

## **TI\_GERICHTE 35.2021.94 vom 30. März 2022**

TI Tribunale d'appello, 2022-03-30, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_35.2021.94](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2021.94)

FR: TI\_GERICHTE 35.2021.94 du 30 mars 2022

IT: TI\_GERICHTE 35.2021.94 del 30 marzo 2022

### **Erwägungen**

#### **E. 10**

giugno 2020 consid. 4.4.4; 8C\_765/2019 del 10 giugno 2020 consid. 5.4.4; 8C\_9/2020 del 10 giugno 2020 consid. 4.4.4; in questo senso, si veda pure A. Bernasconi, ■8C\_9/2020 du 10 juin 2020 - Abatement sur le revenu d'invalides selon l'ATF 126 V 75■, in SZS/RSAS 1/2021 n. 49). Occorre inoltre ricordare che le limitazioni mediche già incluse nell'esame della capacità lavorativa residua non devono influire ulteriormente nella disamina della riduzione del reddito da invalido e a un conteggio doppio del medesimo aspetto: la sola circostanza che per l'assicurato siano esigibili soltanto attività leggere fino medio complesse non giustifica anche in caso di una capacità lavorativa limitata una riduzione aggiuntiva dovuta alle limitazioni personali (sentenze 8C\_805/2016 del 22 marzo 2017 consid. 3.1 e 3.4.2 e 9C\_846/2014 del 22 gennaio 2015 consid. 4.1.1 con riferimenti; STCA 32.2020.90 del 3 maggio 2021, consid. 2.10; STCA 32.2021.60 del 21 febbraio 2022, consid. 2.9.4).

#### **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 dal 1° luglio 2021 la rendita d'invalidità in vigore 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° luglio 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'assicurata sarebbe ora in grado di svolgere un'attività adeguata (che rispecchi l'alternanza della postura eretta -1/3 - con quella sedentaria -2/3-) in proporzione di 6 ore lavorative giornaliere su 9, ossia in misura del 66.6% (doc. 410, pag. 2 incarto LAINF). 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, in via principale, la revisione della rendita e, in via secondaria, la riduzione della rendita. 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 giugno 2006 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'assicurata è stata assegnata una rendita d'invalidità complementare dal 1° luglio 2006, corrispondente a una completa incapacità lucrativa in qualsiasi attività lavorativa (abituale e adeguata), risulta fondata essenzialmente sulle risultanze delle seguenti valutazioni mediche. L'amministrazione si è, in particolare, basata rapporto del 18 novembre 2005 relativo alla valutazione

neuropsicologica del 9 novembre 2005 della logopedista-neuropsicologa \_\_\_\_\_ della Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, (doc. 194 incarto LAINF), giusta la quale: " (...) Diagnosi medica e indicazione Si tratta di una paziente che ha subito un grave politrauma II 4.10.1995 con trauma cranio-cerebrale (frattura penato-occipitale sinistre ed etmoidale bilaterale, contusione cerebrale frontale sinistre ed ematoma subaracnoidele frontale sinistro e del seno mascellare). Mi viene inviata dal medico fiduciario della CO 1 per una valutazione neuropsicologica di eventuali disturbi residui; nel 1996 una valutazione neuropsicologica effettuata a \_\_\_\_\_ concludeva per un disturbo di entità da leggera a media caratterizzato da difficoltà di memoria e concentrazione. (...). Conclusione La valutazione neuropsicologica effettuata il 9 novembre 2005 con questa paziente 37enne, che ha subito un trauma cranico 10 anni orsono, a cui, a un anno dall'infortunio erano stati diagnosticati disturbi neuropsicologici di entità leggera-media, collaborante, mette in evidenza: - delle difficoltà alle funzioni esecutive con, ai test, un deficit nella flessibilità mentale e nella fluenza non verbale; all'osservazione clinica una tendenza a precipitare le risposte, a perseverare nell'errore in alcune situazioni, problemi nel monitoraggio dell'attività, - un deficit della memoria di lavoro, - delle difficoltà alle prove di attenzione divisa - una possibile tendenza all'anomia. Le restanti funzioni cognitive risultano invece nella norma. Si profila dunque un disturbo neuropsicologico residuo, caratterizzato da difficoltà di tipo principalmente attentivo-esecutivo, quantificabile in gravità da lieve a media. I disturbi osservati, pur non avendo necessariamente importanti ricadute, nella maggior parte delle attività della vita quotidiana, e non compromettendo le capacità cognitive della paziente, possono certamente contribuire a diminuire l'efficienza mentale e ad aumentare l'affaticabilità. Essi sono coerenti con quanto la paziente descrive e compatibili con le conseguenze di un trauma cranico, anche a lungo termine." (doc. 194 incarto LAINF; n.d.r.: il grassetto e le sottolineature non sono della redattrice).

