

TI_GERICHTE 35.2021.14 vom 28. Juni 2021

TI Tribunale d'appello, 2021-06-28, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2021.14

FR: TI_GERICHTE 35.2021.14 du 28 juin 2021

IT: TI_GERICHTE 35.2021.14 del 28 giugno 2021

Regeste

Nel caso di specie, litigiosa è la questione di sapere se l'istituto assicuratore era legittimato a sopprimere dal 1° maggio 2020 la rendita d'invalidità in vigore per la via della revisione ex art. 17 LPGGA, oppure no. Rinvio per ulteriori accertamenti (art. 44 LPGGA)

Erwägungen

E. 49

cpv. 2 della Legge sull'organizzazione giudiziaria (cfr. STF 9C_699/2014 del 31 agosto 2015, in particolare consid. 5.2, 5.3 e 6.1; STF 8C_452/2011 del 12 marzo 2012; STF 8C_855/2010 dell'11 luglio 2011; STF 9C_211/2010 del 18 febbraio 2011, consid. 2.1; STF 9C_792/2007 del 7 novembre 2008; STF H 180/06 e H 183/06 del 21 dicembre 2007; STF I 707/00 del 21 luglio 2003; STF H 335/00 del 18 febbraio 2002; STF H 212/00 del 4 febbraio 2002; STF H 220/00 del 29 gennaio 2002; STF U 347/98 del 10 ottobre 2001, pubblicata in RDAT I-2002 pag. 190 seg.; STF H 304/99 del 22 dicembre 2000; STF I 623/98 del 26 ottobre 1999. Vedi pure: STF 9C_807/2014 del 9 settembre 2015; STF 9C_585/2014 dell'8 settembre 2015). nel merito 2.2. Nel caso di specie, litigiosa è la questione di sapere se la CO 1 era legittimata a sopprimere dal 1° maggio 2020 la rendita d'invalidità in vigore per la via della revisione ex art. 17 LPGGA, oppure no. 2.3. Giusta l'art. 17 cpv. 1 LPGGA, 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 soppresso la rendita d'invalidità in vigore a far tempo dal 1° maggio 2020 fondandosi sull'art.17 cpv. 1 LPGA, adducendo che gli accertamenti pluridisciplinari (in materia di ortopedia, neurologia e psichiatria) da essa ordinati avrebbero dimostrato che l'assicurato sarebbe ora in grado di svolgere un'attività adeguata in misura completa (pag. 497). Dal canto suo, la patrocinatrice dell'insorgente fa invece valere che gli accertamenti specialistici disposti dall'amministrazione non avrebbero in realtà dimostrato che, rispetto al momento in cui è stata emanata l'originaria decisione di rendita, le condizioni di salute infortunistiche sarebbero migliorate a tal punto da giustificare la soppressione della rendita. A suo avviso, si tratterebbe piuttosto di una diversa valutazione di uno stato rimasto di fatto sostanzialmente invariato. Anzi, a parere dei due specialisti in psichiatria (dr. med. _____) e neurologia (dr. med. _____), la situazione oggi è piuttosto peggiorata con l'insorgere e lo svilupparsi di problematiche infortunistiche ed extra-infortunistiche (cfr. doc. I). In ossequio ai principi giurisprudenziali esposti in precedenza, questa Corte è dunque chiamata, in primo luogo, a valutare se sono adempiuti i presupposti per procedere a una revisione della rendita d'invalidità, specificatamente a stabilire se tra il momento in cui è stata emanata la decisione del 27 febbraio 1996 e quello in cui è stata rilasciata la decisione su opposizione impugnata, è intervenuta una notevole modifica delle circostanze di fatto, atta a influenzare il grado dell'invalidità.

2.7. La decisione formale mediante la quale all'assicurato è stata assegnata una rendita d'invalidità corrispondente a una completa incapacità lucrativa, risulta fondata essenzialmente sulle risultanze delle seguenti valutazioni mediche. L'amministrazione si è, in particolare, basata sulla valutazione 20 aprile 1994 del dr. med. _____, specialista FMH in neurochirurgia (pag. 55-61; pag. 60: "4.1 Diagnosi definitiva Sindrome cervicobrachiale destra con modica sindrome deficitaria motorica C6-C7. Rigidità del segmento inferiore della colonna cervicale con blocco C5/C6, verosimilmente di origine traumatica (28.3.1993). Stato dopo frattura compressiva del corpo vertebrale L1 traumatica (28.3.1993) stabile, senza compressioni radicolari o indentazioni nel canale spinale. Sindrome lombovertebrale posttraumatica senza sicuri segni radicolari o midollari. Sindrome fibromialgica residuale al trauma subito il 28.3.1993. Lesioni degenerative, precedenti all'infortunio, in particolare alla colonna

