

TI_GERICHTE 35.2021.73 vom 6. Dezember 2021

TI Tribunale d'appello, 2021-12-06, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2021.73

FR: TI_GERICHTE 35.2021.73 du 6 décembre 2021

IT: TI_GERICHTE 35.2021.73 del 6 dicembre 2021

Regeste

Revisione (art. 17 LPGA). Valutazione psichiatrica confermata. Rinvio per perizia bidisciplinare (ortopedica e neurologica) ex 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 (grado d'invalidità del 15%) dal 1° gennaio 2021 la rendita d'invalidità in vigore (grado d'invalidità del 48%) 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. Nella concreta evenienza, con la decisione su opposizione impugnata la CO 1 ha ridotto la rendita d'invalidità in vigore a far tempo dal 1° gennaio 2021 fondandosi sull'art.17 cpv. 1 LPGA, adducendo che gli accertamenti pluridisciplinari (in materia di neurologia, psichiatria e chirurgia ortopedia,) da essa ordinati avrebbero dimostrato che l'assicurato sarebbe ora in grado di svolgere qualsiasi attività professionale in misura del 70% (doc. 228, pag. 2). Dal canto suo, il patrocinatore 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 soppressione della rendita. A suo avviso, si tratterebbe piuttosto di una diversa valutazione di uno stato rimasto di fatto sostanzialmente invariato (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 23 ottobre 2013 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 corrispondente a una incapacità lucrativa del 50%, risulta fondata essenzialmente sulle risultanze delle seguenti valutazioni mediche. L'amministrazione si è, in particolare, basata sulla valutazione del 24 febbraio 2012 del dr. med. _____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, (doc. 147), giusta il quale: "(...) Diagnosi Distimia (ICD-10: F34.1). Stato dopo politrauma il 19.8.2008 con trauma cranico grave con lievi deficit neuropsicologici (mnestici, esecutivi e attentivi). Lieve emisindrome sensitiva facio-brachio-crurale di origine incerta." (...) Valutazione e conclusione. Il disturbo distimico attualmente presente e che può essere considerato in relazione causale con l'evento infortunistico in questione, almeno nel senso di una causalità parziale (stimabile al 50% - considerati gli altri aspetti socio-esistenziali non direttamente legati all'infortunio) non giustifica, a mio avviso, una compromissione della capacità lavorativa nel senso di una diminuzione del rendimento, superiore al 30%. Essa tuttavia non deve essere sommata alla componente organica essendo già compresa in

essa. (...)." (doc. 147, pag. 11 e 15; n.d.r.: il grassetto non è della redattrice)

L'amministrazione si è fondata anche sulla valutazione del 17 aprile 2012 del dr. med.

_____, specialista FMH in neurologia, (doc. 148), giusta il quale: " (...) C)

Valutazione 1) Diagnosi neurologiche o Stato dopo politrauma il 19.5.2008, con ■ Trauma cranico grave e multiple lesioni intracerebrali bilaterali della corteccia cerebrale e della sostanza bianca sottocorticale: -Minima emorragia della cisterna inter-peduncolare, -Lesioni sottocorticali con piccoli Shear Injuries post-traumatiche -Lesioni emorragiche multiple parenchimali superficiali in parte cavitari fino a 5 mm -Sottile falda sottodurata fronto-basale destra -Emi-sindrome sensitiva lieve sinistra residuale -Disturbo neuropsicologico lieve con deficit della memoria di lavoro, attentiva (rallentamento, difficoltà d'attenzione) e deficit esecutivi - Distimia • Trauma alla colonna vertebrale con - Fratture del processo spinoso T3 e dei processi trasversi I3-L4 2) Diagnosi reumatologiche • Morbo Scheuermann con Osteo-condrosi C6-C7, e stenosi del forame di coniugazione C6-C7 senza lesioni delle strutture nervose o Discopatie multiple L2-L3 e L5-S1, più marcate L4-L5 e L5-S1 con protrusione discale mediana, senza lesione delle strutture nervose. 3) Discussione (...). Sulla base delle indagini praticate si deve ritenere che l'assicurato sia effettivamente limitato nella sua attività lavorativa, sia come cameriere, che in ev. altre attività esigibili con resistenza ridotta al carico ed un rendimento esigibile, non superiore al 50%, e che le principali cause responsabili di queste limitazioni, siano gli esiti conseguiti dal politrauma del 19.5.2008, principalmente da trauma cranio-cerebrale. (...)." (doc. 148, pag. 7 e 8; n.d.r.: il grassetto e le sottolineature non sono della redattrice).

