

TI_GERICHTE 35.2023.101 vom 15. Juli 2024

TI Tribunale d'appello, 2024-07-15, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2023.101

FR: TI_GERICHTE 35.2023.101 du 15 juillet 2024

IT: TI_GERICHTE 35.2023.101 del 15 luglio 2024

Regeste

Decisione con la quale, in via di revisione, assicuratore ha ridotto la rendita in vigore non può essere confermata, non essendo stato messo in evidenza un effettivo miglioramento sensibile dello stato di salute. Assicurato continua ad avere diritto alla rendita del 52% della quale già beneficia

Erwägungen

E. 24

gennaio 2014 si evinceva, in particolare, quanto segue: " (...) Riguardo alla capacità lavorativa residua, è dimostrato che è esigibile in misura massima del 60% nell'ambito di attività adeguate. Richiamiamo la voluminosa documentazione dell'Ufficio AI, comprensiva di molteplici perizie, già oggetto di una vertenza approdata al TCA. La base di valutazione di tale capacità lavorativa residua è costituita dalla problematica ortopedica, motivo per cui non abbiamo motivo di discostarci dalla relativa percentuale." (Doc. 308, pag. 3) Tale decisione trovava il proprio fondamento, dal profilo medico, nella valutazione peritale del 16 giugno 2013 eseguita dal dr. _____, il quale aveva espressamente indicato che: " (...) Riguardo il grado di invalidità a partire da questa data (ossia 1 gennaio 2010, n.d.r.), fino all'annuncio di un'eventuale (probabile) ricaduta con necessità di un reintervento sull'anca sinistra, si consiglia di adeguarsi alle percentuali stabilite dall'AI (v. capitolo riassunto del dossier AI, pag. 16-18). Ricordo a questo proposito che l'assicurato risulta a beneficio di una rendita sin dal 1.1.99 (1/2 rendita da 1.1.99, rendita intera da 1.3.00 e 3/4 rendita a partire dal 1.12.06) e che all'occasione di una revisione posticipata in seguito all'intervento del 14.05.08 l'AI aveva deciso successivamente il 9.03.09 di non entrare in materia e l'11.02.11 di riconoscere ulteriormente un grado di invalidità economica del 61% con diritto a 3/4 di rendita." (Doc. 280 pag. 30) In ambito AI, il diritto ad una rendita del 61% dal 2006 – successivamente a più riprese confermata - poggiava, dal profilo medico, sulla valutazione peritale del 6 aprile 2006 relativa alla visita specialistica del 20 febbraio 2006 eseguita dal dr. _____, il quale, esprimendosi a proposito della capacità lavorativa residua, aveva concluso per una totale inabilità lavorativa nelle pregresse attività di giardiniere, aiuto-meccanico e addetto alla manutenzione e alle pulizie di un centro sportivo, mentre aveva considerato l'interessato ancora abile al lavoro nella misura del 60% nello svolgimento di attività adeguate (cfr. doc. 280 pagg. 17-18). 2.7. Si tratta ora di esaminare la situazione esistente al momento in cui è stata emanata la decisione su opposizione qui impugnata, che segna il limite temporale del potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali: cfr. DTF 132 V 215 consid. 3.1.1) e verificare se sono dati i presupposti per una riduzione, in via di revisione, della rendita di invalidità in corso. Nell'ambito della procedura di revisione intrapresa nell'ottobre 2019, CO 1, al fine di verificare lo stato di salute dell'assicurato, ha assegnato un mandato peritale ai medici dr.

