

TI_GERICHTE 35.2018.129 vom 28. Mai 1992

TI Tribunale d'appello, 1992-05-28, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2018.129_d19920528

FR: TI_GERICHTE 35.2018.129 du 28 mai 1992

IT: TI_GERICHTE 35.2018.129 del 28 maggio 1992

Regeste

Revisione rendita in relazione all'infortunio del 28 maggio 1992 (rottura collo del femore): ridotta dal 67% al 43% dal 1° gennaio 2018. Rinvio per ulteriori accertamenti (44 LPGA)

Erwägungen

E. 10

marzo 2008 consid. 3). Anche per questa ragione essa non può ora rimproverare alla Corte cantonale un accertamento asseritamente lacunoso per non avere approfondito un aspetto - per altro insufficientemente sostanziato in sede cantonale come pure in sede federale, non potendosi dal solo doppio ruolo assunto da F. _____ inferire un serio indizio di manifesto abuso di diritto - che avrebbe potuto e dovuto essere da lei acclarato. Come già avuto modo di affermare in altro ambito, l'amministrazione non può infatti rimandare gli approfondimenti necessari all'accertamento dei fatti determinanti alla procedura di opposizione e tanto meno a quella giudiziaria di ricorso senza in questo modo contravvenire allo scopo perseguito dalle relative disposizioni che è quello di sgravare in definitiva i tribunali (cfr. DTF 132 V 368 consid. 5 pag. 374; sul tema cfr. pure RAMI 1999 n. U 342 pag. 410 [U 51/98])."

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).

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; STFA I 707/00 del 21 luglio 2003; STFA H 335/00 del 18 febbraio 2002; STFA H 212/00 del 4 febbraio 2002; STFA H 220/00 del 29 gennaio 2002; STFA U 347/98 del 10 ottobre 2001, pubblicata in RDAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA H 304/99 del 22 dicembre 2000; STFA 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. Oggetto del contendere è la

questione di sapere se la CO 1 era legittimata, oppure no, a ridurre la rendita d'invalidità LAINF in vigore in relazione all'infortunio del 28 maggio 1992 dal 67% al 53% con effetto a contare dal 1° gennaio 2018 per la via della revisione, oppure no. 2.3. Secondo l'art. 17 cpv. 1 LPGA, se il grado di invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente, oppure soppressa, d'ufficio o su richiesta. Questa norma è stata ripresa dall'art. 22 cpv. 1 prima frase vLAINF, il quale prevedeva che se il grado d'invalidità muta notevolmente, la rendita sarà corrispondentemente aumentata, ridotta oppure soppressa. L'art. 22 LAINF - analogamente all'art. 22 cpv. 1 seconda frase vLAINF - recita che, in deroga all'articolo 17 cpv. 1 LPGA, la rendita non può più essere riveduta dal mese in cui gli uomini compiono 65 anni e le donne 62. L'istituto della revisione ha per scopo l'adeguamento della rendita d'invalidità alle mutate circostanze e non la correzione di errori di commisurazione dell'invalidità di cui sia stata viziata la decisione iniziale o una revisione successiva (Ghèlew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), Losanna 1992, p. 114). La revisione presuppone, dunque, che l'invalidità abbia subito sostanziali mutamenti dopo la costituzione della rendita o una sua successiva revisione (DTF 113 V 275 consid. 1a e riferimenti ivi menzionati). Per costante giurisprudenza, il TFA considera che i principi dedotti dall'art. 41 LAI si applicano per analogia pure nell'ambito della revisione delle rendite di invalidità assegnate dall'INSAI, indipendentemente dal fatto che essa sia disciplinata dall'art. 80 LAMI oppure dall'art. 22 LAINF (RAMI 1987 U 32 p. 446s.). 2.4. L'invalidità può modificarsi essenzialmente per due ordini di motivi: sia perché cambia lo stato di salute, sia perché il danno alla salute, pur rimanendo immutato, si ripercuote diversamente sulla capacità lucrativa dell'assicurato, ossia sulla sua capacità di procurarsi un guadagno col proprio lavoro (cfr. DTF 130 V 343 consid. 3.5, 126 V 75 consid. 1b, 113 V 275 consid. 1a, 109 V 116 consid. 3b). L'assicurato può, infatti, migliorare, in prosieguo di tempo, le proprie attitudini professionali, acquisire conoscenze che gli consentano l'inserimento in attività meglio remunerate, reperire un posto confacente in modo ideale al suo stato di salute ed alle sue attitudini, ben pagato e sicuro, mettendo in atto una situazione non prevedibile al momento di stabilire il reddito ipotetico da invalido. Oppure le sue capacità di guadagno possono, per motivi diversi, peggiorare. Secondo la giurisprudenza federale, anche il reddito da valido può essere liberamente riesaminato nell'ambito di una revisione della rendita, senza alcun vincolo all'originaria decisione di rendita (cfr. STFA U 183/02 del 26 maggio 2003 consid. 6.2). 2.5. Il mutamento deve, inoltre, essere notevole. Secondo la giurisprudenza resa prima dell'entrata in vigore della LAINF, la modifica doveva essere apprezzata relativamente al grado di invalidità precedentemente accertato: così, un mutamento del 5% è stato considerato notevole per rapporto ad un'invalidità del 15% ma poco importante per rapporto ad un'invalidità iniziale del 75% (cfr. Ghèlew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 115 e dottrina ivi citata). 2.6. Per rivedere una rendita di invalidità non basta un semplice cambiamento passeggero: le circostanze di base devono mutare presumibilmente a lungo termine. In particolare, non è motivo di revisione un temporaneo aumento di guadagno dell'assicurato (cfr. Ghèlew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 114). 2.7. La questione di sapere se si è prodotto un simile cambiamento deve essere vagliata comparando 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 (cfr. cfr. consid. 2.3 non pubblicato della DTF 139 V 585;