L'amministrazione ha pure considerato la valutazione medica del 17 settembre 2012 del dr.

med. _____, specialista FMH in chirurgia, (doc. 149), giusta il quale " (...)

CONCLUSIONE: esiti di infortunio in data 19 maggio 2008 a seguito del quale paziente, caduto da un albero da un'altezza di circa 8 metri ha subito o trauma cranico con GCS di 8 che ha necessitato di intubazione, con minima emorragia della cisterna interpeduncolare con zone contusioni di parenchima cerebrale a livello parietale superiore sinistro e sottile falda sottodurale fronto basale a destra; o lesioni dentarie comprendenti mobilizzazione ponte con frattura parziale della radice del dente 1 e 3 conseguentemente trattate dal dentista di fiducia e guarite; o trauma toracico con contusioni parenchimali polmonari bilaterali multiple con pneumatoceli e minimo pneumotorace bilaterale trattato mediante drenaggi con Bidon; o trauma addominale con contusione epatica e lesione splenica entrambe trattate conservativamente e guarite; o trauma alla colonna vertebrale con conseguente frattura del processo spinoso di I e dei processi trasversi di L3-L4 trattate conservativamente; o distimia (ICD-10: F34.1). Permangono: o turbe neuropsicologiche con deficit di memoria di lavoro attentivi (rallentamento, difficoltà di attenzione selettiva e divisa), deficit esecutivi (difficoltà di pianificazione e soluzione di problemi) compatibili con il trauma cranico e complessivamente di lieve entità; o emisindrome soggettiva sensitiva da considerare, secondo il parere neurologico del Dott. _____, almeno in misura probabile espressione del trauma cranico anche se forse in parte aggravato da una componente funzionale reattiva; o distimia (ICD 10: F34.1) che, secondo parere psichiatrico del Dott. _____, è da porre in nesso di causalità parziale con l'incidente in causa stimabile al 50%. Diagnosi collaterali: o sindrome cervico lombospondilogenica cronica sinistra in presenza di discopatie cervicali, condrosi C5-C6, osteocondrosi C6-C7, stenosi foraminale C6-C7 bilaterale prevalente sinistra (secondo riscontro di risonanza magnetica del 22.8.2008 a distanza di soli tre giorni dall'avvenuto infortunio e pertanto di impossibile natura post infortunistica) in assenza lesioni post-traumatiche evidenziabili

radiologicamente. Inoltre Morbo di Scheuermann con osteocondrosi dorsale L2-1.3, osteocondrosi/spondilosi L4.5, discopatia L4-L5, L5-S1. Fatta eccezione delle fratture rilevate in sede L3-L4, l'indagine risonanza magnetica non ha documentato lesioni post-traumatiche a questi livelli in particolare riferiti ai rami articolari e al processo spinoso di T3; o periartropatia omero-scapolare bilaterale prevalente a destra su artrosi acromio-clavicolare nonché sindrome di impingement bilaterale e minima lesione del sovraspinato sinistro possibilmente riconducibile ai postumi dell'infortunio in causa.

CAUSALITA': non sono ravvisabili fattori estranei all'infortunio che ci occupa a fronte dei disturbi neuropsicologici di grado lieve. Inoltre, secondo parere specialistico, la emisindrome sensitiva sinistra è da ricondurre in misura probabile ai postumi del trauma cranio cerebrale subito dal paziente nell'evento in causa. La sindrome distimica, diagnosi psichiatrica confermata dallo specialista Dott. _____, è da porre in nesso di causalità con l'infortunio in causa in misura del 50%. Il nesso di causalità fra le fratture banali dei processi trasversi di L2-L3 destra e sinistra e del processo spinoso di T3 conseguentemente trattate e guarite, viene a scemare trascorso un anno dall'infortunio subito. La minima lesione parziale rilevata al sovraspinato destro può essere imputabile ai postumi infortunistici del maggio 2008 pure ritenendo che il paziente è affetto da artrosi acromio-clavicolare bilaterale che favorisce la sindrome da impingement con sfregamento continuo sulla cuffia dei rotatori. Per contro la sindrome cervico lombospondilogenica non è in nesso di causalità con l'infortunio del maggio 2008. La discrepanza che emerge complessivamente in questo caso per quanto riguarda il fattore fisico è che il paziente lamenta ipomotilità dell'arto superiore sinistro e zoppia con gamba inferiore sinistra nondimeno le misurazioni delle masse muscolari non comprovano queste. Maggiori dettagli sull'esposizione della causalità riferita al contesto psichiatrico e neurologico possono essere reperite nelle rispettive relazioni mediche unite.