L'amministrazione ha pure considerato la valutazione medica del 30 gennaio 2006 del dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, (doc. 200 incarto LAINF), giusta il quale: " (...) DIAGNOSI Sindrome somatoforme da dolore persistente F 45.5 ICD10 Episodio depressivo di media gravità F 32.1 ICD10 COCLUSIONI La perizianda sta attraversando un periodo particolarmente difficile sia sul piano personale che familiare. Diversi eventi stressanti hanno messo e stanno mettendo a dura prova le capacità di adattamento della perizianda. In primis c'è sicuramente la patologia del figlio, patologia grave ed invalidante, che ha comportato pesanti conseguenze sul piano della qualità di vita familiare (...). (...). La morte del padre ed altre esperienze luttuose (la morte dell'amica e della suocera), nonché la malattia del marito (...). Il peggioramento, principalmente dei sintomi fisici, lamentato dalla perizianda soprattutto nel corso dell'ultimo anno, va messo in relazione appunto con le difficoltà da parte della signora di trovare un nuovo punto di equilibrio rispetto ad eventi tanto destabilizzanti. In particolare, si può quindi escludere che le attuali manifestazioni siano dovute ad una sindrome post-traumatica da stress relativa all'incidente dei 04.10.1995. Anche le manifestazioni oniriche ed i disturbi del sonno non sono riconducibili a questo evento traumatico. (...)"

Da ultimo, l'amministrazione ha pure considerato la valutazione medica del 16 febbraio 2006 del dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in ortopedia e chirurgia ortopedica, (doc. 204 incarto LAINF), giusta il quale: " (...) DIAGNOSI I - GRAVE POLITRAUMA DEL 04.10.95 Lesioni subite - Trauma cranio-cerebrale : frattura parieto-occipitale sinistra ed etmoidale bilaterale, contusione cerebrale frontale sinistra ed ematoma subaracnoidele e del seno mascellare - Frattura lussazione dell'anca sinistra con lesione del nervo sciatico all'origine di una paralisi

transitoria degli estensori - Frattura bilaterale dell'osso sacra e dei rami ischio- ed iliopubici - Contusione addominale con ematoma retroperitoneale ed intra-addominale - Coma, insufficienza respiratoria ed aborto alla 14.a settimana - Varie complicazioni , tali setticemia, coagulopatia da consumo, lesione iatrogena del nervo femoro-cutaneo all'occasione dell'osteosintesi dell'anca sinistra e decubitus sacrale Disturbi residuali - Importante anchilosi dell'anca sinistra in posizione viziosa , suscettibile di evolversi verso l'artrodesi spontanea e per intanto accompagnata da dolori sopportabili - Meralgia parestetica sinistra ben tollerata. - Sindrome lombare in gran parte secondaria all'anchilosi dell'anca sinistra in posizione viziosa ed anche favorite da fattori costituzionali tali importante verticalizzazione dell'ultimo spazio intersomatico e proiezione anteriore esagerata del capo nell'ambito di una discreta scoliosi idiopatica dorso-lombare con accentuazione della cifosi dorsale - Eemicranie destre di origine centrale - Cervico-cefalalgie diffuse saltuarie nell'ambito di una sindrome cervico-scapolo-dorsale miotensiva di origine in parte statica ed in parte psicotensiva - Deficit cognitivi di grado leggero a media II -

**PATOLOGIE ESTRANEE ALL'INFORTUNIO** - Stato dopo parto il 13.09.99 di un bambino con gravi malformazioni congenite - Condropatia patellare bilaterale - Stato ansioso-depressivo di media gravità e sindrome somatoforme da dolore persistente - Crisi di iperventilazione di breve durata con parestesie all'arto superiore, al collo ed airemivolto apparentemente favorite dalla cura antidepressiva con Zoloft (necessità di un periodo di osservazione nel servizio di neurologia ORL dal 4 al 5 dicembre 2005 in seguito ad una crisi più importante con coinvolgimento di tutto l'emicorpo destro). (...). **PRESTAZIONI DI LUNGA DURATA** Invalidità Non vi è dubbio che l'assicurata non potrà mai più riprendere un'attività lavorativa qualsiasi, vuoi per i disturbi residuali in rapporto diretto con l'infortunio del 04.10.95, vuoi per la situazione familiare particolarmente difficile con un bambino di un po' più di 6 anni che dopo vari interventi maggiori per delle malformazioni congenite non è autosufficiente e necessita dell'assistenza pressoché continua di sua madre anche se il marito disoccupato dopo una riforma professionale per invalidità complete nella pregressa attività può dedicarsi molto alla cura del bambino. Allo stato attuale le conseguenze dirette dell'infortunio, in particolare l'anchilosi dolorosa dell'anca sinistra in posizione viziosa, i dolori nella regione lombare e cervicale, le cefalee ed i deficit cognitivi, precludono nel modo più assoluto lo svolgimento di qualsiasi genere di attività non qualificata abitualmente riservata alle donne, anche quelle più leggere in fabbrica. Un eventuale miglioramento della capacità di guadagno residuale potrebbe verificarsi solo in seguito ad un miglioramento significativo dello stato di salute attuale che a quanto mi risulta potrebbe verificarsi solo all'anca sinistra se la paziente dovesse venire sottoposta all'intervento di artroplastica totale dell'anca previsto dal Prof. Leyvraz nella sua perizia del 21.04.99. (...). Dal punto di vista medico risulta giustificata la concessione di una rendita d'invalidità complete con possibilità di revisione solo se in seguito ad un'eventuale artroplastica con protesi totale lo stato dell'anca sinistra dovesse risultare migliorato in modo significativo. A sè stanti le cervicalgie sono poco invalidanti e le cefalee di origine muscolotensiva a mo' di casco risultano molto meno importanti delle emicranie destre di origine centrale, già evidenti poco dopo che la paziente aveva ripreso conoscenza una decina di giorni dopo l'infortunio. Tutto sommato, l'invalidità attuale può venire considerata come la conseguenza unica dell'infortunio." (doc. 204 incarto LAINF; n.d.r.: il grassetto non è della redattrice) Fondandosi sulle tali risultanze l'assicurata è stata ritenuta completamente inabile al lavoro in qualsiasi attività lucrativa (abituale e adeguata; doc. 227, pag. 2 incarto LAINF). 2.8. 2.8.1. Il 20 giugno 2016 l'assicurata si è sottoposta ad un