DTF 133 V 108 consid. 5; STF 9C_985/2008 del 20 luglio 2009 consid. 4, 9C_148/2007 del 21 gennaio 2008 consid. 3.2). Tanto nel fissare inizialmente la rendita di invalidità quanto nel rivederla successivamente si deve ipotizzare un mercato del lavoro in condizioni di normalità, cioè essenzialmente equilibrato. I mutamenti congiunturali, il passaggio, ad esempio, da una fase di recessione a una di crescita economica, non sono motivo di revisione. Non si tiene parimenti conto, né prima né dopo, di fattori estranei al danno della salute. Ad esempio, le scarse conoscenze scolastiche, le difficoltà linguistiche, le insufficienti attitudini professionali, ecc., non sono rilevanti ai fini della commisurazione dell'invalidità. Ciò che importa è la diminuzione della capacità di guadagno, presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica conseguente ad infortunio. Sola conta, infatti, per la determinazione dell'invalidità, l'incapacità lucrativa in nesso causale con il danno alla salute (che, a sua volta, nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni, deve essere in relazione causale con l'infortunio). 2.8. Nella DTF 140 V 70 consid. 4.2, il Tribunale federale ha stabilito che, trattandosi della determinazione degli effetti temporali della riduzione o della soppressione di una rendita d'invalidità per la via della revisione ex art. 17 cpv. 1 LPGa, è giustificato collocarsi al momento della decisione formale, quando è certo che già a quella data sono adempiuti i presupposti materiali della revisione. La riduzione o la soppressione della rendita ha dunque effetto a partire dal primo giorno del mese che segue quello in cui la decisione formale è stata emanata, rispettivamente intimata all'assicurato. 2.9. 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; STFA dell'8 luglio 2003 nella causa B., U 259/02, 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. STFA I 811/03 del 31 gennaio 2005, consid. 5 in fine; STFA I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV n. 10 pag. 35 consid. 4b).

2.10. Chiamato a pronunciarsi, questo Tribunale non può, senza che prima vengano svolti ulteriori approfondimenti peritali specialistici, concordare con le conclusioni della CO 1, giusta le quali a partire dal 1° gennaio 2018 l'assicurato è abile al 50% in attività adeguate, per le ragioni qui di seguito esposte.