PROCEDERE, CURE FUTURE: tutti i provvedimenti terapeutici finora eseguiti, non hanno consentito di ottenere nessun miglioramento della situazione. (...). I provvedimenti attualmente ancora utili per preservare lo stato di salute del paziente, in nesso causale naturale con l'infortunio che ci occupa, rispettivamente per evitarne peggioramenti sono: il mantenimento della cura psichiatrica in ragione del 50% (vedi perizia psichiatrica Dott. _____).

CAPACITÀ LAVORATIVA: la capacità lavorativa del signor RI 1 è stata oggetto di valutazione ed approfondimenti sotto l'egida dell'Assicurazione Invalidità oltre che dai medici specialisti confrontati con il caso nonché dal sottoscritto che si esprime come segue: in qualità di cameriere il paziente è da considerare inabile al lavoro in misura completa per l'insieme delle patologie di cui è affetto (componente neuropsicologica post-infortunistica, emisindrome sinistra post-infortunistica in misura probabile-preponderante, disturbi residui alla spalla sinistra in parte derivante dai postumi infortunistici, componente psichiatrica in parte - 50% - derivante dai postumi infortunistici). in attività consone allo stato di salute del paziente, si può stimare una capacità lavorativa plausibile in misura del 50% a partire dal 6.2.2009 epoca nella quale si eseguì la valutazione a cura dell'Assicurazione Invalidità SMR (servizio medico regionale) nella persona del Dott. _____ e da considerare tale fino all'età del pensionamento. Impedimenti, esigibilità evitare di portare pesi superiori i kg. 5 con l'arto superiore sinistro in posizione - di elevazione - abduzione; evitare deambulazioni prolungate oltre i 40-50 metri in maniera ripetitiva. Il paziente può lavorare in stazione seduta alternando qualche spostamento, evitando di alzare il braccio sinistro in paziente mancino oltre i 90 e portando pesi non superiori i kg. 5 nonché tenendo conto del lieve rallentamento conseguente alla emisindrome sinistra e della componente psichiatrica e

neuronpsicologica. Ne deriva che l'assicurato può presenziare sul posto di lavoro durante la giornata lavorativa completa ma con rendimento ridotto del 50%. Le componenti psichiatriche e neuropsicologiche che concorrono ad un rallentamento di esecuzione e svolgimento del lavoro sono considerate sulla globalità del caso nel contesto della residua capacità lavorativa indicata. (...)." (doc. 149, pag. 13-15; n.d.r.: il corsivo, il grassetto e le sottolineature non sono della redattrice) Fondandosi sulle tali risultanze l'assicurato è stato ritenuto in grado di svolgere un'attività adeguata al 50% (presenza durante la giornata lavorativa completa con un rendimento ridotto del 50%) dal 6 febbraio 2009 (doc. 165, pag. 3). 2.8. Nel corso del mese di luglio 2019 (doc. 187), 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 chirurgici), affidandone l'incarico ai dr. med. _____, _____ e _____ (cfr. consid. 1.4.). Lo psichiatra ha esaminato l'assicurato il 24 settembre 2019 (dalle ore 16.15 alle ore 17.25 circa). Dal suo referto, datato 9 ottobre 2019 (doc. 201), si evince, in particolare, quanto segue: " Evoluzione dei disturbi psichici : all'osservazione odierna l'anamnesi appare silente. L'assicurato afferma decisamente che i problemi attuali sono solo fisici e di memoria. La presa a carico dal Dr. _____ sarebbe stata molto breve e terminata da molti anni. (...). Terapia dichiarata : in ambito psichiatrico verosimilmente nulla, Egli dichiara calmanti non meglio precisati ed altri medicinali prescritti dal dr. _____, di cui non sa riferire il nome. Diagnosi : si faceva riferimento, sia nella perizia allestita dal dr. Daguet sia nella perizia _____ allestita dal dr. _____ della diagnosi di distimia. Si tratta di uno stato di depressione cronica della durata di almeno due anni ma che comunque non ha i requisiti minimi di gravità per poter porre diagnosi di un episodio depressivo maggiore di qualsiasi gravità. Tale depressione rappresenta uno stato cronico che attualmente non è assolutamente oggettivabile. Non ho dunque elementi per diagnosticare una sindrome psichiatrica maggiore. (...). Giudizio globale in ambito diagnosi/prognosi: in ambito psichiatrico nulla. L'assicurato non presenta segni o sintomi attribuibili ad una patologia psichiatrica. (...). Vi sarebbe stata una presa a carico psichiatrica non meglio definibile con qualche visita presso il dr. _____. In ogni caso da almeno 7 anni non vi è alcuna presa a carico rispettivamente l'assicurato ha confermato più volte che la presa a carico presso il dr. _____ è una storia vecchia. (...). Non vi sono limitazioni psichiatriche attuali. La situazione è stabile da almeno 5 anni. (...). In ambito esclusivamente psichiatrico non vi sono limitazioni, potrebbe essere giustificato un lieve impedimento nel casa egli fosse impegnato ad eseguire attività per lui completamente nuove, a causa di un apparente lievissimo deficit di memoria di rievocazione e di lavoro cioè lo svolgere più compiti diversi allo stesso tempo rispettivamente immagazzinare e mettere in pratica queste nuove informazioni allo stesso tempo in un'attività altrettanto nuova. Si tratterebbe tuttavia di una limitazione trascurabile rispettivamente non concerne nell'attività di cameriere in quanto verosimilmente non sarebbe posta ad azioni lavorative completamente nuove per lui qualunque sia il posto di lavoro. Aggiungo che si tratta verosimilmente di una condizione presente anche in un individuo della stessa età e dello stesso stato biosociale che non abbia mai subito alcun infortunio. (...). Non ho elementi oggettivi per sostenere che quanto allora riscontrato non fosse effettivamente presente. Probabilmente non nei termini di uno stato depressivo cronico comunque tale da non giustificare una diagnosi di un episodio depressivo maggiore di qualunque gravità. Tuttavia, in assenza di dati oggettivi, non posso affermare che allora l'assicurato non fosse in una condizione di tristezza per le conseguenze immediate dell'infortunio. Egli stesso afferma