intervento di artroplastica dell'anca sinistra (protesi totale) presso la \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, con decorso regolare. A causa dell'operazione si è poi sottoposta ad una terapia riabilitativa stazionaria presso la Clinica \_\_\_\_\_ dal 28 giugno al 18 luglio 2016 (doc. 312 incarto LAINF). L'assicuratore LAINF ha assunto la ricaduta. In tale occasione il 19 aprile 2017 (doc. 308 incarto LAINF) la CO 1 ha disposto l'esecuzione di un accertamento medico, affidandone l'incarico al dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in chirurgia. Il perito ha esaminato l'assicurata il 17 maggio 2017 e dal suo referto, datato 24 luglio 2017 (doc. 312 incarto LAINF), si evince, in particolare, quanto segue: " CONCLUSIONE: esiti di politrauma in data 4 ottobre 1995 le cui conseguenze sono già state oggetto di definizione assicurativa. La causa di questa riapertura/ricaduta del caso è dovuta dagli esiti di frattura-lussazione centrale dell'anca sinistra, osteosintetizzata a suo tempo e, come prevedibile, sfociata in una gravissima coxartrosi post-traumatica che ha richiesto in data 20.6.2016 l'intervento di protesi totale con accesso posteriore e con un buon decorso clinico e, secondo gli alti medici, anche radiologico. Attualmente permangono lieve atrofia muscolare pelvi-trocanterica e della coscia sinistra, tensioni muscolari e statiche dovute al miglioramento post-operatorio con allungamento dell'arto inferiore sinistro a pari del destro dopo 20 anni, con una articolarietà assai migliori rispetto la fase pre-operatoria benché non completa, lombalgie ed algie alla coxo-femorale sinistra e in genere a tutto l'arto inferiore sinistro con comunque netto miglioramento della motilità e del trofismo muscolare. Non turbe neurologiche post-operatorie all'intervento del 20.6.2016. Permangono pure disturbi funzionali residui, nonché le conosciute problematiche neuro-psicologiche e cervico-cefalalgie intercorrenti ricorrenti piuttosto frequenti. (...). RISPOSTA AI QUESITI PERITALI. (...). Ad 5 I disturbi soggettivi evocati possono essere obiettivati? Sì, i disturbi soggettivi sono obiettivabili. Ad 6 Nesso di causalità I disturbi attuali, nella fattispecie le cervico-cefalalgie, i disturbi neuropsicologici, i dolori algici alla coxo-femorale sinistra irradiantisi all'arto inferiore, sinistro, sono da attribuire solo ed unicamente all'infortunio del 4.10.1995. Nessun nesso di causalità per quanto riguarda i problemi lombari e toraco-lombari che riguardano un problema di statica pre-esistente con cifosi aumentata a livello toracale e scoliosi di rotazione toraco-lombare. Ad 7 Ulteriori miglioramenti Ho già previsto un solo ulteriore ciclo di fisioterapia e per il resto il caso è da ritenersi chiuso. Ad 8 La situazione post-infortunistica si è stabilizzata? La situazione post-infortunistica dopo questo intervento può considerarsi stabilizzata alla fine del ciclo di fisioterapia. Non entrano in linea di conto altri provvedimenti. Gli ulteriori controlli verranno stabiliti dall'operatore a \_\_\_\_\_ secondo il protocollo post-operatorio per quanto riguarda le protesi totali. Ad 9 Valutazione della capacità lavorativa in qualsiasi attività professionale consona Fa stato la inabilità lavorativa precedente all'intervento di protesi totale dell'anca sinistra la cui causalità è unicamente post-infortunistica. " (doc. 312, pag. 4 e 5 incarto LAINF; n.d.r.: il grassetto e le sottolineature non sono della redattrice mentre il corsivo è della redattrice) 2.8.2. Dopo avere ricevuto il referto peritale del 24 luglio 2017 del dr. med. \_\_\_\_\_ (doc. 312 incarto LAINF), il 10 agosto 2017 (doc. 314 incarto LAINF) la CO 1 lo ha trasmesso al medico di famiglia dell'assicurata, precisando che egli: " (...) ritiene che, dal punto di vista traumatologico (di sua competenza), lo stato clinico post-operatorio è stabile e che specifiche cure non sono necessarie, ad eccezione delle visite ambulatoriali future presso la \_\_\_\_\_ ed il ciclo di fisioterapia (9 sedute) prescritto in luglio 2017. Oltre alle lesioni somatiche permangono i deficits neuropsicologici noti, che non sono stati oggetto di valutazione in questa sede, ritenuto che la loro definizione non potesse avvenire in un