2.11. Dalle carte processuali emerge che, a seguito dell'infortunio del 28 maggio 1992, l'assicurato è stato posto al beneficio di una rendita d'invalidità a far tempo dal 1° marzo 2002, dapprima calcolata quale rendita complementare (doc. 76), a partire dal 1° febbraio 2012 quale rendita ordinaria in base a un grado d'invalidità del 67% (doc. 120). Il grado d'invalidità del ricorrente è stato stabilito sulla base di quanto attestato il 28 novembre 2001 dal dr. med. _____, specialista FMH in ortopedia e chirurgia ortopedica, stante un grado di invalidità del 67% riconosciuto dall'AI (doc. 75). In ambito AI l'assicurato è stato posto al beneficio di una rendita d'invalidità intera (grado di invalidità medio del 62% durante l'anno di attesa fino al 31 gennaio 2001 e del 67% dal 1° febbraio 2001) a far tempo dal 1° gennaio 2001 (doc. 61), che è stata confermata nelle successive procedure di revisione e, da ultimo, con comunicazione del 17 novembre 2016 (doc. 128). Nell'ambito della revisione della rendita LAINF avviata il 31 maggio 2017 (doc. 133), l'assicurato è stato visitato personalmente il 7 settembre 2017 dal dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia. Nel relativo rapporto del 28 settembre 2017 il medico fiduciario - dopo avere segnatamente posto la diagnosi (con ripercussione sulla capacità lavorativa) di coxalgia cronica ds. (doc. 143, pag. 15) e avere puntualizzato che le previsioni del dr. med. _____ (nel senso di un decorso sfavorevole con una probabile protesi totale all'anca ds prima dell'età dei 60 anni) non si erano avverate (grazie certamente a fattori genetici, soprattutto al fatto che l'assicurato ha un peso corporeo molto basso - 49 kg su 170 cm - ed alla mancanza di fattori stressanti come abuso di nicotina o di alcol) e che era " da correggere anche la diagnosi di osteonecrosi della testa del femore "; doc. 143, pag. 16) - ha concluso che " In retrospettiva (...) il paziente quando ha percepito una rendita AI avrebbe potuto lavorare in misura di almeno il 50% in un lavoro adatto. (...). Il paziente potrebbe lavorare in ufficio come ausiliario, come sorvegliante in un parking, come sorvegliante in un museo, come venditore, con le limitazioni citate. In conclusione un rendimento del 50% rispetto ad un pensum occupazionale del 100%. (...). Grazie ai fattori elencati il paziente non ha sviluppato una coxartrosi importante negli ultimi 15 anni e non c'è una progressione dell'artrosi dell'anca ds che non necessita quindi di un'artroplastica. In retrospettiva è anche da correggere la diagnosi di osteonecrosi che con grande probabilità non c'era o se c'era era minima nel senso postero-laterale superiore ds. (...). In retrospettiva, come detto, il paziente avrebbe potuto lavorare almeno in misura del 50% in un lavoro adatto. Avrebbe addirittura