che vi era stata una presa a carico specialistica ma di breve durata. È probabile che allora, pur essendo una condizione lieve, vi fosse uno stato psichico leggermente alterato. Riguardo alla descrizione dello stato attuale, cioè della presente lieve problematica (senza influsso sulla capacità lavorativa) della memoria di rievocazione e di lavoro rispettivamente assenza di segni o sintomi di interesse psicopatologico devo rilevare come verosimile questo stato sia inalterato da anni. Facendo riferimento al vostro dossier ed al fatto che dal 2012 non vi siano stati pagamenti per motivi psichiatrici posso ritenere che questo stato è del tutto stabile da almeno 7 anni. (...)." (doc. 201, pag. 3-7) Il neurologo dr. med. Bonetti ha esaminato l'assicurato il 29 ottobre 2019. Dal suo referto, datato 16 marzo 2020 (doc. 205), si rileva, in particolare, quanto segue: "(...) DIAGNOSI: - esiti di grave trauma cranio-cerebrale (2008), con possibile persistente minima emisindrome sensitive brachio-crutale sinistre, soprattutto per fa componente dolorosa, minimi deficit neuropsicologici residui (memoria, attenzione) - cervicalgie lombalgie croniche su alterazioni statico-degenerative del rachide cervicale e lombo-sacrale, senza segni di sofferenza radicolare o midollare 4) GIUDIZIO GLOBALE: VALUTAZIONE: allo stato neurologico attuale persiste una minima emisindrome sensitive, unicamente per il senso doloroso, al membro superiore e al membro inferiore sinistro, al contrario con risparmio per la sensibilità tattile e termica, nonché per la sensibilità profonde. Il disturbo di per sé non produce nessuna limitazione funzionale, non e d'impedimenta per nessuna attività professionale. Nessun deficit vestibolo-cerebellare, nessun nistagmo patologico. DAL PUNTO DI VISTA NEUROPSICOLOGICO: Possibili leggeri disturbi della memoria di fissazione, non ho praticato test specifici per l'attenzione. Da quanto riferito dai test neuropsicologici fatti nel 2012, la situazione non sembra particolarmente modificata e i deficit sono sempre stati considerati minori. Attualmente assenza di sindrome cervico-vertebrale o lombo-vertebrale, dolori piuttosto di tipo ortopedico al rachide, senza limitazioni maggiori, né segni di sofferenza radicolare o midollare, soprattutto a livello cervicale. Non altri segni di lateralizzazione, soprattutto motori. Dal punto di vista strettamente neurologico e considerando soprattutto i possibili leggeri deficit neuropsicologici residuali, coinvolgendo anche i possibili disturbi sensitivi, limitati al senso del dolore, valuterei un grade d'incapacità attuale non superiore al 30%, da integrare e non sommare a eventuali ulteriori gradi d'incapacità ortopedica/reumatologica, internistica e psichiatrica. (...). La situazione sembra stabile dal 2012, piuttosto migliorata dal punto di vista neuropsicologico e neurologico. (...). Dal punto strettamente neurologico valuto l'A. attualmente abile nella misura del 70%. (...). Sempre come Cameriere, dal punto di vista strettamente neurologico lo reputo abile nella misura del 70%, dove potrebbe avere qualche difficoltà nel prendere le comande dei Clienti, problema che può risolvere scrivendo tutto. (...). Dal punto di vista strettamente neurologico l'A. può essere impiegato in qualsiasi attività professionale, presa in considerazione qualche difficoltà di attenzione e memoria, che possano essere sostenute dall'uso di mezzi di sostegno e rientra nel grado d'incapacità del 30%, il tutto in base a causa infortunio. (...). (...) dal punto di vista neuropsicologico e per quel che concerne i disturbi sensitivi la situazione dal punto di vista strettamente neurologico mi sembra migliorata, motivo per cui considero un'incapacità attuale lavorativa del 30% come motivata rispetto al 50% del 2012. (...). (...) dal punto di vista capacità lavorativa attualmente dal punto di vista strettamente neurologico reputo l'A. abile nella misura del 70%, come Cameriere e in attività analoghe, qualche limitazione maggiore eventualmente come Autista di mezzi pesanti, per la possibilità della persistenza dei disturbi soprattutto dell'attenzione: per guidare mezzi pesanti dovrebbe essere sottoposto a un esame

