

TI_GERICHTE 35.2021.46 vom 4. Oktober 2021

TI Tribunale d'appello, 2021-10-04, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2021.46

FR: TI_GERICHTE 35.2021.46 du 4 octobre 2021

IT: TI_GERICHTE 35.2021.46 del 4 ottobre 2021

Regeste

Nel caso di specie, litigiosa è la questione di sapere se l'Istituto assicuratore era legittimato a ridurre al 39% dal 1° luglio 2020 la rendita d'invalidità in vigore del 70% per la via della revisione ex art. 17 LPGA, oppure no. Rinvio per ulteriori accertamenti (art. 44 LPGA)

Erwägungen

E. 49

cpv. 2 della Legge sull'organizzazione giudiziaria (cfr. STF 9C_699/2014 del 31 agosto 2015, in particolare consid. 5.2, 5.3 e 6.1; STF 8C_452/2011 del 12 marzo 2012; STF 8C_855/2010 dell'11 luglio 2011; STF 9C_211/2010 del 18 febbraio 2011, consid. 2.1; STF 9C_792/2007 del 7 novembre 2008; STF H 180/06 e H 183/06 del 21 dicembre 2007; STF I 707/00 del 21 luglio 2003; STF H 335/00 del 18 febbraio 2002; STF H 212/00 del 4 febbraio 2002; STF H 220/00 del 29 gennaio 2002; STF U 347/98 del 10 ottobre 2001, pubblicata in RDAT I-2002 pag. 190 seg.; STF H 304/99 del 22 dicembre 2000; STF I 623/98 del 26 ottobre 1999. Vedi pure: STF 9C_807/2014 del 9 settembre 2015; STF 9C_585/2014 dell'8 settembre 2015). nel merito 2.2. Nel caso di specie, litigiosa è la questione di sapere se la CO 1 era legittimata a ridurre al 39% dal 1° luglio 2020 la rendita d'invalidità in vigore del 70% per la via della revisione ex art. 17 LPGA, oppure no. 2.3. Giusta l'art. 17 cpv. 1 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. Presupposto per una revisione della rendita è che il grado dell'invalidità del beneficiario si sia modificato in modo rilevante per il diritto (DTF 133 V 108; 130 V 343 consid. 3.5). A motivare una revisione della rendita è qualunque modifica rilevante delle circostanze di fatto, atta a influenzare il grado dell'invalidità e, quindi, il diritto alla rendita. La rendita d'invalidità è sottoposta a revisione non soltanto in caso di modifica rilevante delle condizioni di salute ma pure laddove le conseguenze economiche di un danno alla salute rimasto invariato si siano modificate notevolmente (DTF 130 V 343 consid. 3.5). La questione della notevole modifica delle circostanze di fatto viene valutata confrontando le circostanze esistenti al momento dell'ultima decisione cresciuta in giudicato, fondata su un esame materiale del diritto alla rendita con un accertamento dei fatti pertinenti, un apprezzamento delle prove e un raffronto dei redditi conforme al diritto, e le condizioni esistenti all'epoca in cui è stata rilasciata la decisione litigiosa (DTF 130 V 71 consid. 3.2.3 e 133 V 108). In questo contesto, è utile segnalare che, secondo la giurisprudenza federale, non è sufficiente a fondare una revisione della rendita d'invalidità, il fatto che una nuova perizia valuti diversamente (e, quindi, giunga ad altre conclusioni) la fattispecie alla base dell'originaria decisione di rendita, rispetto ai medici che si erano pronunciati nella procedura sfociata nella precedente assegnazione di rendita. Sono invece necessari nuovi elementi di natura fattuale, insorti dopo l'originaria

decisione di rendita, che si sono aggiunti alla fattispecie in essere a quel momento o che l'hanno modificata. Una nuova valutazione basata su migliori conoscenze non basta (cfr. STF 8C_475/2012 del 25 ottobre 2012 consid. 3; consid. 3.2 non pubblicato della DTF 136 V 216, pubblicata in SVR IV n. 1 p. 1 consid. 3.2 [8C_972/2009]).

2.4. Le norme sulla revisione previste dall'art. 17 LPGa hanno la precedenza sul principio secondo il quale l'amministrazione può in ogni tempo ritornare su una decisione cresciuta in giudicato formale, che non è stata oggetto di un controllo giudiziario materiale, nel caso in cui è senza dubbio errata e la correzione ha un'importanza rilevante. Dati questi presupposti, l'amministrazione può modificare una decisione di rendita, laddove le condizioni di una revisione poste dall'art. 17 LPGa non sono soddisfatte. Nel caso in cui la manifesta erroneità dell'originaria decisione di rendita venga accertata soltanto dinanzi al tribunale, quest'ultimo può tutelare la decisione di revisione fondata sull'art. 17 LPGa mediante sostituzione di motivi (DTF 125 V 368 consid. 2 e riferimenti; STF 9C_342/2008 del 20 novembre 2008 consid. 5.1 non pubblicato in DTF 135 I 1). Il presupposto della manifesta erroneità è di regola adempiuto se l'indebita prestazione è stata assegnata sulla base di norme giuridiche sbagliate o inappropriate oppure se disposizioni fondamentali non sono state applicate oppure lo sono state in modo inappropriato (DTF 103 V 126 consid. a). Diverso è il discorso allorché il motivo di riconsiderazione risiede nell'ambito dei presupposti materiali del diritto, la cui valutazione, per taluni aspetti (ad esempio, determinazione dell'invalidità, valutazione dell'inabilità lavorativa, apprezzamento delle prove, questioni concernenti l'esigibilità), implica necessariamente un margine di discrezionalità. Qualora la valutazione di tali presupposti del diritto (compresi gli aspetti parziali, quali ad esempio la valutazione della capacità lavorativa) appaia sostenibile alla luce della situazione di fatto e di diritto esistente al momento dell'assegnazione della prestazione cresciuta in giudicato, non può essere ammessa la manifesta erroneità (STF I 907/06 del 7 maggio 2007 consid. 3.2.1; STF 9C_215/2007 del 2 luglio 2007 consid. 3.2).

2.5. Per costante giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale mentre invece nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (cfr. RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STF U 259/02 dell'8 luglio 2003 consid. 2.1.1; U. MEYER-BLASER, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in BJM 1989, p. 30ss.). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10, p. 33ss. e RAMI 1999 U 356, p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. In una sentenza 8C_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve, a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in

dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. Per quel che concerne il valore probante di un rapporto medico, determinante è che esso sia completo sui temi sollevati, che sia fondato su esami approfonditi, che tenga conto delle censure sollevate dalla persona esaminata, che sia stato redatto in piena conoscenza dell'anamnesi, che sia chiaro nella presentazione del contesto medico e che le conclusioni dell'esperto siano motivate (cfr. SVR 2002 IV Nr. 21 p. 63; DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191ss.; DTF 122 V 160ss, consid. 1c e riferimenti). L'elemento rilevante per decidere circa il valore probante, non è né l'origine del mezzo di prova né la sua designazione quale rapporto oppure quale perizia, ma semplicemente il suo contenuto (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti). È, infine, utile osservare che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va, tuttavia, precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (cfr. STF I 811/03 del 31 gennaio 2005, consid. 5 in fine; STF I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV n. 10 pag. 35 consid. 4b).

2.6. Con la decisione su opposizione impugnata, la CO 1 ha ridotto a far tempo dal 1° luglio 2020 la rendita d'invalidità in vigore al 39% fondandosi sull'art.17 cpv. 1 LPGA, e ciò per il motivo che gli accertamenti pluridisciplinari (in materia di ortopedia, neurologia e psichiatria) da essa ordinati avrebbero dimostrato che l'assicurato sarebbe ora in grado di svolgere una qualsiasi attività lavorativa in misura del 50% (doc. 301). Dal canto suo, la patrocinatrice dell'insorgente fa invece valere che gli accertamenti specialistici disposti dall'amministrazione non avrebbero in realtà dimostrato che, rispetto al momento in cui è stata emanata l'originaria decisione di rendita, le condizioni di salute infortunistiche sarebbero migliorate a tal punto da giustificare la riduzione della rendita. A suo avviso, si tratterebbe piuttosto di una diversa valutazione di uno stato rimasto di fatto sostanzialmente invariato, come confermato anche dai dottori _____ e _____ (cfr. doc. I). In ossequio ai principi giurisprudenziali esposti in precedenza, questa Corte è dunque chiamata, in primo luogo, a valutare se sono adempiuti i presupposti per procedere a una revisione della rendita d'invalidità, specificatamente a stabilire se tra il momento in cui è stata emanata la decisione del 30 agosto 2007 e quello in cui è stata rilasciata la decisione su opposizione impugnata, è intervenuta una notevole modifica delle circostanze di fatto, atta a influenzare il grado dell'invalidità.