periodo così breve dall'avvenuto intervento per protesi totale dell'anca. Agendiamo la pratica alla primavera del 2018, in vista di una valutazione pluridisciplinare (traumatologia/neurologia/psichiatria) che porremo in atto." Su richiesta del 22 marzo 2018 (doc. 320 incarto LAINF), in data 10 luglio 2018 (doc. 324 incarto LAINF) la CO 1 ha informato l'UAI che " le prospettate visite specialistiche per la revisione della rendita LAINF non avranno luogo nel corso di quest'anno bensì solo alla fine dell'anno 2019 (...)

2.8.3. Nel mese di luglio 2019 la CO 1 ha formalmente avviato la revisione della rendita LAINF ex art. 17 LPGGA, disponendo l'esecuzione di accertamenti pluridisciplinari (psichiatrici, neurologici e chirurgici), affidandone l'incarico ai dr. med. \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ (cfr. consid. 1.8 e 1.9). Lo psichiatra ha esaminato l'assicurata il 22 ottobre 2019 (dalle ore 16:25 alle ore 17:45 circa). Dal suo referto, datato 19 novembre 2019 (doc. 373 incarto LAINF), si evince, in particolare, quanto segue: " (...) Diagnosi: In assenza di certificati recenti la valutazione psichiatrica più recente è quella del dr. \_\_\_\_\_ di: sindrome somatoforme da dolore persistente, che qui devo confermare in quanto non posso negarla se considero i dolori diffusi dell'assicurata. Assente invece alcuna sintomatologia depressiva pertanto non confermo la diagnosi di episodio depressivo di media gravità come attuale. (...). (...) l'attuale situazione psichiatrica è molto lieve e più conseguenza di una condizione familiare e della nascita di un figlio disabile successive di molti anni all'evento del 1995. Non vi è alcun nesso di causalità verosimile con l'incidente del 1995. (...). I disturbi psichici attualmente sono molto lievi tanto che non richiedono nessuna terapia medicamentosa specifica, come affermato dalla stessa assicurata. Non sono in causalità con l'incidente bensì per eventi vitali accaduti anni dopo. (...). (...) non vi è alcun nesso anche solo parziale. (...). L'assicurata sta seguendo una presa a carico psicoterapica molto blanda presso il dr. \_\_\_\_\_ per una situazione familiare complessa che nulla ha a che vedere con l'evento del 1995. (...). Per motivi psichiatrici la capacità lavorativa dell'assicurata è completa. (...). Anche al momento della perizia del Dr. \_\_\_\_\_ si era confrontati con una condizione conseguente ad eventi vitali posteriori all'infortunio, in particolare la nascita di un figlio disabile. (...)" (n.d.r.: il corsivo e la sottolineatura non sono della redattrice mentre il grassetto è della redattrice). Il neurologo dr. med. \_\_\_\_\_ ha esaminato l'assicurata il 30 settembre 2019. Dal suo referto, datato 22 gennaio 2020 (doc. 377 incarto LAINF), si rileva, in particolare, quanto segue: " (...) DIAGNOSI: - stato dopo trauma cranio-cerebrale (1995) con persistenti leggeri disturbi neuropsicologici di tipo piuttosto attentivo, organizzativo, cefalee a carattere emicranico eventualmente con aura - esiti di sofferenza del nervo sciatico sinistro da compressione, (con una iporiflessia achillea eventuali deficit sensitivi nel territorio del nervo tibiale), esiti di lesione del nervo cutaneo laterale del femore sinistro. (...). Per quel che concerne i leggeri deficit neuropsicologici e i disturbi neurologici al membro inferiore sinistro, la situazione è attualmente stabilizzata da oltre 15 anni, non prevedo ulteriori miglioramenti, ma nemmeno peggioramenti. Per quel che concerne l'emicrania, esistono sicuramente delle possibilità terapeutiche per limitarne l'intensità e la frequenza. (...). 10) STUDIO DEGLI ATTI PRECEDENTI: Riguardo alla situazione del 1995, dal punto di vista neurologico la situazione non sembra modificata, migliorata per quel che concerne la situazione dell'anca sinistra dopo l'intervento del 2016, i deficit neuropsicologici sono minori e non limitano la capacità lavorativa, sia nell'attività precedente all'infortunio, che in altre attività analoghe. Dal punto di vista strettamente neurologico la limitazione attuale è dovuta solo alla presenza di un'emicrania abbastanza frequente, per la quale è presente una limitazione del 15%, in considerazione delle giornate perse: Possibile tuttavia un miglioramento della