di guida specialistico da parte di un Perito. Dal punto di vista neurologico l'A. non presenta necessità di cure mediche particolari. (...)." (doc. 205, pag. 4-7; il grassetto e le sottolineature non sono della redattrice) Il chirurgo dr. med. _____ ha esaminato l'assicurato l'11 ottobre 2019. Dal suo referto, datato 2 settembre 2020 (doc. 220), si evince, in particolare, quanto segue: " (...). D. VALUTAZIONE D. 1. DIAGNOSI PRINCIPALE - minima emisindrome sensitive per il senso del dolore al membro superiore e inferiore sin. (diagnosi neurologica) ICD 10: Q 73.8 - Minimi deficit neuropsicologici residui come memoria e attenzione (diagnosi neurologica) ICD 10: L69.911 e R.41.840 - cervicalgia e lombalgie cronica su base degenerativa senza segni radicolari (diagnosi neurologica e diagnosi traumatologica) ICD 10: M 50.323 M 51.26 - assenza di patologie psichiatriche (diagnosi psichiatrica) - st. dopo caduta del 19.05.2008 da un albero con trauma cranico con minima emorragia della cisterna interpeduncolare con zone contusionali parenchimali cerebrali a livello parietale superiore sin, e sottile falda sottodurale fronto-basale a ds. - trauma toracico con contusione parenchimale polmonare bilat. multiple con pneumoceli e minimo pneumotorace bilat. trattato mediante drenaggi con Bilau - trauma addominale con contusione epatica e splenica entrambe trattate conservativamente e guarite - trauma alla colonna vertebrale con conseguenti fratture del processo spinoso Th3 e dei processi trasversi 1-3-L4 trattate conservativamente lesioni dentarie comprendenti mobilizzazione di ponte con frattura parziale della radice del dente 1 e 3 conseguentemente trattati dal dentista di fiducia e guarite. D.2. DIAGNOSI CON RIPERCUSSIONE SULLA CAPACITÀ LAVORATIVA Minimi deficit neuropsicologici residui (memoria, attenzione) Minima emisindrome sensitiva brachio-cruale sin. D.3. LIMITAZIONI Lieve diminuzione della caricabilità cognitiva (...). E. CONCLUSIONI (...). Oggi un'invalidità medico-teorica è dovuta unicamente ai problemi neurologici ma non ai problemi psichiatrici, rispettivamente ai problemi reumatologici. (...). Attualmente non ci si può attendere miglioramenti notevoli per quel che concerne la parte neurologica e la parte puramente ortopedica traumatologica. Ci sarà un certo adattamento e una certa assuefazione per i problemi puramente neurologici e per i problemi ortopedici-traumatologici in futuro. Una guarigione non è da attendere. (...). Unicamente per gli esiti dell'infortunio del 19.05.2008, cioè puramente per i problemi neurologici il paziente è da considerare abile in misura del 70% come cameriere, sull'arco dell'intera giornata. Non esiste un'invalidità medico-teorica per la parte psichiatrica, rispettivamente per la parte ortopedica traumatologica. Il paziente è abile in misura del 70% nell'intera giornata. Per i problemi di attenzione e memoria il paziente dovrà aiutarsi scrivendo tutto. Per la ricerca di un lavoro il paziente ha certamente bisogno di un case manager. Per gli unici esiti dell'infortunio vale un'incapacità lavorativa del 30%. Per la patologia generale post-infortunistica rispettivamente dovuta ad un'affezione preesistente si può fissare complessivamente una capacità lavorativa non maggiore dei 50% come cameriere. (...) Il paziente non può più alzare pesi oltre 5kg, non può più salire e scendere le scale, deve evitare deambulazioni prolungate e ripetute. In qualsiasi attività professionale semplice e consona potrebbe svolgere un lavoro alternante seduto e in piedi, senza portare pesi oltre 5kg. Incapacità dovuta all'infortunio 30% Incapacità lavorativa dovuta ad esiti post-infortunistici e malattia 50%. (...). Paragonando con gli esami precedenti si può dire che lo stato neurologico e neuropsicologico sia migliorato negli ultimi anni come risulta dalla perizia del Dottor _____ del 16.03.2020. Nel 2012 il neurologo Dottor _____ Bianchi valutava la capacità lavorativa post-traumatica al 50%. Lo stesso anno lo psichiatra, il Dottor _____, parlava di un'incapacità lavorativa per il disturbo distimico non superiore al 30%