2.7. La decisione formale mediante la quale all'assicurato è stata assegnata una rendita d'invalidità del 70% (sulla base di una incapacità lavorativa del 75% anche in un'attività semplice e leggera), risulta fondata essenzialmente sulle risultanze delle seguenti valutazioni mediche. L'amministrazione si è, in particolare, basata sulla valutazione neuropsicologica del 3 agosto 2004 (doc. 75) della logopedista e neuropsicologa _____, giusta la quale: "(...) Diagnosi medica Grave trauma cranio-encefalico il 17.8.2002 con frattura della rocca petrosa destra e lesioni cerebrali multiple, con coma prolungato (GCS iniziale di 6). (...). Conclusione La valutazione neuropsicologica effettuata a 2 anni dall'infortunio con questo paziente di origine _____, con slancio vitale in parte ridotto, leggermente apatico, collaborante, orientato, mette in evidenza: - un rallentamento a livello psichico importante che si osserva in ogni situazione e interferisce spesso con i risultati ai test - una diminuzione dello slancio vitale e una carenza di interesse con necessità di essere stimolato - un accesso lessicale rallentato e

eventualmente difficoltoso, denominazione e lettura cronometrate rallentate - difficoltà alle gnosis visive - difficoltà di memoria verbale a lungo termine, allo span verbale e alla memoria di lavoro - fluenza moderatamente deficitaria - difficoltà di programmazione - scarsa flessibilità mentale - problemi di concentrazione e attenzione sostenuta. Il paziente, anche ammettendo che non fosse magari del tutto motivato a fornire il meglio in ogni test, ha collaborato a mio giudizio per la maggior parte delle situazioni nel limite delle sue possibilità, e non ho rilevato occasioni in cui si potesse sospettare una tendenza ad aggravare i sintomi. Quanto osservato è frequente dopo traumi cranici, e ancor più se questi hanno causato gravi e prolungati stati di coma: i deficit rilevati sono compatibili con quanto il paziente descrive quando si dice incapace di gestire contemporaneamente diverse attività, di reagire con prontezza, di essere efficiente in una situazione di stress. Ritengo si possa affermare che si tratta di disturbi neuropsicologici che toccano sia la sfera cognitive che psichica, di gravità da moderata a media. La relazione causale con l'infortunio subito probabile. Per quanto concerne l'attività professionale, la riduzione della capacità lavorativa dovrà naturalmente essere stabilita tenendo conto anche dei sintomi più fisici o strettamente neurologici (in particolare l'anosmie); dal profilo neuropsicologico un'attività professionale può essere gestita solo a tempo parziale e con rendimento ridotto, a condizione che il paziente si possa organizzare secondo i propri ritmi." (doc. 75, pag. 1 e 2)

L'amministrazione ha pure fatto capo alle risultanze della valutazione della capacità funzionale del 27 luglio 2006 della _____, giusta la quale: "(...) Diagnosi: ■ Politrauma (17.08.2002) su incidente stradale con: - Trauma cranio encefalico - Frattura della rocca petrosa a destra e multiple lesioni cerebrali (corpo calloso destro, fornix destro, ipotalamo bilateralmente, lobo frontale destro, gyrus temporalis sinistro, nucleus caudatus destro ai gangli basali) - Amnesia anterograda di 4 settimane, assenza di disturbi neurologici residui centrali o periferici di rilievo ad eccezione di una anosmia ipogea definitiva e disturbi neuropsicologici di entità lieve-moderata con ipofunzionalità dell'attenzione sostenuta, comportamento meno adattabile, meno flessibile e più lento rispetto a prima dell'incidente ■ Frattura trasversa destra delle vertebre L2-L3 e L4 guarite senza conseguenza ■ Contusioni ed escoriazioni multiple e ferite lacero-contuse suture al gomito destro e alle ginocchia, guarite ■ Probabile contusione cervicale con persistenza di dolori in corrispondenza dell'angolo supero-mediale della scapola destra (...). Il problema rilevante, in relazione all'attività lavorativa svolta, è costituito dalla diminuzione della velocità lavorativa del cliente, delle pulsazioni cardiache velocemente aumentate sopra la norma già con poco impegno fisico, da un decondizionamento muscolare generalizzato e da dolori alla nuca e spalla destra, e alle due ginocchia. Il cliente ha ben collaborato durante l'esecuzione dei test, l'impegno era in generale affidabile. La concordanza durante i test era buona, lo status clinico è in relazione alla capacità di rendimento. I risultati dei test mostrano che la capacità di carico si situa attualmente nell'ambito di un'attività lavorativa leggera. Abbiamo però osservato, soprattutto durante i test pratici, una forte diminuzione della velocità lavorativa del cliente con un veloce aumento delle pulsazioni cardiache fino ad arrivare chiaramente sopra la norma, nonostante che il cliente si è mosso lentamente e ha fatto pause straordinarie. Un aumento della velocità lavorativa forzata (con stimolo da parte della terapeuta), crea una situazione di stress con reazioni vegetative come sudare, aumento ancora maggiore delle pulsazioni cardiache, problemi della concentrazione, ecc. La resistenza generale della muscolatura globale e dell'arto superiore destro in particolare è diminuita, il cliente mostra chiari problemi dell'equilibrio e dà l'impressione di essere sempre insicuro. Nella valutazione globale, il nostro giudizio ha tenuto conto la

complessità dei fattori come la diagnosi clinica, la lunga inattività lavorativa, il tentativo di ripresa lavorativa senza successo, i problemi fisici e neuropsicologici del 3 agosto 2004. (...). Riteniamo che attualmente il cliente non sia in grado di svolgere la sua attività di cuoco/gerente. (...). Esigibilità per altre attività professionali. No. Proposte concrete per il reinserimento professionale. Proposta per la conclusione del caso (completa inabilità al lavoro).” (doc. 149, pag. 1 e 2; n.d.r.: il grassetto non è della redattrice) L’amministrazione ha inoltre considerato la perizia del 27 luglio 2006 del dr. med. _____ (doc. 150), a quel momento _____, giusta la quale: " B) PER LE SOLE CONSEGUENZE INFORTUNISTICHE 1. Fra i vari disturbi accusati dal signor RI 1, quali sono quelli oggettivi imputabili all'infortunio del 17.08.2007 Nella sezione A) 4, dei quesiti peritali abbiamo indicato tutte le affezioni anteriori all'infortunio del 17.08.2002 e che costituiscono il quadro clinico preesistente considerato. Sulla base della documentazione in nostro possesso e dal reperti da noi rilevati, i disturbi oggettivi imputabili all'infortunio del 17.08.2002 sono (vedi anche capitolo 5): - disturbi neuropsicologici, problemi comportamentali ed emotivi. - Non trascurabili sono pure la cefalea recidivante e la spiccata affaticabilità che presentano un importante impatto sulla vite professionale e privata di questo paziente. - L'esame oggettivo ha rilevato disfonia e difficoltà all'articolazione. Questa problematica viene osservata spesso nei pazienti dopo intubazione, respirazione artificiale e introduzione di una cannula tracheale. I disturbi riferiti dal paziente non limitano in forma significativa la sua qualità di vita e la comunicazione. Per questo motivo non abbiamo eseguito ulteriori esami di chiarimento in merito a queste problematiche, ma riteniamo che siano legati all'incidente del 17.08.2002. - Anche l'anosmia con perdita complete dell'olfatto e ipogeusia con forte diminuzione delle capacità gustative è imputabile all'infortunio del 17.08.2002. - In seguito all'incidente il paziente ha riportato delle fratture dei processi trasversi delle vertebre lombari L2-L4 che potrebbero aver peggiorato la preesistente problematica del rachide lombare, conducendo a disfunzioni statico-funzionali, Al momento della valutazione eseguita a _____, alla fine del 2005, le lombo-glutalgie lamentate anteriormente non erano né evidenziabili, né provocabili. - Il paziente aveva riferito, durante la valutazione peritale a Sementina, dei disturbi al cingolo scapolare e alla spalla destra che sono stati chiariti clinicamente e con accertamenti radiologici. Mentre nell'esame clinico non si poteva escludere una lesione della cuffia dei rotatori, la risonanza magnetica eseguita nell'ambito della presente perizia non ha rilevato le rispettive lesioni. D'altra parte l'esame EMG dei muscoli sovra-spinato e sotto-spinato ha rilevato un quadro patologico compatibile con uno stato dopo lesione del nervo soprascapolare con reinnervazione avvenuta. - È comunemente riconosciuto che la mancanza di stimolo, l'apatia e la forte affaticabilità contribuiscono ad un decondizionamento fisico importante. Non da ultimo questo può portare ad un sovrappeso importante e, come nel caso del paziente, ad uno stato fisico fortemente ridotto. Crediamo che le palpitazioni cardiache al minimo sforzo siano legate a questo decondizionamento. In riferimento all'occasionale dolore delle ginocchia, l'esame clinico non ha evidenziato segni particolari per una lesione di queste articolazioni. Nelle prime ospedalizzazioni, dopo l'incidente, era stata sospettata una lesione del legamento crociato del ginocchio destro che in seguito non è però stata confermata clinicamente. Sulla base della blanda situazione clinica e dei reperti precedenti (rapporto peritale del Dr. _____, radiografie preesistenti) non abbiamo in questo caso ritenuto necessario indagare nuovamente in merito a questa lesione, soprattutto perché i disturbi osteo-articolari lamentati dal paziente alle ginocchia non cambiano in modo determinante il suo profilo funzionale e non si rilevano come determinanti per la sua