_____ e dr. _____. Per quanto riguarda gli aspetti psichici, il dr. _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, con referto peritale del 30 dicembre 2019 relativo alla visita del 17 dicembre 2019, ha escluso l'esistenza di diagnosi psichiatriche in corso, e anche passate. Egli ha, in particolare, evidenziato che "in ambito psichiatrico non risultano mai essere state allestite valutazioni specialistiche. Solo il dr. _____ fa riferimento ad uno stato depressivo nella sua ultima valutazione del 2013, come segnalazione del curante e per cui non è necessario trattamento specialistico. Si tratta verosimilmente di uno stato di disagio dovuto alla guarigione molto rallentata ed alle ricadute e postumi successivi all'incidente. Non vi è alcun riscontro oggettivo alla valutazione odierna di segni o sintomi di interesse psicopatologico presente o pregresso" (doc. 363 pag. 4). Quanto al profilo ortopedico, il dr. _____, spec. FMH in chirurgia e traumatologia ricostruttiva, con rapporto peritale del 4 maggio 2022 inerente alla valutazione del 25 febbraio 2022, posto il giudizio globale di "coxalgia cronica sin con lieve/modica diminuzione della mobilità. Radiologicamente protesi in situ. Consolidamento del trocantere maggiore e minore un po' ritardato. Una pseudoartrosi non può essere esclusa. La prognosi è abbastanza buona, attualmente non ci sono segni di infezione. Una reintegrazione al lavoro è ancora possibile", ha ritenuto l'assicurato non più in grado di svolgere l'attività di addetto alle pulizie, considerando per contro che lo stesso possa lavorare nella misura del 66.6% in semplici attività di ufficio, come sorvegliante di un parking, rispettivamente come cassiere in un parking o sorvegliante di un museo, precisando che "dovrebbe trattarsi di un lavoro parzialmente da svolgere da seduto, rispettivamente in piedi (2/3 rispettivamente 1/3), senza dover fare sforzi fisici. In una tale professione il paziente potrebbe oggi lavorare tre ore al mattino e tre ore al pomeriggio, con un rendimento totale del 66.6% in un'intera giornata di 9 ore" (cfr. doc. 421 pag. 33). Quali osservazioni finali, il perito ha formulato le seguenti considerazioni: " All'occasione della perizia del 16.06.2013 il dott. _____, FMH ortopedia e chirurgia ortopedica, ha parlato di un reinserimento professionale anche solo parziale inesistente, per la gravità dei danni strutturali nella regione dell'anca per il fatto che dopo tanti anni di sofferenza l'assicurato risulta scoraggiato e demotivato. La CO 1 però, basandosi sulla sentenza del Tribunale cantonale delle assicurazioni del 24.09.2007: "paziente abile in misura del 60% in un lavoro consono", ha preso una decisione nel senso che il paziente è da considerarsi abile in misura del 60% in un'attività consona. 9 anni dopo questo giudizio dell'ortopedico Dottor _____ la situazione è cambiata nel senso che dopo due interventi (specialmente quello del 23.11.2020) si è potuta togliere l'infezione all'anca sinistra. Il paziente, malgrado accusi ancora dolori residui all'anca sinistra è abbastanza contento della situazione attuale. Non è più scoraggiato. Nega problemi psichici. Anche il Dottor _____ nella sua perizia del 30.12.2019 ha confermato che l'assicurato non ha disturbi psichici in atto. In conclusione, sono migliorati i sintomi soggettivi e i segni oggettivabili alla valutazione medica dopo l'ultima assegnazione di prestazioni. Oggi il paziente non ha più bisogno di terapie e raramente abbisogna ancora di medicinali analgesici, rispettivamente antiinfiammatori. La coxalgia cronica è dovuta unicamente all'infortunio del 18.1.1999 e questo nel grado della verosimiglianza preponderante. Oggi una capacità lavorativa del 66.6% in un mestiere adeguato come sopra menzionato è senz'altro esigibile." (Doc. 421 pag. 34) Sulla base di tali risultanze peritali l'assicuratore LAINF, con decisione del 23 febbraio 2023 - poi confermata su opposizione - ha ritenuto essere intervenuto un miglioramento della capacità lavorativa residua (passata dal 60% al 66.6%), tale da comportare la riduzione al 38% della rendita di invalidità (del 52%) in vigore (cfr. doc. 443 e doc. A1). L'Istituto assicuratore ha così motivato il proprio