dichiarando che questa incapacità non doveva essere sommata alla componente organica essendo già compresa in essa. Nello stesso anno il Dottor _____ giudicava una capacità lavorativa globale in misura del 50% per la componente neuropsicologica post-infortunistica e per l'emisindrome sin. post-infortunistica, giudicando disturbi alla spalla sin, solo in parte derivanti dai postumi infortunistici. Per la schiena giudicava le fratture dei processi trasversi L2-L3 guarite. In conclusione, il miglioramento della situazione neurologica e neuropsicologica negli ultimi anni è responsabile di una valutazione differente della capacità lavorativa, di non più di 50% ma non come allora 70% come cameriere. (...). La valutazione oggi è tale che il paziente, sia per la parte psichiatrica, sia per la parte neurologica e neuropsicologica non ha più bisogno di terapie speciali. Per la parte ortopedica/traumatologica egli ha ancora bisogno saltuariamente di antiinfiammatori e analgesici. Da ricordare che la patologia della schiena e della spalla sin. è maggiormente dovuta a fattori preesistenti. (...)" (doc. 220, pag. 22-37; n.d.r.: il grassetto non è della redattrice) 2.9. Nel caso di specie, questo Tribunale constata innanzitutto che i dr. med. _____, _____ e _____ sono stati incaricati direttamente dall'assicuratore resistente, senza seguire la procedura prevista dall'art. 44 LPGA (cfr. pag. 420, dal quale risulta che all'assicurato non è stato accordato il diritto di ricusare 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. Se ne deduce pertanto che può trovare applicazione la giurisprudenza di cui alla DTF 135 V 465 (cfr. supra, consid. 2.6.), 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., cresciuta incontestata in giudicato, nota all'assicuratore resistente). Ora, chiamato a pronunciarsi, il TCA non può, senza che prima vengano svolti ulteriori approfondimenti peritali specialistici, concordare con le conclusioni dell'amministrazione, dato che nel caso di specie, come è appena stato riassunto al consid. 2.8., non è possibile concludere con la necessaria tranquillità circa l'intervento (come lo sostengono gli specialisti interpellati dall'amministrazione) o meno di una modifica notevole dello stato di salute dell'assicurato, tale da giustificare la riduzione della prestazione a contare dal mese di gennaio 2021. Questa Corte ritiene che il parere espresso il 16 marzo 2020 dal neurologo dr. med. _____, - che, tra l'altro, ha eseguito un esame neurologico, ma non un esame neuropsicologico - che ha ritenuto che " Dal punto di vista strettamente neurologico e considerando soprattutto i possibili leggeri deficit neuropsicologici residuali, coinvolgendo anche i possibili disturbi sensitivi, limitati al senso del dolore, valuterei un grado d'incapacità attuale non superiore al 30%, da integrare e non sommare a eventuali ulteriori gradi d'incapacità ortopedica/reumatologica, internistica e psichiatrica. " (pag. 459), concludendo così per una capacità lavorativa parziale (70%) nell'attività di cameriere (" dove potrebbe avere qualche difficoltà nel prendere le comande dei Clienti, problema che può risolvere scrivendo tutto. ": cfr. pag. 460), nell'attività di autista di mezzi pesanti (" richiederei un esame di guida approfondito da parte di un Perito, per possibile presenza di disturbi della concentrazione ": cfr. pag. 460) rispettivamente in qualsiasi attività sostitutiva adeguata (" presa in considerazione qualche difficoltà di attenzione e memoria, che possano essere sostenute dall'uso di mezzi di sostegno ": cfr. pag. 460), a fronte di una situazione che " non sembra particolarmente modificata " (pag. 459) e " sembra stabile dal 2012 " (cfr.

