica. Inoltre il morfotipo mostra un genu varum bilaterale che è stato verificato tramite un ortoradiogramma eseguito in data odierna con un sovraccarico e sofferenza del compartimento mediale di entrambe le ginocchia, più marcata a sinistra “. Secondo il medico “ in modo terapeutico mi sembra ragionevole salvare questo ginocchio sinistro e ristabilire un'abilità lavorativa completa come aiuto costruttore tramite un'osteotomia di valgizzazione e discreta estensione del plateau tibiale della gamba prossimale sinistra. È perfettamente lecito ripriore il caso SUVA per completare il trattamento chirurgico post-traumatico che non è stato soddisfacente finora “. Il perito ha quindi ritenuto l'assicurato totalmente inabile al lavoro nell'attività abituale. In attesa dell'esecuzione della proposta terapeutica egli non si è per contro pronunciato in merito alla capacità lavorativa in attività sostitutiva.

#### **E. 14.4**

Mediante annotazione del 2 settembre 2021 (allegato al doc. TAF 30) il medico SMR dott.ssa C.a. \_\_\_\_\_ ha dichiarato, alla luce della nuova perizia, di poter integralmente confermare il contenuto del rapporto finale datato 28 aprile 2020. Essa ha inoltre sottolineato che “ l'assicurato, congiuntamente al suo medico curante, deciderà l'opzione terapeutica a cui sottoporsi (...) nei temi e nei modi a loro più congeniali ma nel contempo, come già espresso, potenziando una terapia analgesica su base programmatica, praticando una fisioterapia in piscina, utilizzando un tutore stabilizzante del ginocchio in maniera schematica ed intelligente, può svolgere un'attività lavorativa leggera e sedentaria nel rispetto delle limitazioni espresse all'interno della perizia specialistica ortopedica del 04.03.2020, come anche del resto confermato dallo stesso Dr. E.a. \_\_\_\_\_ ai punti n. 2 e n. 6, pagina n. 3 del suo rapporto medico dell'11.05.2021 “.

#### **E. 15.1**

Nel merito va in primo luogo rilevato che alla luce di quanto sopra esposto il diritto ad un quarto di rendita di invalidità dal 1° agosto 2017 al 31 luglio 2018 e ad una mezza rendita dal 1° agosto 2018 al 29 febbraio 2020 non è contestato. L'incapacità lavorativa parziale in attività sostitutive

C-5896/2020 Pagina 33 adeguate dal 1° agosto 2017 a fine novembre 2019 non è infatti in discussione ed è comprovata dagli atti dell'incarto (consid. 13, in particolare consid. 13.2.4, 13.2.8, 13.2.9, 13.2.11, 13.2.12, da cui emerge una situazione non ancora stabilizzata a causa delle conseguenze dell'infortunio e la perizia ortopedica del dott. B.a. \_\_\_\_\_ del 4 marzo 2020, consid. 14.1, da cui emerge una riduzione della capacità lavorativa del 50% in attività adeguate fino a novembre 2019).

#### **E. 15.2.1**

Nella fattispecie è pertanto necessario accertare se a giusto titolo l'amministrazione, fondandosi sulla perizia del dott. B.a. \_\_\_\_\_, ha sospeso la mezza rendita d'invalidità riconosciuta a A. \_\_\_\_\_ dal 1° agosto 2018 al 29 febbraio 2020 (e meglio trascorsi tre mesi dall'asserito miglioramento/stabilizzazione dello stato di salute e della capacità lavorativa), oppure se è giustificata l'attribuzione di una rendita di grado almeno pari 59%, (nella replica il ricorrente si avvale di un'incapacità lavorativa del 100%; cfr. consid. 7.2 e 8.1). A tal fine occorre determinare se l'assicurato è effettivamente capace al lavoro all'80% in attività adeguate dal 18 novembre 2019 rispettivamente se l'amministrazione, prima dell'emanazione della decisione impugnata, abbia svolto un sufficiente accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti.

#### **E. 15.2.2**

In concreto va quindi esaminato se la perizia del dott. B.a. \_\_\_\_\_ del 4 marzo 2020, ordinata dall'Ufficio AI e su cui si è fondato il SMR nel suo rapporto finale del 28 aprile 2020, e, a sua volta l'UAIE, permette di desumere in maniera completa, motivata, concludente e pertanto convincente un'evoluzione dello stato di salute e della capacità lavorativa tali da giustificare dal 18 novembre 2019 una capacità lavorativa in attività adeguate dell'80%, oppure se vi è documentazione medica nell'incarto atta a metterla in discussione come sostiene il ricorrente.