anche potuto lavorare in misura ridotta come cuoco. (...). In retrospettiva un caso è più facilmente giudicabile. " (doc. 143, pag. 18 e 19). In sede di audizione il 19 gennaio 2018 l'assicurato ha contestato le conclusioni a cui era giunto il medico fiduciario della CO 1, versando agli atti un'articolata attestazione medica di medesima data del dr. med. _____, specialista FMH in medicina interna e cardiologo (pag. 151). Sulla base della precitata valutazione del medico fiduciario, in data 24 gennaio 2018 la CO 1 ha emanato una decisione formale mediante la quale ha ridotto al 53% il grado dell'invalidità con effetto a contare dal 1° gennaio 2018 (doc. 156). In medesima data la CO 1 ha trasmesso al dr. med. _____ la precitata attestazione del medico di fiducia dell'assicurato, osservando quanto segue: " (...). Verosimile è che la decisione venga impugnata dall'assicurato in funzione dei controargomenti medici esibiti dal suo medico curante riguardo alle risultanze cliniche. Le saremmo pertanto oltremodo grati se prendesse posizione nel merito, comunicandoci se ed in quale misura essi siano suscettibili di modificare la sua valutazione. " (doc. 155). Il 27 gennaio 2018 il medico fiduciario ha confermato la propria precedente valutazione, puntualizzando che è " difficile per il dottor _____, che è cardiologo, d'entrare nella discussione in una materia puramente chirurgica/ortopedica " (doc. 158). In sede di opposizione l'assicurato ha contestato le conclusioni a cui è giunto il medico fiduciario della CO 1, versando agli atti la valutazione medica del 1° marzo 2018 del dr. med. _____, specialista FMH in ortopedia e traumatologia, medico _____ della _____, medico perito _____ e medico ospedaliero della Clinica _____ di _____ (pag. 166), che - tenuto conto del tipo di sinistro, della documentazione agli atti e dell'obiettività clinica - ha richiesto una MRI dell'anca destra eseguita il 15 febbraio 2018. Nel relativo referto di medesima data il dr. med. _____, specialista FMH in radiologia - dopo aver puntualizzato che l'esame veniva confrontato con la precedente indagine del 2000, che evidenziava alterazioni strutturali riferibili ad un'osteonecrosi post-traumatica con già presente una parziale deconfigurazione della testa femorale soprattutto nella porzione laterale - ha concluso per " esiti di osteonecrosi della testa del femore stadio IV con deconfigurazione della testa femorale e rimaneggiamenti cistici " (doc. F). Lo specialista consultato privatamente dall'assicurato - dopo aver proceduto, in particolare, a raccogliere, ad esaminare il decorso secondo gli atti e le indagini strumentali agli atti e ad eseguire l'esame obiettivo - ha redatto la propria articolata e motivata valutazione medico-legale, giungendo alla conclusione che a decorrere dal 1° marzo 2002 l'attività di cuoco è inesigibile mentre in un lavoro adeguato (in particolare, in un'attività prettamente d'ufficio) l'assicurato è abile al lavoro al 33% (tempo pieno con rendimento ridotto del 67% oppure con una combinazione tra tempo ridotto e rendimento ridotto; doc. 166, pag. 17, 21 e 25). Il 26 ottobre 2018 il medico fiduciario ha confermato la propria precedente valutazione (abile al 50% in un'attività adatta) a causa di una coxalgia cronica, ribadendo che l'assicurato non ha sviluppato una osteonecrosi settica in seguito all'infortunio del 1992, sulla base di un consulto che sarebbe avvenuto il 30 settembre 2018 con il dr. med _____, specialista FMH in radiologia e presidente della società ticinese di radiologia (doc. 180). In data 13 novembre 2018 la CO 1 ha confermato il contenuto della sua prima decisione (doc. 183). Su richiesta di delucidazioni del patrocinatore dell'assicurato del 23 novembre 2018 in merito all'inesistenza agli atti di un rapporto del dr. med _____, il giorno stesso la CO 1 ha risposto via posta elettronica quanto segue: " (...) il perito _____ ha dapprima visionato ed interpretato personalmente l'immagine MRI del 15.02.2018 e, per mero scrupolo, ha ritenuto utile far convalidare la sua interpretazione da parte di uno specialista