agire: " (...) A suo tempo la decisione di rendita si fondò sulle risultanze peritali acquisite all'epoca, che permisero di accertare le sequele dell'infortunio del 18 gennaio 1999, in particolare quelle conseguenti al trauma a livello dell'anca, del gluteo e della coscia sinistri, non più suscettibili di miglioramento. L'insieme delle sequele residue giustificò l'assegnazione di un'indennità per menomazione dell'integrità fisica nell'ordine del 40%. L'incapacità lavorativa fu all'epoca stimata in misura del 60% in ambito di attività adeguate (vedasi anche sentenza del 24 settembre 2007 del TCA all'AI). Orbene, le attuali risultanze peritali nelle discipline psichiatria/ortopedia dimostrano un'evoluzione ed una prognosi favorevoli a livello clinico, in particolare per merito dell'ultimo intervento del 23 novembre 2020, che ha condotto ad un miglioramento sensibile delle condizioni dell'anca. L'assicurato necessita solo ogni tanto di medicinali analgesici, di antiinfiammatori e di fisioterapia. Non sussistono segni di infezione ma persistono occasionalmente dolori alla gamba sinistra, limitazione della mobilità dell'anca sinistra e zoppia lieve. Non sono più obiettivati deficit maggiori neuropsicologici, come neppure patologie psichiatriche. Siamo in presenza di una modifica importante, in paragone alla situazione vigente nel 2013, ovvero di un miglioramento delle sequele post-infortunistiche, anche per effetto dell'adattamento nel corso degli anni ma soprattutto dell'intervento eseguito nel 2020. L'evoluzione favorevole così come descritta dai periti consente di ammettere che l'assicurato può sfruttare una capacità lavorativa almeno del 66.6% nell'ambito delle attività professionali semplici, non richiedenti sforzi fisici come neppure il sollevamento di pesi superiori ai 2-3 kg, dove non sia previsto camminare in terreni sconnessi e salire/scendere continuamente le scale. Come già evocato, non v'è necessità d'instaurare delle misure terapeutiche e/o medicamentose, ad eccezione dell'uso saltuario di analgesici e antiinfiammatori nonché di fisioterapia. Notiamo peraltro che l'assicurato non svolge più la fisioterapia sin da novembre 2021, questo lascia intendere che essa non sia più utile. In futuro, qualora tale misura venisse prescritta, l'assicurato favorisca comunicarlo e non mancheremo di verificarne l'esigibilità, come pure la nostra eventuale partecipazione ai costi. Visto quanto sopra, le premesse per procedere nella revisione della rendita di invalidità sono soddisfatte. (...)" (Doc. 443 pag. 2) 2.8. Con l'impugnativa, l'avv. RA 1 ha contestato la fondatezza della valutazione peritale dell'esigibilità lavorativa, sottolineando come lo stato di salute dell'assicurato non abbia subito miglioramento alcuno, ma sia di fatto rimasto stazionario nel tempo. A suo avviso, pertanto, non sarebbero adempiute le condizioni per dare luogo ad una revisione della rendita di invalidità in corso, la quale merita, quindi, di continuare ad essere erogata come in precedenza. A sostegno delle proprie obiezioni, egli ha fatto essenzialmente riferimento al parere divergente enunciato dai medici curanti dell'insorgente, dr. _____ e dr. _____, i quali non concordano con le conclusioni del dr. _____. Con referto del 13 febbraio 2023, il dr. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e ortopedia, rispondendo alla richiesta di aggiornamento riguardo allo stato di salute dell'interessato formulata dal suo legale, ha in particolare rilevato che: " (...) Il paziente è stato esaminato alla mia consultazione la prima volta il 14.10.2020, inviatomi da Prof. _____ in un contesto di sospetta infezione protesi totale anca sx, con dolori cronici d'accompagnamento, in un paziente che era già stato sottoposto a diversi interventi chirurgici antecedenti, tra cui una riduzione e osteosintesi di una frattura acetabolare dell'anca sx nel 1999, un intervento chirurgico di protesi totale dell'anca sx con tribologia ceramica-ceramica sinistra, e successivamente un cambio delle superfici tribologiche della protesi totale dell'anca sx nel 2008, con un'evoluzione di reazioni pseudo-cistiche potenzialmente nell'ambito di reazione di metallo, o ALTR. Per