#### **E. 16.1**

In via preliminare occorre evidenziare che la perizia del dott. B.a. \_\_\_\_\_ si basa su informazioni fornite dalla persona esaminata, sull'esame del quadro clinico, sulle risultanze della visita del ricorrente e sulla documentazione medica agli atti. Nel suo insieme il referto è comprensivo dell'anamnesi, delle informazioni tratte dall'incarto, delle indicazioni del medico stesso, delle diagnosi nonché delle conclusioni. Tale perizia può pertanto essere considerata – per lo meno formalmente – un

C-5896/2020 Pagina 34 mezzo probatorio idoneo alla valutazione dello stato di salute e della capacità lavorativa dell'insorgente (consid. 14.1).

#### **E. 16.2**

Per quanto riguarda le diagnosi, non contestate dal ricorrente, le patologie con influenza sulla capacità lavorativa sono di natura reumatologica e ortopedico/traumatologica (consid. 13-14). L'assicurato contesta unicamente le conseguenze sulla capacità lavorativa, che a suo dire non sarebbe migliorata a partire da novembre 2019.

### **E. 16.3.1**

Con perizia del 4 marzo 2020 il dott. B.a.\_\_\_\_\_, tenuto conto sia del decorso degli infortuni del 1995 e 2012 che dell'infortunio del 5 agosto 2016, ha perlomeno sostenuto implicitamente che vi è stato un miglioramento dello stato di salute e della capacità lavorativa dal 18 novembre 2019, data della visita peritale. Egli ha infatti attestato una capacità lavorativa dell'80% – da intendersi come riduzione del rendimento del 20% per una giornata normale di lavoro di 8-9 ore, oppure quale combinazione tra tempo ridotto e rendimento ridotto per una presenza di 6-7 ore al giorno – in attività sostitutive adeguate, rispettose di determinati limiti funzionali, dal

### **E. 16.3.2**

Dagli atti emerge inoltre che il dott. B.a.\_\_\_\_\_ non ha tenuto conto del rapporto dettagliato del dott. Z.\_\_\_\_\_ del 23 dicembre 2019

C-5896/2020 Pagina 35 (consid. 13.2.14), posteriore alla visita dell'assicurato del 18 novembre 2019, ma comunque anteriore alla stesura della relazione peritale (marzo 2020, cfr. elenco degli atti presi in esame doc. UAIE 103 pag. 2-9). Da tale rapporto non emerge una situazione migliorata a partire da dicembre 2019, bensì “ una grave instabilità oggettiva e funzionale della tenuta legamentosa del ginocchio sinistro con frequenti episodi di sublussazione e cadute con persistente deficit di estensione “ (doc. INSAI 227 pag. 23-28). Il perito non ha quindi neppure tenuto conto dell'affermazione del dott. Z.\_\_\_\_\_ inerente la necessità di una valutazione in sede universitaria circa l'opportunità di un intervento a livello della ricostruzione dei legamenti (per ottenere stabilità), ciò che si esprime eventualmente per uno stato di salute stabile o peggiorato ma non migliorato. Anche da questo punto di vista la perizia del dott. B.a.\_\_\_\_\_ è quindi incompleta. In conclusione, un miglioramento a partire dal 18 novembre 2019 dello stato di salute e della capacità lavorativa dal 50% all'80% nell'esercizio di attività adeguate rispettose dei limiti funzionali non emerge né dalla perizia del dott. B.a.\_\_\_\_\_, né dal resto della documentazione medica agli atti. La perizia del dott. B.a.\_\_\_\_\_ incompleta, non motivata e contraria agli atti, non è pertanto concludente e non può essere posta alla base della presente vertenza. Alla luce di quanto esposto discende che il ricorso dev'essere parzialmente accolto, nel senso che la decisione impugnata, fondandosi su un accertamento incompleto dei fatti rilevanti va annullata e gli atti di causa ritornati all'amministrazione, affinché proceda al completamento dell'istruttoria. La soppressione della mezza rendita a far tempo dal 29 febbraio 2020 non è infatti giustificata.

### **E. 16.4**

L'autorità inferiore procederà pertanto a completare gli atti, accerando l'evoluzione dello stato di salute e della capacità lavorativa residua in attività adeguate da novembre 2019, da un punto di vista reumatologico e ortopedico/traumatologico tramite l'esperimento di una perizia specialistica, preferibilmente in ambito universitario (al fine di chiarire anche la questione di un intervento a livello legamentoso, come indicato dal dott. Z.\_\_\_\_\_) – e di eventuali altri accertamenti medici che dovessero rivelarsi eventualmente necessari in tale ambito (per l'ambito neurologico si confronti il rapporto del dott. S.\_\_\_\_\_ consid. 13.2.8) – da esperire in

C-5896/2020 Pagina 36 Svizzera, conformemente ai principi sviluppati dalla più recente giurisprudenza del Tribunale federale (DTF 137 V 210).