pag. 460) 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.). Analoghe considerazioni devono valere anche per il parere espresso il 2 settembre 2020 dal chirurgo dr. med. _____, che conclude per una capacità lavorativa del 70% in qualsiasi attività lavorativa (precedente e sostitutiva adeguata), senza tuttavia argomentare in modo dettagliato e convincente, i motivi per cui ritiene che lo stato di salute dell'assicurato, per quanto di sua stretta competenza, sia migliorato nel corso degli anni. Tale conclusione è tanto più corretta se si considera che già il 17 settembre 2012 il dr. med. _____ aveva precisato quanto segue: “ in attività consone allo stato di salute del paziente, si può stimare una capacità lavorativa plausibile in misura del 50% a partire dal 6.2.2009 epoca nella quale si eseguì la valutazione a cura dell'Assicurazione Invalidità SMR (servizio medico regionale) nella persona del Dott. _____ e da considerare tale fino all'età del pensionamento. (...) ” (pag. 331; n.d.r.: la sottolineatura è della redattrice). Del resto, lo stesso dr. med. _____ ritiene che “ non ci si può attendere miglioramenti notevoli per quel che concerne la parte neurologica e la parte puramente ortopedica traumatologica. Ci sarà un certo adattamento e una certa assuefazione per i problemi puramente neurologici e per i problemi ortopedici-traumatologici in futuro. Una guarigione non è da attendere. ” (pag. 524). In siffatte circostanze anche la sua perizia è da intendersi quale diversa valutazione che, di per sé, non può fondare la revisione della rendita in vigore (cfr. supra, consid. 2.3.). Da ultimo, il TCA rileva di non avere, invece, motivi per discostarsi dal parere espresso il 9 ottobre 2019 dallo psichiatra dr. med. _____, che, dopo avere anche visitato personalmente l'assicurato, ritiene che “ non vi sono disturbi psichiatrici in atto ” (cfr. pag. 442), concludendo così per una capacità lavorativa completa in qualsiasi attività lavorativa (precedente e sostitutiva adeguata), a fronte di una situazione definita stabile “ da almeno 7 anni ” (pag. 444), dato che “ vi era stata una presa a carico specialistica, ma di breve durata ” e che “ dal 2012 non vi siano stati pagamenti per motivi psichiatrici ” (pag. 444). Tanto più che la valutazione dello specialista della CO 1 non è stata smentita da certificati medico-specialistici neppure in sede ricorsuale e dalle tavole processuali non risulta che l'assicurato si stia sottoponendo ad un trattamento a livello psichiatrico, né del resto il suo patrocinatore pretende il contrario. Tuttavia, questa valutazione singola non è atta, di per sé stessa, a fondare, nel caso di specie, la revisione della rendita in vigore. 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. 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 bi-disciplinare (neurologica e ortopedica) ai sensi dell'art. 44 LPGGA, volta a stabilire se sono dati i presupposti per procedere a una revisione ex art. 17 cpv. 1 LPGGA (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° gennaio 2021. Giova qui ricordare che, a fronte di una questione squisitamente medica, secondo la giurisprudenza federale, per determinare il grado di inabilità lavorativa di un assicurato che soffre (come nel caso di specie) di diverse patologie non si devono semplicemente sommare le singole valutazioni, bensì si deve far capo al giudizio globale che scaturisce dopo ponderata discussione plenaria fra tutti gli esperti interessati e, pertanto, la questione di sapere se i singoli gradi di inabilità si possono sommare, e se del caso in quale misura, è una problematica squisitamente medica, che di principio il giudice non rimette in discussione (cfr., sul tema, D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in *Le perizie giudiziarie* Ed. CFP, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 246 e ss.; cfr., fra le tante, la STCA 32.2019.190 del 16 giugno 2020, consid. 2.5). In questo contesto è pure utile rilevare che il Tribunale federale, con STF 9C_590/2020 del 19 ottobre 2021, ha confermato la STCA 32.2020.6 del 18 agosto 2020, con cui questa Corte, per quanto attiene alla capacità lavorativa residua, fondandosi sulla perizia pluridisciplinare (in: medicina interna, reumatologia, neurologia, pneumologia, otorinolaringoiatria e psichiatria) del _____,