capacità lavorativa.” (...). C) In relazione all'incapacità lavorativa nella professione di cuoco-gerente di ristorante. Valuti l'esperto, dal profilo medico, il grado d'incapacità lavorativa presentato dal signor RI 1 nell'attività di cuoco e in quella di ristoratore, tenendo conto in particolare dei seguenti aspetti: l'anosmia e l'ipoaguesia, presentate dal signor RI 1; disturbi neuro-psicologici, illustrati nel rapporto del 03.08.2004 dalla logopedista e neuropsicologa, signora _____, quali la difficoltà di memoria verbale, la difficoltà di programmazione, i problemi di concentrazione e attenzione, ecc.; (...). Secondo la nostra opinione i fattori decisivi e vincolanti per la capacità lavorativa del paziente derivano esclusivamente dai deficit neuro-psicologici e comportamentali e dalla perdita dell'olfatto, rispettivamente del gusto. Questi limitano l'attività del paziente nell'attività di cuoco e in quella di ristoratore in modo determinante, per cui valutiamo l'incapacità lavorativa in questi due campi professionali del 75% . Vorremmo, nell'ambito di questa perizia, commentare il fatto che il paziente era stato dichiarato da diversi specialisti e al lavoro nella misura del 50% con effetto dal 18.01.2003 e motivare perché; secondo noi non è stato in grado di ritornare con successo al lavoro nella misura prevista. (...). Dopo aver sentito la nostra neuropsicologa, che ha valutato il paziente alla fine di luglio 2004, siamo giunti alla conclusione che si tratti invece di una disfunzione cerebrale di grado da moderato a medio , dove bisogna però ritenere che alcuni deficit (rallentamento a livello psichico), difficoltà di memoria, problemi di concentrazione e attenzione sostenuta) siano piuttosto di grado medio. (...). Il signor RI 1 ha avuto difficoltà ad eseguire gli aspetti più semplici del suo lavoro. I disturbi delle funzioni esecutive sono molto più evidenti ed handicappanti nella complessità della vita lavorativa che richiede più capacità di performance, di memoria e concentrazione che durante la situazione del Test neuropsicologico. Quest'ultima è molto più strutturata, gli obiettivi sono ben definiti e i tempi molto più ridotti, La situazione di Test richiede un impegno delle funzioni esecutive inferiore a quello nell'ambito lavorativo. In considerazione di queste realtà non ci si deve stupire che nel caso del signor RI 1 non sia stato possibile reintegrare con successo il paziente nella propria professione. Dalla mia esperienza nel campo della riabilitazione neurologica (8 anni come primario presso _____ nel campo neuroriabilitativo) e da quanto si evince dalla letteratura, capita in certi casi, di non riconoscere subito le sequele neuropsicologiche di un incidente e di accentuare i problemi osteo-articolari o altre difficoltà somatiche. Non da ultimo è spesso il paziente stesso, che preferisce fare rimarcare i problemi somatici piuttosto che ammettere le difficoltà nel campo neuropsicologico. Non diradando si constata, che quando il paziente e la sua famiglia si accorgono delle vere difficoltà che impediscono una reintegrazione professionale, ci si trova confrontati con uno stato depressivo reattivo. Riteniamo che questo può essere successo anche nel caso del signor RI 1 dove, nel periodo della ripresa del lavoro, si è posto molto l'accento sulla problematica della spalla destra e delle ginocchia. Va però ritenuto che, specialmente da parte del medico di famiglia, sono sempre stati segnalati anche problemi a livello cognitivo. Nella sua lettera del 02.04.2004 il Dr. _____ constata che, "conoscendo il paziente prima dell'infortunio del 17.08.2002, gli sembra che i rapporti del Dr. _____, del neurologo Dr. _____ e il rapporto neuropsicologico eseguito presso la Clinica _____, minimizzino gli esiti infortunistici subiti dal signor RI 1". Ritiene che la capacità lavorativa proposta del 50% non è esigibile e fissa per questo motivo nel suo rapporto intermedio LAINF del 02.04.2004 l'inabilità lavorativa al 75% dal 13.02.2004. Secondo la nostra opinione non c'è stato un aggravamento del quadro clinico nel periodo della ripresa del lavoro, per esempio formazione di un idrocefalo post-traumatico o un igroma cronico, ciò che viene confermato dal risultato del controllo

neuroradiologico tramite RM del 07.06.2004, che aveva rilevato una regressione praticamente totale degli esiti post-traumatici permanendo ancora discrete alterazioni cerebrali. Tutto sta ad indicare che forse già, all'inizio del 2003 ci sia stato un deficit cerebrale di livello medio, con le conseguenti sequele per la reintegrazione professionale e che questa condizione non è stata riconosciuta per la sua reale gravità. Vogliamo sottolineare che il paziente ha subito con un GCS di 6 un trauma grave dove, secondo certi autori (_____, 2005), solo nel 41% dei casi subentra un recupero completo o una lieve disabilità. Nella stessa monografia di _____, si constata che solo una piccola minoranza dei pazienti con un trauma cerebrale grave è in grado di riprendere il proprio lavoro precedente. Annoni e altri (1992) riferiscono in questi casi di trauma cranico grave, una ripresa del lavoro precedente all'infortunio nel 45% dei casi. Altri autori constatano un tasso di ripresa del lavoro eseguito prima dell'incidente molto più basso. Navratil e altri (2006) constatano che nel loro gruppo di studio, solo nel 26% dei casi, dove sono stati rilevati disturbi neuropsicologici e deficit neurologici, è stato possibile reintegrare gli infortunati al lavoro precedente. Mc Mordi e altri (1990), in una ricerca simile, riscontrano che solo il 19% del collettivo in esame è riuscito a ritornare ad un lavoro competitivo nell'ambito del libero mercato. La problematica del signor RI 1 con un deplorabile fallimento della reintegrazione professionale a causa dei deficit neuropsicologici e i disturbi comportamentali, conferma i risultati e le conoscenze espresse nella letteratura. (...). D) IN RELAZIONE ALLA CAPACITÀ LAVORATIVA RESIDUA 1. In funzione del danno alla salute presentato dal signor RI 1, il perito valuti se si può esigere che egli eserciti un'attività lavorativa leggera. Sulla base di quanto detto finora e sui risultati del Test EFL riteniamo possibile un'attività lavorativa leggera del 25%. 2. In caso affermativo, quali attività lavorative leggere sarebbero esigibili, dal profilo medico? Oltre a essere leggere, le attività professionali dovrebbero essere semplici dal punto di vista cognitivo. Riteniamo che sono i deficit neuro-psicologici quelli che determinano e limitano prevalentemente la capacità lavorativa del paziente. Ricordiamo che esame neuro-psicologico (28-29.07.2004) ha evidenziato un importante rallentamento a livello psichico in ogni situazione, una diminuzione dello slancio vitale e una forte apatia con necessità di essere stimolato, una capacità lessicale rallentata e difficoltosa, una difficoltà alle gnosie visive, una difficoltà di memoria verbale a lungo termine e una riduzione dello span verbale come pure della memoria di lavoro, una fluenza deficitaria e difficoltà di programmazione, una scarsa flessibilità mentale come pure problemi di concentrazione e dell'attenzione sostenuta. Considerando tutte le premesse negative e le considerazioni da rispettare ci sembra molto difficile di riuscire ad integrare il paziente nella misura del 25% in qualsiasi funzione lavorativa. Non è da escludere un'integrazione in un ambiente protetto alla condizione di rispettare le sue limitazioni, ma sicuramente non fattibile nell'ambito del mercato professionale libero. Considerando i disturbi cognitivi che impediscono attività complesse siamo dell'avviso che il paziente sia difficilmente integrabile nel campo della ristorazione, anche limitando la sua attività ad un lavoro leggero al 25% e senza responsabilità. Partendo dalle esperienze nella Clinica _____, i migliori risultati con lavori semplici e a tempo ridotto si ottengono nell'ambito del giardinaggio, dell'orticoltura o lavori di magazzino. 3. Dette attività lavorative leggere potrebbero, dal profilo medico, essere svolte dal signor RI 1 a tempo pieno oppure esse dovrebbero essere svolte unicamente a tempo parziale? Dette attività dovrebbero limitarsi ad una percentuale di 25%, cioè unicamente a tempo parziale. 4. Nell'ipotesi in cui fosse esigibile un'attività lavorativa leggera a tempo pieno, il signor RI 1 necessita di pause? Anche al 25% il paziente dovrebbe poter mantenere il suo ritmo di

lavoro, considerando premesse e pause. (...). Tramite il Test EFL ci siamo accorti che questi fattori funzionali hanno un'importanza subordinata nei confronti della problematica neuropsicologica del paziente. Come più volte sottolineato e ribadito, sono i disturbi cognitivi che rappresentano nel caso del signor RI 1, il vero ostacolo e la limitazione principale per una reintegrazione professionale di successo. L'importante rallentamento a livello psichico implica delle attività calme, semplici, e senza pressione temporale. La forte apatia e la necessità di essere stimolato comportano che il paziente non dovrebbe essere lasciato solo con un'attività complessa ed impegnativa. La capacità lessicale rallentata e difficoltosa non permette attività che si basano precisamente su questo tipo di capacità. Le difficoltà di memoria rappresentano sicuramente un impedimento per gran parte delle attività lavorative, riducendo le possibilità di reintegrazione del paziente ad attività semplici e non pretenziose. La difficoltà di programmazione si esprime frequentemente nel non riuscire a coordinare processi complessi, rispettivamente composti a varie azioni (una capacità che è importante in particolare in cucina, dato che occorre preparare contemporaneamente diverse cose). La scarsa flessibilità mentale, i problemi di concentrazione come pure dell'attenzione sostenuta influiscono su ogni genere d'attività e professione.