## **E. 16.5**

In tali circostanze, non essendo stati chiariti aspetti medici determinanti tramite una perizia specialistica, neppure la giurisprudenza del Tribunale federale pubblicata in DTF 137 V 210 (segnatamente consid. 4.4.1.4; DTF 139 V 99 consid. 1) si oppone al rinvio della causa all'autorità inferiore per completamento dell'istruttoria, nel senso indicato da questo Tribunale. In particolare, un siffatto rinvio appare in generale giustificato qualora l'amministrazione ha proceduto ad una constatazione dei fatti incompleta e non del tutto concludente, non essendo compito del Tribunale effettuare in prima battuta i necessari accertamenti fattuali (cfr. sentenza del TF 9C\_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 e relativi riferimenti). Nel caso concreto l'amministrazione non ha in particolare in alcun modo accertato se effettivamente a partire dal 18 novembre 2019 vi è stato un miglioramento dello stato di salute, limitandosi, alla luce della perizia del dott. B.a.\_\_\_\_\_, ad affermarlo.

17. 17.1 In relazione alla fissazione del grado di invalidità è necessario evidenziare quanto segue.

17.1.1 Nelle decisioni impugnate l'autorità di prime cure ha ritenuto che, senza danno alla salute, nell'esercizio dell'attività abituale di montatore di serramenti al 100% nel 2018 A.\_\_\_\_\_ avrebbe percepito un reddito annuo pari a fr. 61'944.- (doc. UAIE 108 e 129).

17.1.2 Fondandosi sui dati statistici ufficiali editi dall'Ufficio federale di statistica (UFS, [tabella TA1 2016]), l'UAIE ha computato quale reddito da invalido il salario annuale ottenibile nel 2018 (attività semplici e ripetitive, uomini), ossia fr. 48'524.-, tenuto conto di un salario mensile per il 2018 di fr. 5'387.20.-, di un orario usuale di 41,7 ore settimanali, di una riduzione del rendimento del 20%, nonché di una riduzione del 10% per attività leggera (doc. UAIE 108 e 129).

17.1.3 Dal raffronto dei redditi è scaturito quindi un grado d'invalidità del 21,66%, arrotondato al 22% (doc. UAIE 108 e 129).

C-5896/2020 Pagina 37

17.2 17.2.1 Il momento determinante in concreto per procedere al raffronto dei redditi è tuttavia il 1° marzo 2020, vale a dire quello in cui il diritto alla rendita potrebbe aver subito una modifica (sentenza del TAF C-4032/2018 del 1° ottobre 2019 consid. 17.2 e MARGIT-MOSER-SZELES, in: Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, ad art. 16 LPG A N 41).

17.2.2 Poiché quindi al momento delle decisioni litigiose, il 21 ottobre 2020, l'UAIE poteva già disporre dei dati del 2018, ritenuto che sono stati pubblicati il

## **E. 17.1**

In relazione alla fissazione del grado di invalidità è necessario evidenziare quanto segue.

### **E. 17.1.1**

Nelle decisioni impugnate l'autorità di prime cure ha ritenuto che, senza danno alla salute, nell'esercizio dell'attività abituale di montatore di serramenti al 100% nel 2018 A.\_\_\_\_\_ avrebbe percepito un reddito annuo pari a fr. 61'944.- (doc. UAIE 108 e 129).

### **E. 17.1.2**

Fondandosi sui dati statistici ufficiali editi dall'Ufficio federale di statistica (UFS, [tabella TA1 2016]), l'UAIE ha computato quale reddito da invalido il salario annuale ottenibile nel 2018 (attività semplici e ripetitive, uomini), ossia fr. 48'524.-, tenuto conto di un salario mensile per il 2018 di fr. 5'387.20.-, di un orario usuale di 41,7 ore settimanali, di una riduzione del rendimento del 20%, nonché di una riduzione del 10% per attività leggera (doc. UAIE 108 e 129).

### **E. 17.1.3**

Dal raffronto dei redditi è scaturito quindi un grado d'invalidità del 21,66%, arrotondato al 22% (doc. UAIE 108 e 129).