questo motivo erano stati proposti dei gesti chirurgici, per i quali il paziente ha piuttosto temporeggiato. Durante un soggiorno in _____ a metà settembre 2020, apparizione di un gonfiore e fuoriuscita di liquido corpuscolato nero in abbondanza, che ha portato i Colleghi in _____ ad ipotizzare una possibile componente infettiva. Dopo le valutazioni pre-operatorie il paziente è stato messo a beneficio di una revisione della PTA sx con débridement e sinovectomia, rimozione della protesi quindi multiple biopsie alla ricerca di batteriologia e istologia; tutte queste ultime erano rimaste negative, escludendo una componente di infezione, ma confermando una problematica di metallosi con reazioni pseudo-cistiche. Questo ha permesso di ri-procedere all'intervento chirurgico il 23.11.2020, con l'ablazione dello Spacer della protesi dell'anca sx e il re-impianto di una protesi totale dell'anca con riduzione e osteosintesi del massiccio trocanterico maggiore e minore, oltre alla ripetizione di un débridement e sinovectomia dell'anca sx. L'evoluzione da novembre 2020 all'ultimo controllo 31.01.2023 ha mostrato una progressione di miglioramento, con al controllo dei 2 anni avvenuto il 18.10.2022, una situazione stabile, con una sintomatologia dolorosa al carico a livello femorale prossimale, con l'uso di una terapia antalgica regolare e la deambulazione senza stampelle. Rimando alle valutazioni descritte nel rapporto del 18.10.2022. In uno status a 2 anni dopo rimpiazzo protesico dell'anca sx, con un paziente che presenta dei dolori di fondo al carico della regione femorale prossimale laterali, compatibili con una probabile pseudo-artrosi trocanterica, oltre ad un'insufficienza della muscolatura gluteale, ma senza spostamenti protesici complementari, era stato proposto di ripetere una scintigrafia ossea, la quale secondo il referto della stessa eseguita il 31.10.2022, concludeva con un quadro scintigrafico sostanzialmente invariato rispetto a quello del 20.01.2022, che mostrava una iper-fissazione tardiva in corrispondenza dei tessuti protesici/peri-protesici della regione trocanterica, compatibili con una pseudo-artrosi trocanterica, rispettivamente iniziale mobilizzazione della componente, ma stabile nel tempo. In considerazione di una situazione con sintomatologia dolorosa stabile nel tempo, senza miglioramenti complementari, dal punto di vista terapeutico, oltre ad una terapia antalgica-antiinfiammatoria e l'uso delle stampelle, non si hanno dei trattamenti complementari che possano dare garanzia di miglioramento. Dal punto di vista chirurgico si è discussa un'opzione di débridement, greffe ossea con prelievo dal bacino, + ri-osteosintesi con placca peri-protesica, ma visti gli importanti antecedenti e il gesto piuttosto aggressivo ed invasivo, si è deciso di soprassedere visto l'assenza di garanzia di reali miglioramenti complementari, restando a completa disposizione in caso di necessità e di evoluzione verso un peggioramento, ma prevedendo di riconvocare il paziente a 10 anni post-operatori.”

(Doc. C) Con referto del 20 febbraio 2023, il dr. _____, spec. FMH in chirurgia e medicina generale, ha indicato che: " Il Signor RI 1 è un paziente portoghese, noto per una leucemia mieloide cronica in terapia, in fase stabile, per una ipertensione arteriosa trattata e per multipli interventi ortopedici all'anca sinistra. Nel 1999 riportava una frattura dell'acetabolo dell'anca sinistra, in seguito alla quale veniva sottoposto ad osteosintesi seguita dall'impianto di una protesi totale dell'anca nel 2002, ad una revisione con cambio di superfici tribologiche nel 2008 e ad una ablazione della protesi totale per una infezione protesica nel 2020 con seguente impianto di una nuova protesi a distanza di mesi. A distanza di un anno dall'ultimo intervento il paziente lamenta dolore cronico all'anca sinistra, deambula con zoppia e tutti i tentativi di trattamento sia conservativo che non conservativo non hanno portato a buon esito; il paziente assume terapia antalgica in cronico a causa dei dolori, non esegue più fisioterapia in quanto non ha apportato alcun miglioramento dei dolori accusati dal paziente. Posso quindi affermare che le condizioni del