E) CURE MEDICHE PERMANENTI PER LE SOLE CONSEGUENZE INFORTUNISTICHE 1. Indichi il perito se, per mantenere la capacità di guadagno residua, il signor RI 1 abbisogna durevolmente di trattamenti e cure (art. 21 cpv. 1 lett. C LAINF). Non riteniamo necessari particolari cure o trattamenti per mantenere la capacità residua di guadagno del paziente visto che le sue limitazioni più importanti provengono dal profilo cognitivo. Poco dopo tre anni dall'evento infortunistico, non riteniamo fattibile di migliorare lo stato di questo tipo di lesione tramite trattamenti e cure. Occorre qui considerare la proporzione tra il dispendio di risorse e il possibile risultato sul paziente. (...)" (doc. 150, pag. 488, 489, 490-493; n.d.r.: il grassetto, il corsivo e le sottolineature non sono della redattrice). In ambito AI, RI 1 è stato posto al beneficio di mezza rendita di invalidità dal 1° agosto 2003 e di una rendita d'invalidità intera dal 1° settembre 2004 (grado d'invalidità del 70%; doc. 161 e 184, G3; cfr. consid. 1.2). Fondandosi su tali risultanze, alla chiusura del caso, mediante decisione formale del 30 agosto 2007 (doc. 178), l'istituto assicuratore convenuto ha posto l'assicurato al beneficio di una rendita d'invalidità del 70% a far tempo dal 1° aprile 2007, sulla base delle seguenti considerazioni: " (...). Come già comunicate, purtroppo non esistono più possibilità di migliorare lo status raggiunto con la continuazione delle cure. Per tale motivo, poniamo la "limitazione delle spese di cura medica" al 31 agosto 2005, ad eccezione di quelle inerenti alla sola cura medico-dentistica (cure, queste, che non sono ancora giunte a termine). Di riflesso, ritenuto come non sia esigibile un reinserimento nell'ambito della sua attività professionale pregressa, si giustifica parimenti la "sospensione dell'indennità giornaliera" a favore della rendita d'invalidità; ciò, a decorrere con effetto retroattivo dal 01 aprile 2007. Riguardo al "danno permanente", rispettivamente all'indennità per menomazione dell'integrità fisica, rimandiamo alla nostra precedente decisione formale del 04 agosto 2005, peraltro cresciuta in giudicato. Per quanto attiene all'invalidità, aderiamo alle risultanze e valutazioni acquisite dall'Ufficio AI del Ct. Ticino, stando alle quali, ammessa l'esigibilità di un'attività semplice da svolgere in misura massima del 25 %, il raffronto dei redditi da persona valida, ed invalida ha dato come risultato un grado d'invalidità pari al 70 %. (...)." (doc. 178, pag. 2; n.d.r.: il grassetto non è della redattrice).

2.8. Nel corso del mese di marzo 2019, l'istituto assicuratore resistente ha avviato d'ufficio una procedura di revisione della rendita d'invalidità in vigore, disponendo l'esecuzione di accertamenti pluridisciplinari (psichiatrici, neurologici e ortopedici) affidati

ai dottori _____, _____ e _____ (cfr. consid. 1.4). Il neurologo dr. med. _____ ha esaminato l'assicurato il 3 settembre 2019. Dal suo referto, datato 18 ottobre 2019 (doc. 263), si rileva in particolare quanto segue: " (...) DIAGNOSI: - esiti di grave trauma cranio-cerebrale (2002), con persistente anosmie, ipogeusia secondaria, possibili leggeri deficit neuropsicologici relativi alla concentrazione e un rallentamento ideatorio, con possibile difficoltà di adeguamento - dolore periarticolare residuale alla spalla destra, su esiti post-traumatici 4) GIUDIZIO GLOBALE: Dal 2006 la situazione non è più stata valutata, l'A. si occupa per poche ore al giorno di attività amministrative, sfruttando soprattutto il suo diploma di Gerente, mentre l'attività del Ristorante, situato nella sua abitazione, di cui è partecipe tramite la formazione di una Società, è eseguita da altre persone. Attualmente l'A. ha 61 anni, da oltre 13 anni è in uno stato d'invalidità valutato al 3/4. Dal punto di vista motorio stato praticamente normale a parte dei dolori residuali nella spalla destra, psichicamente, da quanta riferisce il Dottor _____ e da quanta ho osservato di persona, non presenta disturbi particolari, persiste l'anosmia e l'ipogeusia che impediscono sicuramente all'A. un'attività come Cuoco. Presenza effettivamente di un certo rallentamento ideatorio, possibili anche gli altri deficit messi in evidenza dalla Neuropsicologa, tuttavia evidenti solo con test specifici, che sicuramente non influiscono in modo preponderante su attività semplici, che potrebbero essere praticate dall'A. : per esempio Aiuto in cucina, preparazione di piatti, controllo del magazzino, attività di lavaggio, preparazione delle stoviglie, ecc, preparazione dei tavoli, sia prima che durante il servizio, con una presenza almeno durante le ore dei pasti quando sono presenti i clienti, servizio dell'acqua, tutte attività che avvengono spesso, fatte da persone non specializzate nel campo, dove l'olfatto e il gusto non sono necessari. Ricordo inoltre che dei test neuropsicologici fatti subito dopo l'incidente da un altro neuropsicologo alla Clinica _____ non aveva confermato dei deficit così importanti. Sicuramente l'A. non può fare il Cuoco e nemmeno il Gerente a tempo pieno o il Cameriere, ma potrebbe eseguire sicuramente attività sotto controllo di terzi. Clinicamente presenza di una leggera limitazione funzionale a livello del rachide lombo-sacrale, non particolarmente dolorosa, senza segni di sofferenza radicolare ai membri inferiori, disturbi residuali su verosimili alterazioni statico-degenerative, eventualmente secondarie, di competenza ortopedica. (...). La situazione sembra stabile dal 2006, come già riferito a causa dei suoi disturbi l'A. potrebbe sicuramente avere anche altre attività, oltre a quelle che già esercita. (...). Come Cuoco valuto un'incapacità lavorativa del 100%. Come Aiuto-Cuoco o Aiuto nel Ristorante, fatta eccezione per attività di Cameriere, soprattutto per la presa di ordinazioni e organizzazione della distribuzione delle stesse, in cui l'A. sicuramente può svolgerne in modo solo parziale, come Gerente e Aiuto complementare potrebbe lavorare nella misura del 50%, con presenza almeno nelle ore di esercizio del Ristorante (ore dei pasti). (...). In attività di Gerente con la presenza nel Ristorante per attività di cassa, di magazzino, controllo del materiale, pulizia, ordine dei tavoli, rispondere al telefono, potrebbe sicuramente lavorare nella misura almeno del 50%, anche in cucina potrebbe lavorare come Aiuto-Cuoco, nella preparazione dei cibi, dei piatti, ancora in magazzino, lavaggio. Il tutto limitato dalla presenza di una certa affaticabilità, ma la presenza di 4 h al giorno, durante l'attività del Ristorante è sicuramente possibile. Complessivamente valuto dal punto strettamente neurologico l'A. abile al lavoro in mansioni non legate all'attività di Cuoco e di Cameriere, nella misura almeno del 50%. (...). Ricordo che prima della Perizia del 2006 del Dottor _____, tutti gli specialisti avevano accordato una capacità lavorativa del 50% all'A., nell'ambito di una gestione di un Ristorante, limitando la capacità di Cuoco. In

seguito alla Perizia del Dottor _____ del 2006 si era posto l'accento sui deficit neuropsicologici oltre che ai disturbi dell'olfatto, portando l'incapacità lavorativa al 75%. Non sembrano essere state prese in considerazione altre attività che non coinvolgessero eccessivamente la memoria e la concentrazione. In un Ristorante ci possono essere altre attività, che possono essere prese in considerazione, dove l'attenzione e la concentrazione; nonché la memoria, possono passare in un secondo piano. Sicuramente all'epoca erano presenti fattori psicologici negativi, si trattava di una persona di 48 anni, con una balla attività professionale che improvvisamente si è trovato nell'impossibilità di esercitare, con difficoltà anche di lavorare come Cameriere, come aveva sempre fatto in precedenza, oltre che Cuoco. Attualmente la situazione è stabilizzata, l'attività del Ristorante sembra funzionare, il suo impegno professionale può sicuramente essere maggiore di quello impiegato al momento. Per questo valuto che dal punto di vista neurologico e neuropsicologico in attività confacente, come descritto sopra, possa sicuramente lavorare almeno nella misura del 50%. (...).

10.1) RILEVA CAMBIAMENTI DEL STATO DI SALUTE IN RAPPORTO ALLA VALUTAZIONE MEDICA NEL 2007? QUALI? Come già detto sopra, attualmente trovo che l'A. dal punto di vista fisico, psichico e neuropsicologico presenta un grado di capacità lavorativa di almeno un 50%, non come Cuoco e come Cameriere in modo più limitato, considerando, in questa professione, uso della memoria, della concentrazione e della rapidità di esecuzione, essenziali.