situazione con un trattamento antiemcranico specifico. 10.1) RILEVA CAMBIAMENTI DELLO STATO DI SALUTE (OGGETTIVI O SOGGETTIVI) IN RAPPORTO ALLA VALUTAZIONE MEDICA DELL'ULTIMA ASSEGNAZIONE DI PRESTAZIONI? QUALI? Migliorata sicuramente la situazione a livello dell'anca sinistra, che lascio all'Ortopedico di meglio definire, anche le cefalee sembrano meno frequenti, da come sono descritte nel 2005, i disturbi neuropsicologici sono minori e praticamente stabilizzati dal 2005. (...). 10.2) QUALI EFFETTI HANNO QUESTI CAMBIAMENTI SULLA VALUTAZIONE DELLA CASUALITÀ, DELLA NECESSITÀ DI CURE MEDICHE E DELLA CAPACITÀ LAVORATIVA? PERCHÉ? Come già detto sarebbe indicato una terapia preventiva per l'emicrania, qualora limitasse l'attività professionale dell'A. Al momento, per la frequenza delle crisi, potrebbe limitare la capacità lavorativa del 15%, per quel che concerne le giornate perse." (doc. 377, pag. 6-10 incarto LAINF; il grassetto non è della redattrice mentre il corsivo è della redattrice). Il chirurgo dr. med. \_\_\_\_\_ ha esaminato l'assicurata l'8 novembre 2019. Dal suo referto, datato 2 febbraio 2021 (doc. 381), si evince, in particolare, quanto segue: " (...). D. VALUTAZIONE D.1. DIAGNOSI PRINCIPALE - lievi disturbi neuropsicologici ICD 10: F 06.7 - cefalee di tipo emicranico ICD 10: G 44.32 - coxalgia cronica dopo iniziale frattura acetabolare sin, con lesione pilone anteriore e pilone posteriore e lussazione centrale del 4.10.1995 trattata cruentemente a due riprese ICD 10: M 24.8 M 25.8 - St. dopo osteosintesi dell'acetabolo sin, e dei piloni anteriore e post. Il 9.10.1995 - St. dopo protesi totale dell'anca sin. il 20.06.2016 - sindrome somatoforme da dolore persistente ICD 10: F 45.4 - St. dopo politrauma dopo incidente automobilistico del 4.10.1995 con frattura acetabolo sin, con lesione pilone anteriore e posteriore, lussazione centrale, fratture dei 4 rami ischiopubici, frattura sacrale longitudinale bilat., trauma cranico con frattura parieto-occipitale a sin, con ematoma subaracnoidale a livello frontale sin, r contusione cerebrale frontale sin. ed ematoma seno mascellare e frattura etnordali bilat, paralisi parziale del nervo sciatico a sin, con debolezza degli estensori del piede sin, con osteosintesi acetabolo sin, e pilon anteriore e post. Il 9.10.1995 e osteosintesi bacino con fissatore esterno il 9.10.1995 e asportazione fissatore esterno il 22.11.1995 D.2. DIAGNOSI SECONDARIE (non in relazione con l'infortunio) Artralgie aspecifiche, sospetta sindrome delle gambe irrequiete, iniziate artrosi delle dita 1 lieve alluce valgo bilaterale, iperlipidemia, dispepsia cronica, colecistolitiasi, ipovitaminosi D (anamnesticamente sostituita), ipovitaminosi B12 sostituita. Emorroidi e proctite su rettocolite ulcerosa. D.3. LIMITAZIONI Disturbi cognitivi, disturbi funzionali dell'anca sin. con diminuzione della caricabilità. Disturbi cervico-scapolo-dorsali D.4. COSTANTI • Medicamenti Brufen, Zomic, Co-Dafalgan, ZoIoft. • Terapia Nessuna (...). La paziente è in grado di lavorare in un mestiere dove può svolgere un lavoro da seduta (2/3) e parzialmente in piedi (1/3) senza camminare o correre lunghe distanze, senza salire e scendere le scale, senza portare pesi oltre 5kg e senza camminare su terreno sconnesso. Questo a causa dell'infortunio del 5.10.95. (...). 10.1. Rileva cambiamenti dello stato di salute (oggettivi o soggettivi) in rapporto alla valutazione medica assegnazione di prestazioni? quali? Dal punto di vista neurologico e neuropsicologico, guardando la situazione del 1995/1997, la situazione attuale è migliorata, come pure è migliorato lo stato dell'anca sin, dopo l'intervento del 2016. Dal punto di vista strettamente neurologico la limitazione attuale è dovuta solo alla presenza di un'emicrania abbastanza frequente per la quale presenta una limitazione del 15% in considerazione delle giornate perse. È possibile, tuttavia, un miglioramento della situazione con un trattamento antiemcranico specifico. Dal punto di vista traumatologico netto miglioramento della situazione all'anca sin. dopo protesi totale