di alto livello accademico. Si chiama "consulto collegiale, che non necessariamente deve essere corredato da un rapporto separato. È risaputo che, per prassi, i periti con specializzazione in chirurgia ortopedica (aventi già di per sé un know-how nella disciplina radiologica) consultino colleghi specializzati in radiologia se lo ritenessero utile. Il perito _____ ha dunque confermato la sua tesi, precisando che essa è suffragata da un parere di alto livello accademico. (...). " " (doc. H). In questa sede l'assicurato ha nuovamente contestato le conclusioni a cui è giunto il medico fiduciario della CO 1, versando agli atti il dettagliato e motivato rapporto medico del 3 dicembre 2018 del dr. med. _____ (doc. 190). 2.12. Chiamato a pronunciarsi, questo Tribunale non può, senza che prima vengano svolti ulteriori approfondimenti peritali specialistici, concordare con le conclusioni dell'amministrazione, dato che nel caso di specie, come appena riassunto al consid. 2.11, si è in presenza di opinioni specialistiche contrastanti a proposito dello stato valetudinario dell'assicurato, in particolare della presenza (come segnatamente sostenuto dal medico specialistico consultato privatamente dall'assicurato) o meno (secondo il parere del dr. med. _____) di una osteonecrosi post-traumatica e dei relativi esiti, con incidenza (in misura del 67% rispettivamente del 50%) sulla capacità lavorativa residua dell'assicurato, anche successivamente al 1° gennaio 2018. Il TCA ritiene che al parere espresso nel rapporto del 28 settembre 2017 (doc. 143) - e confermato nei successivi rapporti del 27 gennaio 2018 (doc. 158) e del 26 ottobre 2018 (doc. 180) - dal dr. med. _____, che ha segnatamente "corretto" la diagnosi di osteonecrosi post-traumatica, giungendo così sostanzialmente ad una capacità lavorativa residua in attività adatta del 50%, non possa essere attribuito un valore sufficiente a dirimere la presente vertenza. In particolare, i motivati e dettagliati rapporti agli atti del 1° marzo 2018 (doc. 166) e del 3 dicembre 2018 (doc. 190) del dr. med. _____, specialista FMH in ortopedia e traumatologia, medico _____ della _____, medico perito _____ e medico ospedaliero della Clinica _____ di _____, e, quindi specialista nella materia che qui ci occupa, che vanta pure un'ampia esperienza in materia di medicina assicurativa e infortunistica, tenuto conto delle precisazioni, puntuali e motivate ivi contenute, sono suscettibili di generare dei dubbi, per lo meno lievi, circa la valutazione del medico fiduciario. Tanto più che la sua valutazione è pure suffragata, per quanto concerne l'aspetto diagnostico, dal referto della MRI dell'anca destra del 15 febbraio 2018 del dr. med. _____, specialista FMH in radiologia, e, quindi nella materia che qui ci occupa, che vanta pure un'ampia esperienza nel settore di sua competenza. Del resto, il referto del precitato specialista non è stato smentito da una certificazione medica specialistica di un radiologo in questa sede. Tale non potendo essere considerato quanto "riferito" dal medico fiduciario nella propria valutazione del 26 ottobre 2018 sulla base di un consulto che sarebbe avvenuto il 30 settembre 2018 con il dr. med. _____, specialista FMH in radiologia e presidente della società ticinese di radiologia (doc. 180). In queste condizioni, le considerazioni espresse dai medici privatamente consultati dal ricorrente (in particolare, dai dr. med. _____ e _____, specialisti - val qui la pena di ribadire - nella materia che qui ci occupa, che vantano pure un'ampia esperienza professionale) - sono atte a generare dubbi, almeno lievi, circa la fondatezza della valutazione enunciata dal(l'unico) consulente medico, dr. med. _____, interpellato formalmente dalla CO 1. Alla luce delle divergenti valutazioni medico-specialistiche agli atti, questo Tribunale non può concludere, con la necessaria tranquillità, che RI 1, presenta una capacità lavorativa residua del 50% in attività adatte successivamente al 1° gennaio 2018, così come ritenuto dall'assicuratore Lainf nella decisione su opposizione avversata. Non si può quindi prescindere dal disporre un