Signor RI 1 risultano invariate, sicuramente non migliorate, passibili di peggioramento nel tempo.” (Doc. D) Dall’accurato esame della documentazione all’incarto, emerge, poi, un ulteriore (e più recente) referto del dr. _____, datato 6 novembre 2023, nel quale lo specialista, rivolgendosi al curante dr. _____ e facendo riferimento alla consultazione del 3 novembre 2023, fornisce i seguenti aggiornamenti: " (...) Discussione e proposta: Sulla base dei dati anamnestici, clinici e radiologici ritrovo un paziente che presenta uno stato dopo multipli interventi chirurgici all'anca sx, l'ultimo a novembre 2020, la cui evoluzione è marcata dalla persistenza di una sintomatologia dolorosa soprattutto al femore prossimale, correlabile con i multipli interventi chirurgici e una problematica di pseudo-artrosi-/non-consolidazione trocanterica dell'anca sx. Soggettivamente, clinicamente e radiologicamente, come pure dal punto di vista della scintigrafia, la situazione è stabile, senza segnali di peggioramento particolari dei vari elementi soggettivi, clinici e radiologici. In questo contesto, come già evocato nel passato, dal punto di vista terapeutico teorico si potrebbe ipotizzare un gesto chirurgico di cura della pseudo-artrosi e del trocantere maggiore, con un débridement, ablazione del materiale d'osteosintesi cerchiaggi, greffe ossea con prelievo dal bacino omolaterale (+/- Allograft), + re-osteosintesi con placca peri-trocanterica sx, ciò che evidentemente sarebbe un ulteriore gesto aggressivo, senza poter garantire un reale miglioramento della sintomatologia visti anche i multipli interventi e lo status muscolare conosciuto. Il paziente in ogni modo essendo in una situazione piuttosto stazionaria, non è propenso ad affrontare nuovamente un gesto chirurgico, concordando personalmente con il suo punto di vista. Ho consigliato al paziente di mantenere le attività senza impatti, privilegiando nuoto, ginnastica in acqua, cyclette per il mantenimento della mobilità e della forza, lasciando evidentemente gli spostamenti per le necessità quotidiane, ma di evitare percorsi troppo prolungati. Prossimo controllo a 5 anni post-op con bilancio clinico e radiologico, lasciando aperta l'eventuale necessità di una nuova scintigrafia (per la quale, essendo stabile, non ci si aspetta cambiamenti supplementari). Evidentemente in caso di peggioramento e di necessità sono a disposizione del paziente.” (Doc. 471) 2.9. Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell’incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c; in fine con rinvii). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Va infine evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di

dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). 2.10. Chiamato a pronunciarsi, questo Tribunale, tutto ben ponderato, non ritiene di poter confermare la decisione con la quale l'Istituto assicuratore, basandosi sulla valutazione peritale del dr. _____, ha considerato essere intervenuto un miglioramento, sensibile, dello stato di salute dell'interessato, tale da potere giustificare la revisione del diritto alla rendita in corso. Dopo attento esame dell'intera documentazione agli atti, il TCA non reputa che le motivazioni fornite dal dr. _____ siano atte a sostanziare un effettivo miglioramento delle condizioni di salute dell'interessato, tale da poter incidere sul diritto alla rendita. Il perito ha, al riguardo, rilevato che rispetto alla precedente valutazione del dr. _____ del 2013 "sono migliorati i sintomi soggettivi e i segni oggettivabili alla valutazione medica dopo l'ultima assegnazione di prestazioni" (cfr. doc. 421 pag. 34). Ora, riguardo al preteso miglioramento dei sintomi soggettivi, il dr. _____ ha spiegato che "il paziente, malgrado accusi ancora dolori residui all'anca sinistra è abbastanza contento della situazione attuale. Non è più scoraggiato. Nega problemi psichici. Anche il Dottor _____ nella sua perizia del 30.12.2019 ha confermato che l'assicurato non ha disturbi psichici in atto" (cfr. doc. 421 pag. 34, corsivo della redattrice). Il TCA non ritiene tali considerazioni delle valide argomentazioni. Il fatto che l'assicurato possa essere apparso al perito "abbastanza contento della situazione attuale", o "non più scoraggiato", in mancanza di una pregressa patologia psichiatrica con influsso sulla capacità lavorativa, da poter ora considerare migliorata o addirittura guarita – ricordato che la perizia del dr. _____ ha evidenziato l'assenza di riscontri oggettivi "di segni o sintomi di interesse psicopatologico presente o pregresso" (cfr. doc. 363 pag. 4) - non costituisce, di tutta evidenza, un miglioramento ai sensi delle norme poste alla base di una modifica, in via di revisione, di una rendita di invalidità in corso. Quanto al presunto miglioramento dei segni oggettivabili alla valutazione medica, il dr. _____ ha osservato che "la situazione è cambiata nel senso che dopo due interventi (specialmente quello del 23.11.2020) si è potuta togliere l'infezione all'anca sinistra" e che "oggi il paziente non ha più bisogno di terapie e raramente abbisogna ancora di medicinali analgesici, rispettivamente antiinfiammatori" (cfr. doc. 421 pag. 34). A tale proposito, il TCA rileva innanzitutto, quanto all'infezione, che il perito ha indicato come soggettivamente "il paziente dice che l'infezione è sparita", mentre dagli atti emerge che le indagini messe in atto prima dell'intervento del novembre 2020 "erano rimaste negative, escludendo una componente di infezione, ma confermando una problematica di metallosi con reazioni pseudo-cistiche. Questo ha permesso di ri-procedere all'intervento chirurgico il 23.11.2020, con l'ablazione dello Spacer della protesi dell'anca sx e il re-impianto di una protesi totale dell'anca con riduzione e osteosintesi del massiccio trocanterico maggiore e minore, oltre alla ripetizione di un débridement e sinovectomia dell'anca sx" (cfr. doc. C). Ma al di là di ciò, il punto fermo e cruciale della vertenza resta il fatto che, come messo in evidenza dal dr. _____ e, soprattutto, dal dr. _____, autore dell'intervento in discussione, nonostante il nuovo re-impianto di protesi totale dell'anca sinistra del novembre 2020, le condizioni di salute