inserita nel 2016. Risultato molto soddisfacente con una buona mobilità e senza segni significativi di risparmio della gamba sin, in una paziente che non zoppica all'occasione dell'esame dell'18.11.2019. In regressione complete lesione del nervo sciatico sin. dovuta a compressione. La meralgia parestetica sin. di unicamente minima entità. Dal punto di vista psichiatrico si mantiene la diagnosi di sindrome somatoforme da dolore persistente, ma non viene più confermata come ai tempi passati la diagnosi di sintomatologia depressive. Sulla base di questo apprezzamento neurologico, traumatologico e psichiatrico il paragone con gli atti precedenti si conclude che oggi esiste una capacità lavorativa in un lavoro adatto, in misura di 2/3, ciò che significa 6 ore di lavoro su un'intera giornata di 9 ore. I lievi disturbi neuropsicologici, le cefalee di tipo emicranico, la coxalgia cronica sin., la minima meralgia parestetica sin, e la sindrome somatoforme da dolore persistente sono ai termini della verosimiglianza preponderante causali con l'infortunio del 04.10.1995. (...). La paziente ha ancora bisogno di cure medicamentose per le cefalee, coxalgia cronica sin. e per la sindrome somatoforme da dolore persistente. ” (doc. 381, pag. 35-46 incarto LAINF; il grassetto non è della redattrice mentre il corsivo 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 LPG (cfr. pag. 783, dal quale risulta che all'assicurata 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. ”). Parimenti dicasi per il dr. med. \_\_\_\_\_ (cfr. pag. 619, dal quale risulta che all'assicurata non è stato accordato il diritto di ricusare gli esperti designati: “ In caso di imprevisti di notevole importanza, che non le consentissero di rispettare la data e l'ora della visita, vorrà informare tempestivamente lo studio medico e fissare un nuovo appuntamento, dandocene conferma ”). Essi vanno dunque trattati alla stregua di consulenti medici interni all'amministrazione. Se ne deduce pertanto che va applicata 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). 2.10. Chiamato a pronunciarsi, il TCA non può, senza che prima vengano svolti ulteriori approfondimenti peritali specialistici, concordare con le conclusioni dell'amministrazione. Nel caso di specie non è infatti possibile concludere ,con la necessaria tranquillità, circa l'intervento o meno di una modifica notevole dello stato di salute dell'assicurata, tale da giustificare la riduzione della prestazione a contare dal mese di luglio 2021. Questa Corte ritiene che il parere espresso il 22 gennaio 2020 dal neurologo dr. med. \_\_\_\_\_, che ha ritenuto che “ (...) i deficit neuropsicologici sono minori e non limitano la capacità lavorativa, sia nell'attività precedente all'infortunio, che in altre attività analoghe. Dal punto di vista strettamente neurologico la limitazione attuale è dovuta solo alla presenza di un'emicrania abbastanza frequente, per la quale é presente una limitazione del 15%, in considerazione delle giornate perse: Possibile tuttavia un miglioramento della situazione con un trattamento antiemicranico specifico. (...) ” (pag. 817 incarto LAINF) a fronte di una situazione “ stabilizzata da oltre 15 anni ”, considerato, in particolare, che “ Riguardo alla situazione del 1995, dal punto di vista neurologico la situazione non sembra modificata, migliorata per quel che concerne la situazione dell'anca sinistra dopo l'intervento del 2016 (...) ” (pag. 817