10.2) QUALI EFFETTI! HANNO QUESTI CAMBIAMENTI SULLA VALUTAZIONE DELLA CAPACITÀ LAVORATIVA, DELLA NECESSITÀ DI CURE MEDICHE E DELLA CAPACITÀ LAVORATIVA? La causalità rimane invariata, al momento non sono necessarie cure mediche particolari, le cefalee sicuramente presenti, non vengono praticamente mai menzionate dall'A, passano solitamente con paracetamolo. Cambia al contrario il grado di capacità lavorativa nell'ambito dell'amministrazione di un Ristorante, dove l'A. potrebbe partecipare con attività oltre che Cuoco e Cameriere. (...).” Lo psichiatra incaricato ha esaminato l'assicurato il 10 settembre 2019 (dalle ore 16.25 alle ore 17.40 circa). Dal suo referto del 12 settembre 2019 (doc. 259) si evince segnatamente che l'assicurato non presenta segni o sintomi attribuibili a una patologia psichiatrica, che non vi sono limitazione psichiatriche in corso, che la situazione è verosimilmente stabile da anni, rispettivamente quanto segue: " (...) 10.1 rileva cambiamenti dello stato di salute in rapporto alla valutazione medica che consentita definizione de/diritto a prestazioni assicurative nel 2007? Non ho elementi oggettivi per sostenere che quanto allora riscontrato non fosse effettivamente presente. Allo stesso modo in assenza di valutazione successive non sono in grado di valutare quando di fatto la situazione si sia gradualmente normalizzata finché ad oggi permane solo una lieve difficoltà nella memoria di rievocazione priva di qualunque influsso per sé sulla capacità lavorativa. Pertanto, in assenza di elementi oggettivi non posso far altro che limitarmi alla descrizione dello stato attuale cioè della presenza di lieve difficoltà nella memoria di rievocazione rispettivamente assenza di segni o sintomi d'interesse psicopatologico e rilevare come verosimile che questo stato sia inalterato da anni. il fatto stesso che l'assicurato abbia superato, per sua stessa ammissione, la situazione problematica della malattia psichiatrica della moglie, la decisione di separarsi, il divorzio ed è stato in grado di trovare una nuova compagna dimostra come sin dal momento in cui la ex moglie ha abbandonato il tetto coniugale nel 2011 ed il fatto stesso che i figli abbiano continuato a stare con lui dimostra verosimilmente che almeno dal 2011 la situazione era uguale a quella osservata adesso. (...).” (n.d.r.: il corsivo e la sottolineatura non è della redattrice). Il chirurgo dr. med. _____ ha esaminato l'assicurato il 27 settembre 2019.

Dal suo referto, datato 30 aprile 2020 (doc. 268), risulta in particolare quanto segue: " (...).

D.1. DIAGNOSI PRINCIPALE - leggeri deficit neuropsicologici relativi alla concentrazione, rallentamento ideatorio, difficoltà di adeguamento, anosmie e ipoageusia parziale in uno stato dopo grave trauma craniocerebrale il 17.08.2002 con fratture della roccia petrosa ds. e multiple lesioni cerebrali, iniziale sospetta lesione transitoria del nervo soprascapolare nell'ambito di una possibile sindrome deficitaria dell'emisoma ds. e disturbi residuali da disestesie e debolezza, non oggettivabili, dell'arto superiore e inferiore ds., dislalia e disturbi cognitivi, fratture dell'apofisi trasversa ds. delle vertebre L2-L3-L4, contusioni-escoriazioni multiple e ferite lacero-contuse suture al gomito ds. e alle ginocchia - cefalea cronica - soggettivamente disturbi dell'equilibrio - lieve sindrome cervico-toraco-lombare

D.2. DIAGNOSI SECONDARIA (...).

D.3. DIAGNOSI CON RIPERCUSSIONE SULLA CAPACITÀ LAVORATIVA Deficit neuropsicologici relativi alla concentrazione, al rallentamento ideatorio e difficoltà di adeguamento come pure persistente anosmie e ipoageusia secondaria

D.4. LIMITAZIONI Difficoltà di concentrazione, rallentamento ideatorio, difficoltà di adeguamento e diminuzione della caricabilità della schiena. (...).

Dal 2006 non è più stata fatta nessuna revisione né valutazione clinica. Il paziente non è stato in cure neurologiche, rispettivamente in cure psichiatriche, né chirurgo-traumatologiche. Il paziente ha potuto ricostruirsi la vita: si è separato dalla prima moglie e poi si è risposato il 7.5.2009 con una donna kossovara 44-enne. Ha ripreso il lavoro effettuando controlli amministrativi e igienici, lavorando dalle 10-12 ore per settimana con una presenza dalle ore 17 fino alla 19, nel ristorante. Il paziente guida la macchina, una Mercedes che conta più di 200'000km. Non soffre di anedonia, fuma fino a 6 sigarette al giorno, ogni tanto prende una birra e beve 4-5 caffè al giorno. Non stupisce completamente il fatto che il paziente abbia potuto riprendere un lavoro al ristorante, non più come cuoco ma come amministratore. Malgrado il grave trauma cranico subito con Glasgow 6 la letteratura conferma che anche in questi casi quasi il 50% delle persone hanno un recupero completo o un recupero con lievi disabilità (vedi A. Bianchi 2005: 41% dei casi, Annoni e all, 1992: 45% dei casi). (...).

Per la prognosi si può dire che lo stato attuale è definitivo e un peggioramento significativo dopo 17 anni non è da aspettare. (...).

Come danni residui leggeri deficit neuropsicologici relativi alla concentrazione, un rallentamento ideatorio e difficoltà di adeguamento come pure un'anosmia e una ipoageusia e una cefalea cronica. Ci sono limitazioni funzionali delle funzioni psichiche della memoria, flessibilità, il rallentamento ideatorio e la difficoltà di adeguamento e disturbi funzionali somatici come la lieve cervico-toraco-lombalgia (parzialmente dovuti ad uno stato preesistente di sovraccarico statico funzionale su base di una cifoscoliosi significativa. Non ci sono proposte riabilitative da fare. Per la reintegrazione il paziente potrebbe essere reintegrato nell'attuale ristorante per lavori amministrativi in misura del 50%. (...).

Lo stato psichico e lo stato somatico sono stabili. (...).

Il paziente non è più in grado di lavorare come cuoco o cameriere, soprattutto per il problema dell'anosmia, ipoageusia secondaria e problemi di difficoltà di concentrazione e difficoltà di adeguamento. Potrebbe invece lavorare nel ristorante attuale nella misura del 50% con lavori amministrativi e organizzazione. (...).

Il paziente non può più lavorare come cuoco visto il problema olfattivo e il problema della ageusia. In più ha problemi di concentrazione e una certa mancanza di adattamento. (...).

Come lavoro alternativo il paziente potrebbe essere attivo come aiuto in cucina con preparazione di piatti, fare un lavoro di controllo del magazzino, un'attività di lavaggio, preparazione delle stoviglie, dei tavoli, sia prima che durante il servizio con una presenza almeno durante le ore dei pasti

quando sono presenti i clienti. Tutte queste attività non richiedono concentrazione particolare e nemmeno l'impiego dell'olfatto e del gusto. (...). 10.1. Rileva cambiamenti dello stato di salute (oggettivi o soggettivi) in rapporto alla valutazione medica che consenti la definizione del diritto alle prestazioni assicurative nel 2007? Quali? 10.2. Quali effetti hanno questi cambiamenti sulla valutazione della causalità, della necessità di cure mediche e della capacità lavorativa? Perché? In base al giudizio degli specialisti il paziente, prima del 2006 era stato messo abile al 50%. Dopo la perizia del 2006 del Dottor _____ della Clinica _____ di Sementina è stata fissata una incapacità lavorativa del 75%. Il Dottor _____ non ha preso in considerazione altre attività che non coinvolgessero necessariamente la memoria e la concentrazione. Come già indicato sopra in un ristorante ci sono anche lavori che possono essere svolti senza attenzione e alta concentrazione, rispettivamente con deficienze memoriali. Al momento attuale 3 specialisti in campo neurologico, psichiatrico e traumatologico sono dell'avviso che il paziente possa aumentare il suo impegno professionale. Il paziente può senz'altro lavorare in misura del 50%. Come già menzionato il paziente non ha fatto accertamenti neurologici, psichiatrici dopo l'esame del Dottor _____ del 2006 e si è ricostruito una nuova vita dopo il divorzio dalla prima moglie. Si è risposato nel 2019 con una donna del _____. Malgrado sia impedito dall'anosmia e l'ageusia parziale non è diventato anedonico, fuma sigarette, prende anche ogni tanto una birra e beve caffè. Guida anche la macchina e lavora parzialmente. La ripresa Psicica, neuropsicologica e somatica è migliorata. Come menzionato, ricercatori come A. Bianchi e Annoni ed all, hanno trovato nel 50% dei casi dopo un severo trauma cranio-cerebrale un recupero completo o con una lieve. Senza un certo miglioramento delle funzioni psichiche (memoria, rallentamento ideatorio e difficoltà chiaramente) e pure un certo miglioramento della ipoageusia secondaria il paziente non avrebbe potuto organizzare la sua vita come l'ha fatto dal 2002 finora. Questi cambiamenti non hanno un impatto per quel che concerne la valutazione della causalità. Dopo la perizia del Dottor _____ del 2006 il paziente non ha più avuto controlli neurologici, neuropsicologici o psichiatrici finora. Non è sotto cura neurologica e psichiatrica. Prende unicamente un analgesico per le cefalee croniche.”. In sede di opposizione, la patrocinatrice dell'assicurato ha versato agli atti il certificato 14 luglio 2020 (doc. 278) del dr. med. _____, il cui tenore è segnatamente il seguente: " (...) Valutazione psichiatrica Dr. Med. _____ del 12.09.2019: (...). In merito alle valutazioni plurispecialistiche considerate nella revisione della rendita, ritengo dal punto di vista medico assicurativo di dover precisare quanto segue: Non si è provveduto alla rivalutazione di un esame neuropsicologico indispensabile per il confronto dell'evoluzione rispetto a quanto valutato in data 28-29 luglio 2004 (Signora _____). Valutazione neuropsicologica con data 28 e 29 luglio 2004 conclusioni: (...). Il fatto che il Paziente negli anni non sia stato sottoposto a nuove valutazioni neurologiche e psichiatriche, ritengo non possa aver alcun valore nel rafforzare l'ipotesi di, un miglioramento dello stato di salute. Negli atti conclusivi viene più volte segnalato che il Paziente ha saputo affrontare divorzio e nuovo matrimonio. Tale evidenza non rientra in un oggettivo elemento clinico utile per l'evoluzione dello stato di salute. Per quanto riguarda la patologia ortopedica e limiti derivati dall'infortunio, non è documentato un dettagliato confronto dei precedenti esami clinici e dello stato di salute. Ritengo utile e indispensabile poter verificare un confronto dettagliato dello stato di salute e una conseguente descrizione dell'evoluzione oggettivamente dimostrata e confrontata.” Interpellato dall'amministrazione in merito alla precitata certificazione, con complemento del 2 ottobre 2020 (doc. 286), il dr. med. _____ ha rilevato quanto segue: " (...).