approfondimento peritale volto a stabilire l'esistenza della (contestata) osteonecrosi post-traumatica e dei (parimenti contestati) relativi esiti - oltre alla incontestata coxalgia cronica ds - con le conseguenti ripercussioni sulla capacità lavorativa residua dell'assicurato a decorrere dal 1° gennaio 2018. In simili casi, la giurisprudenza federale prevede che la vertenza non possa essere decisa basandosi sull'uno o sull'altro dei pareri a disposizione ma che occorre ordinare una perizia ad opera di un medico indipendente secondo la procedura di cui all'art. 44 LPGa oppure una perizia giudiziaria (cfr. STF 8C_456/2010 del 19 aprile 2011 consid. 3; in questo stesso si veda pure la STF 8C_943/2010 del 9 novembre 2011 consid. 3.2). Questa soluzione si giustifica tanto più tenuto conto che, stante quanto esposto al consid. 2.11, nella misura in cui la CO 1 ha emesso il 24 gennaio 2018 la decisione formale mediante la quale ha ridotto al 53% il grado dell'invalidità con effetto a contare dal 1° gennaio 2018 (doc. 156) - e, quindi, prima di aver interpellato (doc. 155) ed ottenuto (doc. 158) un parere da parte del dr. med. _____ in merito all'articolata attestazione medica del 19 gennaio 2018 (doc. 151) del medico curante dell'assicurato -, il modo di procedere dell'amministrazione non è esente da critiche. Parimenti dicasi per la circostanza che il 26 ottobre 2018 il medico fiduciario ha confermato la propria precedente valutazione (abile al 50% in un'attività adatta), sulla base di un consulto che sarebbe avvenuto il 30 settembre 2018 con il dr. med. _____, specialista FMH in radiologia e presidente della società ticinese di radiologia (doc. 180), ma del quale agli atti non figura alcunché, se non quanto riferito dal medico fiduciario medesimo. Ora, secondo il TCA, considerata l'indiscussa importanza di tale consulto radiologico (essendo contestata l'esistenza o meno di un' osteonecrosi post-traumatica e dei relativi esiti sulla base della documentazione medica strumentale agli atti), agli atti non dovrebbe figurare unicamente quanto "riferito" dal medico fiduciario, in base a quanto sarebbe emerso da tale consulto (cfr., in particolare, doc. 180), quanto piuttosto una puntuale presa di posizione scritta del radiologo in questione in merito alla documentazione strumentale agli atti esaminata (ed, in particolare, alla radiografia del 15 febbraio 2018, alla base della valutazione del 1° marzo 2018 del dr. med. _____). Tanto più che, nel caso di specie, la questione da dirimere avente per oggetto lo stato valetudinario dell'assicurato (esistenza o meno di un' osteonecrosi post-traumatica e dei relativi esiti) è decisiva ai fini del giudizio, in particolare in merito alla capacità lavorativa residua dell'assicurato a decorrere dal 1° gennaio 2018. Secondo il TCA, nella misura in cui la CO 1 non ha acquisito agli atti la presa di posizione scritta del radiologo in merito alla documentazione strumentale agli atti esaminata relativa al consulto del 30 settembre 2018, alla base del rapporto medico del 26 ottobre 2018 del medico fiduciario (doc. 180) che ha confermato la valutazione del 28 settembre 2017 (doc. 143), ha quindi commesso una violazione grave del diritto di essere sentito del ricorrente, che - a fronte del tenore e dell'importanza già riportato di tale consulto - giustificerebbe in ogni caso nel caso concreto di rinviare la causa all'amministrazione (cfr. STCA 32.2018.3 del 30 gennaio 2019, consid. 2.2). Non consente di giungere ad altra conclusione quanto rilevato al riguardo dalla CO 1, in particolare, nel messaggio di posta elettronica del 23 novembre 2018 (doc. H), nella risposta del 18 gennaio 2019 (doc. V) e nelle osservazioni dell' 11 febbraio 2019 (doc. IX). Con espresso riferimento a queste ultime, va qui inoltre ricordato che se da una parte la procedura davanti al TCA è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d'ufficio dal giudice, dall'altra questo principio non è però assoluto, visto che la sua portata è limitata dal dovere delle parti di collaborare all'istruzione della causa (DTF 122 V 158 consid. 1a, 121 V 210 consid. 6c con riferimenti). Il dovere processuale di collaborazione comprende in particolare l'obbligo