eseguita su incarico dell'UAI, ha accertato che l'assicurato - che non contestava né la valutazione dello stato valetudinario né la determinazione delle diverse incapacità lavorative in ragione delle diverse patologie - era inabile al lavoro in qualsiasi attività al 40% (inteso come riduzione del rendimento sull'arco di un'intera giornata lavorativa), come determinato dopo discussione plenaria dai periti, i quali avevano pure specificato esplicitamente che "le incapacità lavorative descritte dai consulenti non devono essere sommate, integrandosi vicendevolmente con compensazioni reciproche, essendo tutte all'origine di una riduzione del rendimento con rallentamento di esecuzione e diminuita caricabilità" (cfr. consid. 3.4 della citata STF 9C_590/2020). In particolare, l'Alta Corte, al consid. 3.4, ha rilevato quanto segue: "(...) Se è vero che ogni perito ha posto dapprima l'incapacità lavorativa relativa al suo campo di competenza, è anche vero che la capacità lavorativa totale del 60% - inteso come riduzione del rendimento sull'arco dell'intera giornata - è stata determinata dopo discussione plenaria di tutti i periti. Contrariamente a quanto sostenuto dal ricorrente, i periti hanno motivato la capacità complessiva, e meglio hanno spiegato perché le singole incapacità non devono essere sommate, in quanto si integrano vicendevolmente con compensazioni reciproche, ciò che esclude pertanto una loro addizione. Si rileva altresì per completezza che nessun perito è andato oltre a un'incapacità lavorativa del 40%. Non incorre in arbitrio la Corte cantonale allorché divide, ritenendole pertanto sufficienti, le conclusioni dei periti secondo cui le singole incapacità lavorative non vanno sommate ma che si integrano vicendevolmente con compensazioni reciproche, per giungere alla percentuale, sempre convalidata da tutti i periti, di capacità lavorativa residua complessiva del 60%. È pertanto compiutamente accertato che il ricorrente dispone di una capacità lavorativa residua del 60% nell'abituale attività e nell'attività appresa di informatico, come pure in attività rispettose dei suoi limiti funzionali." 2.11. Da ultimo, il TCA osserva che risulta prematuro pronunciarsi in merito alle ulteriori censure sollevate dalla patrocinatrice del ricorrente. Per motivi di economia processuale, il TCA rileva che la censura ricorsuale secondo la quale l'assicurato è oramai prossimo al pensionamento (64enne, nato il 16.09.1957), per cui concretamente non vi è modo di reintegrarsi nel mercato del lavoro, da cui è stato assente per molti anni (cfr. doc. I), andrebbe in ogni caso respinta. In effetti, l'art. 28 cpv. 4 OAINF, norma specifica alla LAINF, prevede che " se a causa della sua età l'assicurato non riprende più un'attività lucrativa dopo l'infortunio o se la diminuzione della capacità di guadagno è essenzialmente dovuta alla sua età avanzata, sono determinanti per valutare il grado d'invalidità i redditi che potrebbe conseguire un assicurato di mezza età vittima di un danno alla salute della stessa gravità " (su questo aspetto, si veda la STF 8C_452/2011 del 12 marzo 2012, riguardante un'assicurata di 63 anni e 8 mesi al momento della decisione impugnata, mediante la quale la Corte federale aveva rinviato gli atti al TCA affinché esaminasse le condizioni di applicazione della disposizione di cui all'art. 28 cpv. 4 OAINF e la successiva STF 8C_563/2012 del 23 agosto 2012, con la quale l'Alta Corte ha confermato il giudizio cantonale che ne aveva ammesso l'applicabilità). Va qui pure segnalato che, secondo l'art. 22 LAINF, " in deroga all'art. 17 cpv. 1 LPGa, la rendita non può più essere riveduta dal mese in cui l'avente diritto riceve una rendita di vecchiaia dell'AVS, ma al più tardi dal momento in cui lo stesso raggiunge l'età del pensionamento (...) ". In proposito, è utile precisare che se l'assicurato presenta una domanda di revisione poco prima del termine, l'assicuratore è tenuto a dare avvio alla procedura, anche se la decisione di revisione sarà resa soltanto dopo che l'assicurato avrà raggiunto l'età limite. Parimenti, l'assicuratore può introdurre una procedura di revisione della rendita prima dell'età limite, a condizione che ne

abbia informato l'assicurato; l'assicuratore può allora rendere la sua decisione ulteriormente (cfr., sul tema, la STCA 35.2011.23 dell'8 settembre 2011 consid. 2.7 e i rinvii dottrinali e giurisprudenziali ivi citati; STCA 35.2018.129 del 28 marzo 2019 consid. 2.13; STCA 35.2021.14 del 28 giugno 2021, consid. 2.10). 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). 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. 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. fbis 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 28 settembre 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.