Come disturbo oggettivamente imputabile all'infortunio del 17.08.2002 ci sono i disturbi neuropsicologici e problemi comportamentali ed emotivi, la cefalea recidivante e la spiccata faticabilità che presentano un importante impatto sulla vita professionale e privata. (...). Nella nostra perizia (pag. 30 - Dottor _____, neurologo FMH) viene menzionato che la capacità lavorativa come cuoco è esclusa causa l'anosmia e l'ipoageusia e anche un'attività come cameriere non può essere presa in considerazione (dopo un tentativo di ripresa con insuccesso nei primi anni dopo l'infortunio). Viene invece menzionato che l'assicurato, come aiuto in cucina nella preparazione di piatti, controllo del magazzino, attività di lavaggio, preparazione delle stoviglie, ecc., preparazione dei tavoli sia prima che durante il servizio, con una presenza almeno durante le ore dei pasti quando sono presenti clienti, servizio dell'acqua, può essere operativo. Tutte queste attività vengono spesso svolte da persone non specializzate nel campo, dove l'olfatto e il gusto non sono necessari. Sicuramente l'assicurato non può fare il cuoco e nemmeno il gerente a tempo pieno o il cameriere, ma può eseguire sicuramente attività sotto controllo di terzi. Potrebbe tuttavia essere impiegato in altre attività parallele, come aiuto cuoco, aiuto nel ristorante (fatta eccezione l'attività di cameriere e soprattutto la presa di ordinazioni, organizzazione e distribuzione delle stesse), l'assicurato può sicuramente svolgere solo parzialmente, come gerente e aiuto complementare può lavorare in misura del 50% con presenza almeno nelle ore di esercizio del ristorante. Il paziente può sicuramente essere attivo in altre attività professionali dove non sia necessaria un'eccessiva concentrazione di memoria e olfatto. Anche qui in misura di almeno il 50%. (...). In conclusione (...) Confermiamo quanto dichiarato nella perizia del 27.09.2019. La nostra opinione non è cambiata. Non ci sono ulteriori osservazioni. ” (n.d.r.: il grassetto e le sottolineature non sono della redattrice)

Sempre in sede di opposizione, la patrocinatrice dell'assicurato ha versato agli atti pure il certificato del 12 novembre 2020 (doc. 292) del dr. med. _____, specialista FMH in neurologia, il cui tenore è segnatamente il seguente: " (...) il paziente summenzionato che ho rivisto in data 04.11.2020. Il 05.11.2020 ho effettuato la valutazione neuropsicologica mentre l'esame EEG è stato eseguito 03.11.2020. Ricordo brevemente di aver visto il paziente già in una prima occasione nel 2006 nell'ambito di una neuropatia progressiva del nervo soprascapolare destro con alterazioni EMG del di un danno assonale progressivo. Ricordo come problema principale del paziente uno stato dopo un incidente della circolazione avvenuto il 17.08.2002 in Italia (...). (...) Stato neurologico: (...). Valutazione neuropsicologica: (...). EEG: (...). Valutazione: (...). La valutazione neuropsicologica si presenta sovrapponibile a quella descritta dalla signora _____ di _____ nel 2004, vi è un globale rallentamento, difficoltà della fluency verbale, della programmazione, della flessibilità mentale in generale oltre a chiari disturbi dell'attenzione selettiva e sostenuta. Inoltre presenza tuttora di una certa difficoltà dell'accesso lessicale, non solo spiegabile dal fatto che il paziente non sia di madrelingua italiana. Già la signora _____ riscontrava delle difficoltà di memoria verbale a lungo termine, ben evidenti tuttora, invece si presenta attualmente nella norma Io span verbale come anche la gnosis visive. Da sottolineare la completa collaborazione del paziente durante i test. In pratica la situazione neuropsicologica è lievemente migliorata in alcuni rari aspetti, ma non in maniera rilevante e nell'insieme si presenta globalmente stabile dal 2004. Persiste la completa anosmia con ipogeusia associata, anch'essa stabile. Ricordo che il Dr. med. _____, che aveva visto il paziente l'anno scorso, non ha menzionato: disturbi d'equilibrio del paziente, comunque già descritto fin da subito dopo l'incidente e ben compatibili con la frattura della rocca petrosa a destra avuta durante l'incidente del 2002

sicuramente anch'essa ha un'influenza negativa sulla capacità lavorativa del paziente. Nell'insieme, a seguito della mia valutazione, vedrei giustificata l'incapacità lavorativa nella misura del 75% attestata nel 2006 quale gestore di ristorante ed incapacità completa come cuoco". 2.9. Nel caso di specie, questo Tribunale constata innanzitutto che i dr. med. _____, _____ e _____ sono stati incaricati direttamente dall'assicuratore resistente (doc. 254), senza seguire la procedura prevista dall'art. 44 LPGGA (cfr. pag. 839, dal quale risulta che all'assicurato non è stato accordato il diritto di ruscare gli esperti designati: " Per motivi d'efficienza, trattandosi di un coordinamento complesso, la invitiamo a rispettare le singole date e gli orari pattuiti. Solo in caso d'imprevisti gravi che non le consentissero di rispettarli, vorrà informare tempestivamente gli ambulatori medici (e lo scrivente ufficio), giustificare l'impedimento e fissare un nuovo appuntamento. "). Essi vanno dunque trattati alla stregua di consulenti medici interni all'amministrazione. Si applica dunque la giurisprudenza di cui alla DTF 135 V 465 (cfr. supra, consid. 2.5), secondo la quale dei lievi dubbi circa l'affidabilità di un rapporto medico bastano per potersene discostare (cfr. STCA 35.2020.43 del 22 febbraio 2021 consid. 2.7 e 35.2021.14 del 28 giugno 2021 consid. 2.8, cresciute incontestate in giudicato, note all'assicuratore resistente). Ora, chiamato a pronunciarsi, il TCA non può, senza che prima venga svolto un approfondimento peritale, concordare con le conclusioni dell'amministrazione, dato che nel caso di specie, come è appena stato riassunto al consid. 2.8., si è in presenza di pareri contrastanti circa l'intervento (come lo sostengono gli specialisti interpellati dall'amministrazione) o meno (come lo fanno invece valere quelli consultati dall'insorgente) di una modifica notevole dello stato di salute dell'assicurato, tale da giustificare la riduzione della prestazione a contare dal mese di luglio 2020. Questa Corte ritiene che al parere espresso il 18 ottobre 2019 dal neurologo dr. med. _____ - che ha eseguito un esame neurologico (ma non un esame neuropsicologico) e che non ha preso in considerazione i disturbi dell'equilibrio di cui soffre l'assicurato dal grave trauma cranico subito nel 2002 - e ritiene che è " Difficile affermare se a distanza di 13 anni il quadro non sia migliorato " (cfr. pag. 869), concludendo così per una capacità lavorativa parziale (50%) nell'attività di gerente/aiuto cuoco rispettivamente in qualsiasi attività sostitutiva adeguata (" dove non sia necessaria un'eccessiva concentrazione, memoria, olfatto ": cfr. pag. 870), a fronte di una situazione che " sembra stabile dal 2006 " (cfr. pag. 869) non possa essere attribuito un valore sufficiente a dirimere la presente vertenza. In particolare, il motivato e dettagliato rapporto agli atti del dr. med. _____ (rispettivamente del dr. med. _____) appare suscettibile di generare dei dubbi, per lo meno lievi, circa la fondatezza della valutazione espressa dal consulente medico dell'amministrazione. Tale conclusione è tanto più corretta se si considera che quanto sostiene il dr. med. _____ (rispettivamente il dr. med. _____) conferma quanto era stato a suo tempo ritenuto nella perizia del 27 luglio 2006 del dr. med. _____ (doc. 150), a quel momento Direttore medico della _____, che aveva spiegato in modo dettagliato e convincente (cfr. pag. 490-492) perché la sua valutazione (incapacità lavorativa del 75% in qualsiasi attività professionale, precedente ed adeguata, ovvero semplice e leggera: cfr. pag. 489 e 492) si distanziava da quanto dichiarato da altri specialisti (capacità lavorativa al 50% con effetto dal 18.01.2003: cfr. consid. 2.8). Analoghe considerazioni devono valere anche per i referti peritali dei dottori _____ e _____. In particolare, va sottolineato che lo psichiatra, nel suo rapporto del 12 settembre 2019, ha dichiarato che " La situazione è verosimilmente stabile da anni " (pag. 852) mentre il chirurgo, nel suo rapporto del 30 aprile 2020, ha dichiarato che " lo stato attuale è definitivo e un peggioramento significativo