delle parti di apportare ove ciò fosse ragionevolmente esigibile le prove necessarie, avuto riguardo alla natura della disputa e ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 264 consid. 3b con riferimenti). In concreto, nonostante abbia avuto in questa sede - durante lo scambio degli allegati - la facoltà (e la possibilità), la CO 1 non ha prodotto nessuna documentazione relativa al consulto e/o alla valutazione del dr. med. _____. Va parimenti qui ricordato che in una sentenza 9C_675/2009 del 28 maggio 2010 consid. 8.3, la Corte federale ha, inoltre, ricordato che l'accertamento dei fatti incombe in primo luogo all'amministrazione in forza dell'obbligo derivante dall'art. 43 LPGA, e ha rilevato: " (...). 8.3 Ad ogni modo si ricorda alla ricorrente che l'accertamento dei fatti incombeva in primo luogo a lei stessa in forza dell'obbligo derivante dall'art. 43 LPGA, secondo il quale l'assicuratore esamina le domande, intraprende d'ufficio i necessari accertamenti e raccoglie le informazioni di cui ha bisogno (cfr. per analogia la sentenza 8C_122/2008 del 10 marzo 2008 consid. 3). Anche per questa ragione essa non può ora rimproverare alla Corte cantonale un accertamento asseritamente lacunoso per non avere approfondito un aspetto - per altro insufficientemente sostanziato in sede cantonale come pure in sede federale, non potendosi dal solo doppio ruolo assunto da F. _____ inferire un serio indizio di manifesto abuso di diritto - che avrebbe potuto e dovuto essere da lei acclarato. Come già avuto modo di affermare in altro ambito, l'amministrazione non può infatti rimandare gli approfondimenti necessari all'accertamento dei fatti determinanti alla procedura di opposizione e tanto meno a quella giudiziaria di ricorso senza in questo modo contravvenire allo scopo perseguito dalle relative disposizioni che è quello di sgravare in definitiva i tribunali (cfr. DTF 132 V 368 consid. 5 pag. 374; sul tema cfr. pure RAMI 1999 n. U 342 pag. 410 [U 51/98])." In una sentenza 8C_59/2011 del 10 agosto 2011, 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)." (STF 8C_59/2011 consid. 5.2) Nella presente fattispecie, il TCA ritiene che siano soddisfatti i presupposti per un rinvio degli atti all'amministrazione (cfr. STF 8C_59/2011 del 10 agosto 2011 e DTF 135 V 465), già per il fatto che essa ha fondato la decisione impugnata sul parere del proprio medico fiduciario (per un caso analogo, si veda la STF 8C_757/2014 del 16 gennaio 2015 consid. 3.2). Per le ragioni appena esposte, si giustifica pertanto l'annullamento della decisione su opposizione impugnata e il rinvio degli atti alla CO 1 per la messa in atto di una perizia ai sensi dell'art. 44 LPGA (cfr. STF 8C_370/2017 del 15 gennaio 2018; 8C_586/2017 del 20 dicembre 2017). Sulla base delle relative risultanze peritali, l'assicuratore LAINF sarà poi chiamato a emettere una nuova decisione, dal profilo materiale e temporale, a contare dal 1° gennaio 2018. In esito alle considerazioni che precedono, tenuto conto del principio inquisitorio - secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d'ufficio dal giudice - che regge la procedura davanti al TCA, la richiesta di stralcio dalle tavole processuali di ogni riferimento relativo al dr. med. _____ presentata dal patrocinatore del ricorrente nel gravame dell'11 dicembre 2018 (doc. I, pag. 11, p.to 6.3.3) deve essere respinta. 2.13. Per motivi di

economia processuale, il TCA osserva sin d'ora che la censura ricorsuale, giusta la quale il ricorrente non sarebbe più collocabile, in quanto aveva 64 anni, 3 mesi e 7 giorni all'epoca della ricezione della decisione di riduzione della rendita d'invalidità LAINF, suffragata dalla giurisprudenza federale in ambito LAI, andrebbe in ogni caso respinta. Difatti, giusta l'art. 28 cpv. 4 OAINF, norma specifica della LAINF, "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". Va pure qui ricordato che giusta 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 (...)". Val qui la pena di ricordare 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, STCA 35.2011.23 dell'8 settembre 2011, consid. 2.7 e rinvii dottrinali e giurisprudenziali ivi citati). 2.14. Alla luce di quanto appena esposto (cfr. consid. 2.12), il TCA rinuncia anche 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). 2.15. In concreto, visto l'esito del ricorso (il rinvio con esito aperto equivale a piena vittoria: da ultimo STF 8C_859/2018 del 26 novembre 2018 consid. 5 con rinvio a DTF 137 V 210 consid. 7.1 pag. 271 con riferimento), il ricorrente, patrocinato in causa da _____ dello RA 1 (al riguardo va ricordato che l'indennità per ripetibili è concessa non soltanto se l'assicurato è patrocinato da un avvocato, ma anche quando il patrocinio è assunto - come nel caso di specie - da una persona particolarmente qualificata per la questione giuridica considerata, indipendentemente dal fatto che lo stesso sia oneroso, purché non si tratti di una rappresentanza di un ente pubblico nell'espletamento del proprio compito: Locher/Gächter, *Grundriss des Sozialversicherungsrechts*, 2014, p. 608; G. Wilhelm, in: Zünd/Pfiffner Rauber [ed.], op. cit., n. 4 ad § 34; cfr. altresì STCA 35.2016.33 del 2 agosto 2016, consid. 2.6), ha diritto all'importo di fr. 1'800.- a titolo di ripetibili da mettere a carico della CO 1 (cfr. art. 61 lett. g LPGA; 22 LPTCA; cfr. STCA 35.2017.59 del 19 ottobre 2017, consid. 2.7).

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