dell'interessato non sono migliorate, come indicato dal dr. _____, ma hanno continuato a restare stabili ed invariate nel corso del tempo. Con referto del 20 febbraio 2023 il dr. _____ ha, infatti, evidenziato che “a distanza di un anno dall'ultimo intervento il paziente lamenta dolore cronico all'anca sinistra, deambula con zoppia e tutti i tentativi di trattamento sia conservativo che non conservativo non hanno portato a buon esito ; il paziente assume terapia antalgica in cronico a causa dei dolori, non esegue più fisioterapia in quanto non ha apportato alcun miglioramento dei dolori accusati dal paziente. Posso quindi affermare che le condizioni del Signor RI 1 risultano invariate, sicuramente non migliorate , passibili di peggioramento nel tempo” (cfr. doc. D, corsivo della redattrice). In maniera altrettanto chiara e inequivocabile, il dr. _____, nel referto del 6 novembre 2023, ha rilevato che “sulla base dei dati anamnestici, clinici e radiologici ritrovo un paziente che presenta uno stato dopo multipli interventi chirurgici all'anca sx, l'ultimo a novembre 2020, la cui evoluzione è marcata dalla persistenza di una sintomatologia dolorosa soprattutto al femore prossimale, correlabile con i multipli interventi chirurgici e una problematica di pseudo-artrosi-/non-consolidazione trocanterica dell'anca sx. Soggettivamente, clinicamente e radiologicamente, come pure dal punto di vista della scintigrafia, la situazione è stabile , senza segnali di peggioramento particolari dei vari elementi soggettivi, clinici e radiologici” (cfr. doc. 471, corsivo della redattrice). Del resto, la consapevolezza dell'impossibilità di ottenere un miglioramento della sintomatologia dolorosa era già stata messa in luce nel referto peritale del 2013 dal dr. _____, il quale aveva posto l'accento sul fatto che “risulta scontato che qualsiasi nuovo intervento non potrà consentire un miglioramento significativo della persistente sintomatologia dolorosa , riconducibile in parte ai rimaneggiamenti della struttura ossea in seguito alla frattura complessa dell'acetabolo e del pilastro posteriore dell'anca ed alla persistenza di materiale di osteosintesi, e soprattutto alla fibrosi periarticolare irreversibile provocata dall'infarcimento di particelle microscopiche di ceramica” (cfr. doc. 280 pag. 28, corsivo della redattrice). Alla luce di quanto sopra, il TCA ritiene che, contrariamente a quanto concluso dall'Istituto assicuratore, la valutazione peritale del dr. _____ non abbia dimostrato, secondo probabilità preponderante, che, rispetto al momento della precedente assegnazione di rendita, lo stato di salute dell'interessato abbia subito un miglioramento tale da incidere sulla capacità lavorativa e, di conseguenza, sul diritto alla rendita. Al contrario, questo Tribunale ritiene che le certificazioni agli atti siano concordi e convergenti nel mostrare uno stato di salute rimasto sostanzialmente stabile nel tempo, nonostante il nuovo intervento del novembre 2020, messo in atto per porre rimedio al problema della metallosi, senza tuttavia che ciò abbia inciso sulla sintomatologia dolorosa e sulle limitazioni funzionali, rimaste invariate. Va qui ricordato che una semplice diversa valutazione di uno stato di fatto rimasto, per l'essenziale, invariato non giustifica una revisione secondo l'art. 17 cpv. 1 LPGA (DTF 147 V 167 consid. 4.1; 144 I 103 consid. 2.1; 141 V 9 consid. 2.3.). La decisione su opposizione impugnata, mediante la quale CO 1 ha proceduto, in via di revisione, ad una riduzione al 38% della rendita di invalidità del 52% in vigore, non può dunque essere tutelata e deve, pertanto, essere annullata. L'assicurato continua ad avere diritto ad una rendita di invalidità del 52% come in precedenza. Visto l'esito della vertenza, il TCA può esimersi dall'approfondire oltre la questione di sapere se il diritto di essere sentito dell'assicurato sia stato violato dall'amministrazione con l'emissione della decisione su opposizione prima della scadenza del termine di audizione, così come preteso dal patrocinatore in sede ricorsuale e negato dall'Istituto assicuratore con la risposta di causa. 2.11. Visto l'esito del ricorso, l'assicuratore resistente verserà

all'insorgente, patrocinato da un avvocato, l'importo di fr. 2'500 (IVA inclusa) a titolo d. ndennità per ripetibili. 2.12. L'art. 61 lett. a LPGA, in vigore fino al 31 dicembre 2020, prevedeva che la procedura deve essere semplice, rapida, di regola pubblica e gratuita per le parti ; la tassa di giudizio e le spese di procedura possono tuttavia essere imposte alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. In data 1° gennaio 2021 è entrata in vigore una modifica della LPGA. L'art. 61 lett. a LPGA prevede ora unicamente che la procedura deve essere semplice, rapida e, di regola pubblica. Dalla medesima data è entrato in vigore l'art. 61 lett. f bis LPGA secondo cui in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. Trattandosi di una controversia relativa a prestazioni LAINF, il legislatore non ha previsto di prelevare le spese. Sul tema, cfr. anche STF 9C_369/2022 del 19 settembre 2022; STF 9C_368/2021 del 2 giugno 2022; SVR 2022 KV Nr. 18 (STF 9C_13/2022 del 16 febbraio 2022); STF 9C_394/2021 del 3 gennaio 2022; STF 8C_265/2021 del 21 luglio 2021 (al riguardo cfr. Ares Bernasconi, *Actualités du TF*, 8C_265/2021 du 21 juillet 2021 - frais judiciaires pour les tribunaux cantonaux des assurances selon la révision de la LPGA du 21 juin 2019, in: SZS/RSAS 2/2022 p. 107).

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