dopo 17 anni non è da aspettare ” (pag. 915) rispettivamente che “ Lo stato psichico e lo stato somatico sono stabili ” (pag. 915), ragione per la quale la conclusione alla quale è pervenuto (una capacità lavorativa parziale “ nel ristorante attuale nella misura del 50% con lavori amministrativi e organizzazione ” rispettivamente in qualsiasi attività sostitutiva adeguata, ad. es., come aiuto-cucina: pag. 917 e 918) non costituisce altro che una diversa valutazione che, di per sé, non può fondare la revisione della rendita in vigore (cfr. supra, consid. 2.3.). Da notare che, in ogni caso, una revisione della rendita d’invalidità in vigore non si giustifica in ragione dell’intervento di una notevole modifica delle circostanze economiche. L’amministrazione non lo pretende e, del resto, ciò non emerge nemmeno dalla documentazione a disposizione del TCA (cfr. supra, consid. 1.3.). 2.10. In una sentenza di principio 9C_243/2010 del 28 giugno 2011, pubblicata in DTF 137 V 210, il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche rivolte alla giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; art. 72bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione. In quella pronunzia, l’Alta Corte ha pure precisato in quali casi il Tribunale cantonale deve allestire direttamente una perizia giudiziaria e in quali altri può rinviare gli atti all’assicuratore per un complemento istruttorio. Il TF ha, al riguardo, sviluppato le seguenti considerazioni: " (...). 4.4.1.1 Ist das Gutachten einer versicherungsinternen oder -externen Stelle nicht schlüssig und kann die offene Tatfrage nicht anhand anderer Beweismittel geklärt werden, so stellt sich das Problem, inwieweit die mit der Streitsache befasste Beschwerdeinstanz noch die Wahl haben soll zwischen einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung, damit diese eine neue oder ergänzende Expertise veranlasse, und der Einholung eines Gerichtsgutachtens. Das Bundesgericht hat dazu jüngst festgehalten, die den kantonalen Gerichten zufallende Kompetenz zur vollen Tatsachenprüfung (Art. 61 lit. c ATSG) sei nötigenfalls durch Einholung gerichtlicher Expertisen auszuschöpfen (BGE 136 V 376 E. 4.2.3 S. 381). Dies schliesst ein, dass die erstinstanzlichen Gerichte diese Befugnis nicht ohne Not durch Rückweisung an die Verwaltung delegieren dürfen. 4.4.1.2 Die Vorteile von Gerichtsgutachten (anstelle einer Rückweisung an die IV-Stelle) liegen in der Straffung des Gesamtverfahrens und in einer beschleunigten Rechtsgewährung. Die direkte Durchführung der Beweismassnahme durch die Beschwerdeinstanz mindert das Risiko von - für die öffentliche Hand und die versicherte Person - unzumutbaren multiplen Begutachtungen. Zwar gilt die Sozialversicherungsverwaltung mit Blick auf die differenzierten Aufgaben und die dementsprechend unterschiedliche funktionelle und instrumentelle Ausstattung der Behörden in der Instanzenabfolge im Vergleich mit der Justiz als regelmässig besser geeignet, Entscheidungsgrundlagen zu vervollständigen (BGE 131 V 407 E. 2.1.1 S. 411). In der hier massgebenden Verfahrenssituation schlägt diese Rechtfertigung für eine Rückweisung indessen nicht durch. 4.4.1.3 Die Einschränkung der Befugnis der Sozialversicherungsgerichte, eine Streitsache zur neuen Begutachtung an die Verwaltung zurückzuweisen, verhält sich komplementär zu den (gemäss geänderter Rechtsprechung) bestehenden partizipativen Rechten der versicherten Person im Zusammenhang mit der Anordnung eines Administrativgutachtens (Art. 44 ATSG; vgl. oben E. 3.4). Letztere tragen zur prospektiven Chancengleichheit bei, derweil das Gebot, im Falle einer Beanstandung des Administrativgutachtens eine Gerichtsexpertise einzuholen, die Waffengleichheit im Prozess gewährleistet, wo dies nach der konkreten Beweislage angezeigt ist. Insoweit ist die ständige Rechtsprechung, wonach das (kantonale) Gericht prinzipiell die freie Wahl hat, bei festgestellter Abklärungsbedürftigkeit die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen oder aber selber zur Herstellung der Spruchreife zu

schreiten (vgl. statt vieler ARV 1997 Nr. 18 S. 85 E. 5d mit Hinweisen, C 85/95; Urteil vom 11. April 2000 E. 3b, H 355/99), zu ändern. 4.4.1.4 Freilich ist es weder unter praktischen noch rechtlichen Gesichtspunkten - und nicht einmal aus Sicht des Anliegens, die Einwirkungsmöglichkeiten auf die Erhebung des medizinischen Sachverhalts fair zu verteilen - angebracht, in jedem Beschwerdefall auf der Grundlage eines Gerichtsgutachtens zu urteilen. Insbesondere ist der Umstand, dass die MEDAS von der Invalidenversicherung finanziert werden, kein genügendes Motiv dafür. Doch drängt sich auf, dass die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten einholt, wenn sie einen (im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen) medizinischen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist (vgl. die Kritik an der bisherigen Rückweisungspraxis bei Niederberger, a.a.O., S. 144 ff.). Die betreffende Beweiserhebung erfolgt alsdann vor der - anschliessend reformatorisch entscheidenden - Beschwerdeinstanz selber statt über eine Rückweisung an die Verwaltung. Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (siehe beispielsweise das Urteil 9C_646/2010 vom 23. Februar 2011 E. 4; vgl. auch SVR 2010 IV Nr. 49 S. 151 E. 3.5, 9C_85/2009)." (DTF 137 V 263-265) In una sentenza 8C_59/2011 del 10 agosto 2011 consid. 5.2 - dunque successiva a quella pubblicata in DTF 137 V 210 -, emanata in materia di assicurazione contro gli infortuni, il Tribunale federale ha ribadito i principi sviluppati nella DTF 135 V 465, in particolare che, in presenza di dubbi circa l'affidabilità di rapporti allestiti da medici di fiducia, il giudice (cantonale) è libero di scegliere se ordinare direttamente una perizia giudiziaria oppure rinviare gli atti all'amministrazione affinché disponga essa stessa una perizia seguendo la procedura di cui all'art. 44 LPGGA: " Um solche Zweifel auszuräumen, wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 135 V 465 E. 4.6 S. 471)." In una sentenza 8C_412/2019 del 9 luglio 2020 consid. 5.4, la Corte federale ha rinviato la causa all'assicuratore LAINF (e non al tribunale cantonale che aveva respinto il ricorso della persona assicurata) affinché disponesse l'esecuzione di una perizia ai sensi dell'art. 44 LPGGA, precisando che laddove esistano dubbi circa l'attendibilità e la pertinenza della valutazione del medico fiduciario, spetta in primo luogo all'assicuratore contro gli infortuni procedere a ulteriori atti istruttori per determinare d'ufficio i fatti determinanti e, se del caso, assumere le prove necessarie prima di emanare la decisione (art. 43 LPGGA): " Lorsqu'il existe des doutes sur la fiabilité et la pertinence de l'appréciation du médecin-conseil, il appartient en premier lieu à l'assureur-accidents de procéder à des instructions complémentaires pour établir d'office l'ensemble des faits déterminants et, le cas échéant, d'administrer les preuves nécessaires avant de rendre sa décision (art. 43 al. 1 LPGGA; ATF 132 V 368 consid. 5 p. 374; arrêt 8C_401/209 du 9 juin 2020 consid. 5.3.3. et ses références)." (STF 8C_412/2019, consid. 5.4.) (si veda pure la STF 8C_697/2019, 8C_698/2019 del 9 novembre 2020 consid. 4.1). Nella presente fattispecie, il TCA ritiene che siano soddisfatti i presupposti per un rinvio degli atti all'istituto convenuto (cfr. STF 8C_59/2011 del 10 agosto 2011 e DTF 135 V 465), già per il fatto che esso non ha fondato la decisione impugnata su una perizia amministrativa ex art. 44 LPGGA. Per le ragioni già