incarto LAINF) costituisce semplicemente una diversa valutazione che, di per sé, non può fondare la revisione della rendita in vigore (cfr. supra, consid. 2.3.). Analoghe considerazioni valgono anche per il parere espresso il 2 febbraio 2021 dal chirurgo dr. med. \_\_\_\_\_, che conclude per una capacità lavorativa in un lavoro adatto, in misura di 2/3, ovvero di 6 ore di lavoro su un'intera giornata di 9 ore, senza tuttavia argomentare in modo dettagliato e convincente, i motivi per cui ritiene che lo stato di salute dell'assicurata, per quanto di sua stretta competenza, con l'intervento di posa della protesi totale del 2016 sia migliorato in seguito. Tale conclusione si impone tanto più se si considera che il dr. med. \_\_\_\_\_, anch'egli perito chirurgo interpellato dalla CO 1, successivamente alla posa dell'intervento in questione, nel suo rapporto del 24 luglio 2017 aveva concluso che faceva " stato la inabilità lavorativa precedente all'intervento di protesi totale dell'anca sinistra la cui causalità è unicamente post-infortunistica. " (pag. 636 incarto LAINF). In simili circostanze anche la perizia del dr. med. \_\_\_\_\_ è da intendersi quale diversa valutazione che, di per sé, non può fondare la revisione della rendita in vigore (cfr. consid. 2.3.). Da ultimo, il TCA non ha, invece, motivi per scostarsi dal parere espresso il 19 novembre 2019 dallo psichiatra dr. med. \_\_\_\_\_, giusta il quale i disturbi psichici di cui soffre attualmente l'assicurata non sono in nesso di causalità naturale, neppure parziale, con l'incidente del 1995. Tanto più che la conclusione dello specialista della CO 1 (che ha visitato personalmente l'assicurata) non è stata smentita da certificati medico-specialistici neppure in sede ricorsuale e né, del resto, il patrocinatore dell'assicurata pretende il contrario. In simili circostanze, il TCA può qui esimersi dall'esaminare ulteriormente i contenuti della perizia psichiatrica in questione. Non può tuttavia esimersi dal rilevare che, nell'ambito di una valutazione peritale psichiatrica, la capacità lavorativa dell'assicurato deve essere valutata nell'ambito di una procedura probatoria oggettiva fondata su indicatori e illustrata nella DTF 141 V 281 (cfr., su questo tema, la STCA 32.2018.107 del 2 agosto 2019, al consid. 2.7.3) e che, per costante giurisprudenza, l'esame degli indicatori deve essere effettuato innanzitutto dal perito psichiatra (cfr. STF 9C\_401/2018 del 6 novembre 2018, pubblicata in SVR 4-5/2019 IV nr. 28; STCA 32.2018.107 del 2 agosto 2019, consid. 2.7.3; STCA 32.2018.216 del 25 ottobre 2019, consid. 2.6; STCA 32.2019.63 del 27 aprile 2020, consid. 2.11; STCA 32.2019.219 del 15 luglio 2020, consid. 2.7 e riferimenti ivi citati). Concludendo questa singola valutazione 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 attribuita all'assicurata non si giustifica per una notevole modifica delle circostanze economiche. L'amministrazione non lo pretende e, del resto, ciò non emerge nemmeno dalla documentazione a disposizione del TCA. 2.11. 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 LPGA: " Um solche Zweifel auszuräumen, wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 135 V 465 E. 4.6 S. 471)." In una sentenza 8C\_412/2019 del 9 luglio 2020 consid. 5.4, la Corte federale ha rinviato la causa all'assicuratore LAINF (e non al tribunale cantonale che aveva respinto il ricorso della persona assicurata) affinché disponesse l'esecuzione di una perizia ai sensi dell'art. 44 LPGA, precisando che laddove esistano dubbi circa l'attendibilità e la pertinenza della valutazione del medico fiduciario, spetta in primo luogo all'assicuratore contro gli infortuni procedere a ulteriori atti istruttori per determinare d'ufficio i fatti determinanti e, se del caso, assumere le prove necessarie prima di emanare la decisione (art. 43 LPGA): " Lorsqu'il existe des doutes sur la fiabilité et la pertinence de l'appréciation du médecin-conseil, il appartient en premier lieu à l'assureur-accidents de procéder à des instructions complémentaires pour établir d'office l'ensemble des faits déterminants et, le cas échéant, d'administrer les preuves nécessaires avant de rendre sa décision (art. 43 al. 1 LPGA; ATF 132 V 368 consid. 5 p. 374; arrêt 8C\_401/209 du 9 juin 2020 consid. 5.3.3. et ses références)." (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 LPGA. Per le ragioni già esposte diffusamente al considerando 2.10, 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 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. Il perito neurologo incaricato dovrà pure verificare, sulla base degli atti, la necessità o meno di effettuare una valutazione neuropsicologica. Andrà poi effettuata una discussione globale tra i periti incaricati. 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. CFPG, 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 allorquando condivide, 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." In seguito, facendo capo alle risultanze dell'accertamento bi-disciplinare esperito, l'amministrazione definirà di nuovo il proprio obbligo a prestazioni a contare dal 1° luglio 2021. 2.12. Da ultimo, il TCA osserva che risulta prematuro pronunciarsi in merito alle ulteriori censure sollevate dal patrocinatore del ricorrente. Per motivi di economia processuale, il TCA rileva comunque che la LAINF non prevede l'erogazione di provvedimenti d'integrazione (cfr., fra le tante, STCA 35.2020.9 del 7 ottobre 2020, consid. 2.9 e i rinvii giurisprudenziali ivi citati). A questo proposito il TCA ricorda in ogni caso che, in ambito AI (cfr. la risposta del 24 gennaio 2022 dell'UAI di cui al doc. XI-1 versata in questa sede dall'avv. RA 1), l'amministrazione ha precisato quanto segue: " (...) Una volta il quadro clinico dell'assicurata ben definito quanto a limitazioni funzionali e a capacità lavorativa medico-teorica, la pratica dell'assicurata dovrà essere sottoposta al Servizio di integrazione professionale per nuova valutazione. A mente dell'UAI - con gli atti a disposizione - non sono state illustrate oggettive circostanze per concludere (con il grado di verosimiglianza preponderante in essere nella presente procedura) l'esigibilità di un'auto reintegrazione. Ciò alla luce del fatto che l'assicurata ha ritrovato la propria abilità lavorativa dall'8 novembre 2019 (l'assenza prolungata dal mercato del lavoro non è dunque imputabile a motivi estranei all'invalidità), beneficia di una rendita d'invalidità da oltre 15-anni e non sembra possedere di particolari competenze personali o relazionali su cui far subito leva (non disponendo, ad esempio, di lunghe esperienze lavorative o di un'ampia formazione; cfr. - per più dettagli - il DTF 145 V 209 consid. 5). Infatti, secondo la giurisprudenza - per ammettere l'eccezione dell'auto-reintegrazione negli assicurati beneficiari di prestazioni da più di quindici anni o con un'età superiore ai 55 anni - non è sufficiente indicare né delle attività adatte direttamente svolgibili (cfr. la sentenza del TF