### **E. 17.2.1**

Il momento determinante in concreto per procedere al raffronto dei redditi è tuttavia il 1° marzo 2020, vale a dire quello in cui il diritto alla rendita potrebbe aver subito una modifica (sentenza del TAF C-4032/2018 del 1° ottobre 2019 consid. 17.2 e Margit-Moser-Szeles, in: Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, ad art. 16 LPG N 41).

### **E. 17.2.2**

Poiché quindi al momento delle decisioni litigiose, il 21 ottobre 2020, l'UAIE poteva già disporre dei dati del 2018, ritenuto che sono stati pubblicati il 21 aprile 2020 (cfr. sito internet: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/lavoro-reddito/salari-reddito-lavoro-costo-lavoro/livello-salari-svizzera/settori-privato-pubblico.assetdetail.12488221.html>), per stabilire il reddito da invalido andava di conseguenza fatto riferimento alla tabella dell'ISS 2018 e non a quella del 2016 e il reddito adeguato al 2020.

### **E. 17.3**

Sulla scorta delle nuove risultanze mediche e dopo aver esperito una nuova indagine economica l'amministrazione si pronuncerà nuovamente sul grado di invalidità e sul diritto alla rendita principale e alle rendite complete in favore dei sei figli dell'assicurato a decorrere dal 1° marzo 2020.

### **E. 18**

novembre 2019, a fronte di un'incapacità lavorativa del 50% riconosciuta fino a tale data. Tale conclusione non può tuttavia essere seguita in quanto non soltanto priva di motivazione, ma non sostanziata dal perito – non è dato in alcun modo di sapere in cosa sarebbe consistito il miglioramento dal 18 novembre 2019 – e altresì contraria agli atti. Alla luce del tenore degli atti medici susposti in particolare della perizia dello stesso dott. B.a.\_\_\_\_\_ (consid. 13.2.8-13.2.12 e 14.1) emerge infatti eventualmente una stabilizzazione dello stato di salute, caratterizzata tuttavia, nonostante le misure terapeutiche adottate, da dolori cronici e instabilità al ginocchio sinistro, nonché da episodi di cedimento e riduzione della mobilità dello stesso, non certo un miglioramento. La perizia del dott. B.a.\_\_\_\_\_ non rispetta quindi i presupposti sanciti dalla giurisprudenza per assurgere a prova attendibile in caso di revisione (consid. 12.6). Il perito infatti non descrive in alcun modo quali aspetti concreti nell'evoluzione (positiva) della malattia avrebbero giustificato la nuova valutazione della capacità lavorativa. La perizia del dott. B.a.\_\_\_\_\_ non può pertanto essere ritenuta completa, concludente e probante.

### **E. 19.1**

Visto l'esito della procedura, non si prelevano spese processuali (art. 63 cpv. 1 PA). L'anticipo spese, di fr. 800.-, versato dall'insorgente il 19 gennaio/1° febbraio 2021 (doc. TAF 7 e 10) verrà restituito al ricorrente.

### **E. 19.2**

Ritenuto che l'insorgente è rappresentato in questa sede si giustifica altresì l'attribuzione di un'indennità a titolo di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con gli art. 7 e segg. del

regolamento sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale del 21 febbraio 2008 [TS-TAF, RS 173.320.2] cfr. pure DTF 132 V 215 consid. 6.2 secondo cui la parte che ha presentato ricorso in materia di assegnazione o rifiuto di prestazioni assicurative è reputata vincente, dal profilo delle ripetibili, anche se la causa è rinviata all'amministrazione per completamento istruttorio e nuova decisione). La stessa, in assenza di una nota dettagliata, è fissata d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in fr. 1'000.- (spese incluse), tenuto conto che il ricorrente è vincente e del lavoro effettivo e utile svolto dal suo patrocinatore. L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'UAIE. (dispositivo alla pagina seguente)

#### **E. 21**

febbraio 2008 [TS-TAF, RS 173.320.2] cfr. pure DTF 132 V 215 con- sid. 6.2 secondo cui la parte che ha presentato ricorso in materia di asse- gnazione o rifiuto di prestazioni assicurative è reputata vincente, dal profilo delle ripetibili, anche se la causa è rinviata all'amministrazione per comple- tamento istruttorio e nuova decisione). La stessa, in assenza di una nota dettagliata, è fissata d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in fr. 1'000.- (spese incluse), tenuto conto che il ricorrente è vincente e del lavoro effettivo e utile svolto dal suo patrocinatore. L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'UAIE.

(dispositivo alla pagina seguente)

C-5896/2020 Pagina 39

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