esposte diffusamente al considerando 2.9., si giustifica l'annullamento della decisione su opposizione impugnata e il rinvio degli atti all'assicuratore resistente affinché, previo richiamo dell'incanto AI, disponga l'esecuzione di una perizia pluridisciplinare (psichiatrica, neurologica e ortopedica) ai sensi dell'art. 44 LPGA, volta a stabilire se sono dati i presupposti per procedere a una revisione ex art. 17 cpv. 1 LPGA (in proposito, si vedano i principi giurisprudenziali menzionati al consid. 2.3.) della rendita d'invalidità in vigore. In seguito, facendo capo alle risultanze dell'accertamento esperito, l'amministrazione definirà di nuovo il proprio obbligo a prestazioni a contare dal 1° luglio 2020. Da ultimo, il TCA osserva che risulta prematuro pronunciarsi in merito alle ulteriori censure sollevate dalla patrocinatrice del ricorrente (in particolare, per quanto attiene alla determinazione del reddito da invalido e alla quantificazione della rendita). Giova invece qui segnalare la STCA 35.2018.91 del 22 maggio 2019 in tema d'interessi moratori. 2.11. La rappresentante dell'insorgente chiede che "CO 1 è tenuta ad addossarsi tutte le spese mediche del ricorrente relative all'infortunio e a rimborsare i costi sinora sostenuti direttamente da RI 1 per un importo pari ad (almeno) fr. 1'272.97" (cfr. doc. I, pag. 10). Secondo la giurisprudenza, i costi peritali fanno parte delle spese di procedura (cfr. SVR 2013 IV Nr. 1 p. 1; consid. 3, non pubblicato nella DTF 139 V 225, della STF 8C_984/2012 del 6 giugno 2013). Ai sensi dell'art. 45 cpv. 1 LPGA, l'assicuratore assume le spese per l'accertamento, sempre che abbia ordinato i provvedimenti. Se non ha ordinato alcun provvedimento, ne assume ugualmente le spese se i provvedimenti erano indispensabili per la valutazione del caso oppure se fanno parte di prestazioni accordate successivamente. Nella DTF 137 V 210, il Tribunale federale ha ritenuto che allorquando il tribunale cantonale delle assicurazioni constata che la fattispecie necessita d'istruttoria, deve di principio disporre esso stesso una perizia (consid. 4.4.1.3 e 4.4.1.4). In questo caso, i costi della perizia ordinata dal tribunale possono essere posti a carico dell'assicurazione per l'invalidità (consid. 4.4.2). Nella DTF 139 V 496 consid. 4.4, la Corte federale ha stabilito ulteriori criteri che devono essere presi in considerazione nell'ambito della questione di sapere se i costi di una perizia giudiziaria possono essere addossati all'amministrazione. Il TF ha stabilito che tra l'istruttoria amministrativa viziata e la necessità di procedere a ulteriori accertamenti, deve esistere un nesso di causalità. Ciò è segnatamente il caso se esiste una manifesta contraddizione tra i diversi pareri medici presenti agli atti, senza che l'amministrazione sia riuscita a confutarla con argomenti oggettivamente fondati (DTF 135 V 465 consid. 4.4; cfr. pure DTF 139 V 225 consid. 4 e STF 8C_71/2013 del 17 giugno 2013 consid. 2); allorquando l'amministrazione lascia senza risposta degli aspetti necessari a chiarire la situazione medica oppure si fonda su una perizia alla quale non può essere attribuito pieno valore probatorio. Per contro, se l'amministrazione rispetta il principio inquisitorio e fonda la propria posizione su basi oggettivamente convergenti oppure sulle risultanze di una perizia valida dal profilo giuridico, non si giustifica addossarle i costi della perizia giudiziaria, indipendentemente dai motivi per i quali è stata ordinata (ad esempio, in ragione della presentazione di nuovi rapporti medici oppure di una perizia di parte). Ciò vale anche per quanto riguarda una perizia presentata da una parte: i costi che ne risultano devono essere posti a carico dell'assicuratore sociale allorquando la perizia era indispensabile per giudicare la vertenza (DTF 115 V 62 consid. 5c; SVR 2016 UV Nr. 24 p. 75 consid. 6.1, in cui il TF non ha ritenuto adempiuti i presupposti per addossare all'assicuratore LAINF convenuti i costi di una perizia privata, la quale non si era rivelata necessaria per l'adozione della decisione. In particolare, l'Alta Corte ha rilevato che le inconsistenze, rispettivamente i lievi dubbi che hanno determinato la necessità di disporre

una perizia giudiziaria, non trovavano origine nel contenuto della perizia privata; STF 8C_61/2016 del 19 dicembre 2016 consid. 6.1; STCA 35.2017.93 del 14 settembre 2018, consid. 2.14). Nella concreta evenienza, il TCA constata che è proprio in base ai rapporti allestiti dai dottori _____ e _____ che ha ammesso la sussistenza di dubbi circa la fondatezza delle conclusioni contenute nelle perizie elaborate dai medici consulenti dell'amministrazione (e, in ultima analisi, rinviato gli atti alla CO 1 per un nuovo accertamento peritale pluridisciplinare ai sensi dell'art. 44 LPGa). Per quanto riguarda l'entità dei costi che vanno addossati all'assicuratore convenuto, va rilevato che entrano in linea di conto soltanto quelli che si trovano in relazione con l'elaborazione del referto 14 luglio 2020 del dr. med. _____ (quindi quelli contenuti nel conteggio di cui al doc. F [fr. 366.87], dedotti i costi delle sedute di terapia psicosomatica individuale del 7 luglio [fr. 51.92] e del 15 luglio 2020 [fr. 51.92], per un importo complessivo di fr. 263.03), rispettivamente con quello del 12 novembre 2020 del dr. med. _____ (quindi quelli contemplati dal conteggio di cui al doc. F1 [fr. 906.10]). In esito a quanto precede, a carico della CO 1 va posto un importo pari a fr. 1'169.13 (fr. 263.03 + fr. 906.10) a titolo di spese di accertamento. 2.12. Alla luce di quanto esposto in precedenza (cfr. consid. 2.10), il TCA rinuncia all'assunzione di ulteriori prove. Va qui ricordato che, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° ed., pag. 274, si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41; 122 III 223 consid. 3; 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv.2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). L'avv. RA 1 ha chiesto che si proceda all'audizione del suo patrocinato, " possibilmente nel contesto di un'udienza " (cfr. doc. XI). Secondo l'art. 6 CEDU ogni persona ha diritto ad un'equa e pubblica udienza entro un termine ragionevole, davanti a un tribunale indipendente e imparziale costituito per legge, al fine della determinazione sia dei suoi diritti e dei suoi doveri di carattere civile, sia della fondatezza di ogni accusa penale che gli venga rivolta. Al riguardo, è utile precisare che, secondo il Tribunale federale, l'art. 6 CEDU non garantisce il diritto all'audizione dei testimoni proposti dall'assicurato e nemmeno quello all'interrogatorio delle parti (cfr., in questo senso, STF 8C_307/2013 del 6 marzo 2014 consid. 2.2, 8C_743/2011 del 20 dicembre 2011 consid. 2.3.1 e SVR 2010 UV Nr. 3 consid. 2; STCA 35.2018.91 del 22 maggio 2019, consid. 2.4). Il 14 luglio 2021 la patrocinatrice di RI 1 ha di fatto formulato una domanda di assunzione di prove, ciò che va oltre a quelli che sono i limiti del pubblico dibattito definiti dalla giurisprudenza federale, ragione per la quale il TCA è legittimato a rinunciarvi. Questa Corte rinuncia pure a dare seguito alla richiesta di sottoporre delle domande scritte ai dottori _____ e _____, postulata dalla rappresentante dell'assicurato (cfr. doc. I). 2.13. Visto l'esito del ricorso (il rinvio con esito aperto equivale a piena vittoria, cfr., da ultimo, STF 8C_859/2018 del 26 novembre 2018 consid. 5 con rinvio a DTF 137 V 210 consid. 7.1 p. 271 e riferimento), la CO 1 verserà all'insorgente, rappresentato da un avvocato, l'importo fr. 2'500 (IVA inclusa) a titolo d'indennità per ripetibili. Ciò rende priva di oggetto la richiesta di ammissione all'assistenza giudiziaria con concessione del gratuito patrocinio (DTF 124 V 309, consid. 6 e, tra le tante, STF 9C_274/2014 del 30 settembre 2014 consid.

5; 9C_335/2011 del 14 marzo 2012 consid. 5; 9C_206/2011 del 16 agosto 2011 consid. 5; STCA 32.2017.99 dell'8 gennaio 2018; STCA 32.2018.158 del 30 luglio 2019, consid. 2.11; STCA 32.2019.47 del 20 febbraio 2020, consid. 2.12). 2.14. L'art. 61 lett. a LPGA, in vigore fino al 31 dicembre 2020, prevedeva che la procedura deve essere semplice, rapida, di regola pubblica e gratuita per le parti; la tassa di giudizio e le spese di procedura possono tuttavia essere imposte alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. In data 1° gennaio 2021 è entrata in vigore una modifica della LPGA. L'art. 61 lett. a LPGA prevede ora unicamente che la procedura deve essere semplice, rapida e, di regola pubblica. Dalla medesima data è entrato in vigore l'art. 61 lett. f bis LPGA secondo cui in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. Secondo l'art. 82a LPGA (Disposizione transitoria, cfr. RU 2021 358), ai ricorsi pendenti dinanzi al tribunale di primo grado al momento dell'entrata in vigore della modifica del 21 giugno 2019 si applica il diritto anteriore. In concreto, il ricorso è del 7 maggio 2021 per cui si applica la nuova disposizione legale. Trattandosi di una controversia relativa a prestazioni LAINF, il legislatore non ha previsto di prelevare le spese. Sul tema, si veda pure la STF 8C_265/2021 del 21 luglio 2021.

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