9C\_211/2021, consid. 3.2, del 5 novembre 2021) né che vi sia poca probabilità (per quel che concerne l'aspetto soggettivo) di cooperazione alle misure reintegrative. In quest'ultima ipotesi, andrebbero infatti applicate le necessarie misure procedurali di cui all'art. 21 cpv. 4 LPGa (consistenti in una preliminare diffida e in una successiva riduzione/soppressione delle prestazioni causa mancata collaborazione; cfr. il DTF 145 V 2). Alla luce di quanto precede, l'UAI postula l'annullamento della decisione impugnata per procedere a quanto in dettaglio suindicato. (...)" In tal senso cfr. pure la STCA 32.2021.1 del 14 febbraio 2022. Per motivi di economia processuale va qui parimenti ricordato che la più recente giurisprudenza federale ha stabilito che il livello di qualifica 1 dei dati RSS comprende già tutta una serie di attività leggere, che tengono conto di molte limitazioni. In altre parole, possono essere considerate sotto il cappello delle limitazioni funzionali solo circostanze che in un mercato equilibrato del lavoro devono essere considerate come eccezionali. Negli altri casi non viene applicata nessuna deduzione a questo titolo neppure se la capacità lavorativa è totale in attività adeguate e non si pone dunque il problema di un'indebita doppia deduzione (sentenze 8C\_495/2019 dell'11 dicembre 2019 consid. 4.2.2 con riferimento e 8C\_82/2019 del 19 settembre 2019 consid. 6.3.2; 8C\_730/2019 del 10 giugno 2020 consid. 4.4.4; 8C\_765/2019 del 10 giugno 2020 consid. 5.4.4; 8C\_9/2020 del 10 giugno 2020 consid. 4.4.4; in questo senso, si veda pure A. Bernasconi, "8C\_9/2020 du 10 juin 2020 - Abatement sur le revenu d'invalides selon l'ATF 126 V 75", in SZS/RSAS 1/2021 n. 49). Occorre inoltre ricordare che le limitazioni mediche già incluse nell'esame della capacità lavorativa residua non devono influire ulteriormente nella disamina della riduzione del reddito da invalido e a un conteggio doppio del medesimo aspetto: la sola circostanza che per l'assicurato siano esigibili soltanto attività leggere fino medio complesse non giustifica anche in caso di una capacità lavorativa limitata una riduzione aggiuntiva dovuta alle limitazioni personali (sentenze 8C\_805/2016 del 22 marzo 2017 consid. 3.1 e 3.4.2 e 9C\_846/2014 del 22 gennaio 2015 consid. 4.1.1 con riferimenti; STCA 32.2020.90 del 3 maggio 2021, consid. 2.10; STCA 32.2021.60 del 21 febbraio 2022, consid. 2.9.4). 2.13. Alla luce di quanto esposto in precedenza (cfr. consid. 2.11), 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. K<sub>ö</sub>lz/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). 2.14. 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, rappresentata da un avvocato, l'importo fr. 2'500 (IVA inclusa) a titolo d'indennità per ripetibili. 2.15. 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 18 novembre 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 (cfr. STCA 35.2021.9 del 20 settembre 2021 consid. 2.12; STCA 35.2021.58 del 18 ottobre 2021 consid. 2.12). Sul tema cfr. anche STF 8C\_265/2021 del 21 luglio 2021 e STF 9C\_394/2021 del 3 gennaio 2022.

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