cervicale (C4/C5, C5/C6 e C6/C7). Incipiente uncartrosi C5/C6 bilateralmente degenerativa, precedente all'infornunio. Sospetta commozione cerebrale.") e sul suo relativo complemento del 29 novembre 1994 (pag. 71 e 72: "(...) ritengo la prognosi non favorevole sia dal punto di vista neurologico che da quello psichico. Per questo, malgrado non mi sia stata fatta una richiesta di valutare la capacit  lavorativa, personalmente ritengo il signor RI 1 invalido al 100%." L'amministrazione si   anche fondata sulla valutazione del 20 febbraio 1995 (pag. 81-101) del dr. med. _____, specialista FMH in ortopedia e chirurgia ortopedica (pag. 101: "(...) dal profilo ortopedico non esistono conseguenze oggettivamente dell'infornunio. (...). A prescindere da un'eventuale causalit  psichiatrica post-traumatica la chiusura del caso avrebbe potuto avvenire da lungo tempo, per esempio al momento della dimissione da _____ il 06.09.94. (...)."). L'amministrazione ha pure considerato la perizia psichiatrica del 7 luglio 1995 (pag. 112-120) del dr. med. _____, a quel momento Direttore dell'Organizzazione _____ di _____. Il perito psichiatra, per quanto concerne le circostanze in cui accadde il noto incidente, ha indicato quanto segue: "(...) il p. si era recato in patria insieme al fratello _____ per un periodo di vacanza. Entrambi ci tenevano ad un puntuale rientro in patria in quanto un eventuale ritardo urtava violentemente contro i loro principi morali di precisione e di coscienziosit . Purtroppo questa coscienziosit  fu messa a dura prova a causa di una intensissima nevicata che, durante la notte precedente alla loro partenza per il rientro in Svizzera, aveva reso praticamente impervie le principali strade della zona. Per recarsi all'aeroporto di _____, accompagnati dal padre, i due fratelli scelsero un veicolo taxi di propriet  del loro zio, ossia del fratello del padre. Lo zio si trovava alla guida del loro autoveicolo allorquando sono partiti per raggiungere _____ attraverso le strade non ancora sgombr  di neve. Mentre si avvicinavano ad un ponte sopra un fiume nella localit  _____ lo zio perse il controllo dell'autoveicolo. Lo stesso cominci  a sbandare a destra ed a sinistra sulla strada innevata ed in parte gelata, and  a sbattere contro il parastrada ed in seguito sfond  lo stesso cadendo, prima sul pendio in declivio verso il fiume e in seguito catapultandosi due volte per poi atterrare nel fiume stesso. Anche se l'altezza del ponte era di ben 20 metri probabilmente la vita degli occupanti dell'autoveicolo fu salvata proprio dal fatto che, prima di atterrare nel letto del fiume, il pendio della sponda del fiume stesso addolcì l'urto con una specie di effetto slitta. I due fratelli persero entrambi la coscienza. Lo zio ed il padre, rimasti per fortuna solamente feriti in modo leggero, riuscirono prima ad estrarre dall'auto veicolo il sig. _____ che riacquist  la conoscenza probabilmente dopo aver subito solamente una commozione cerebrale. La perdita dei sensi del p. RI 1 fece temere, all'inizio, per la sua vita. Egli giaceva infatti in uno stato di profonda perdita di sensi. Nel tentativo di estrarlo dall'autoveicolo egli comunque riprese conoscenza e cominci  immediatamente a lamentarsi a causa dei violenti dolori in diverse parti del corpo, in particolare alla nuca, alla spalla dx. e alla colonna vertebrale.   degno di nota in questo contesto menzionare alcuni vissuti soggettivi del p. stesso che in questa occasione pens  di essere morto. La sua profonda confusione dopo l'incidente mi viene descritta dal fratello. Un altro curioso episodio che non figura agli atti si riferisce alle sensazioni e allo schema corporeo riguardanti gli arti inf. Infatti, soccorso dai parenti, dopo un po' di tempo, forse dopo circa mezz'ora, RI 1 fu in grado di alzarsi e, appoggiandosi da ambo i lati sui propri familiari, riusciva a muovere le gambe anche se delle stesse non aveva nessuna sensazione soggettiva. Egli infatti pens  di aver perso le gambe in questo incidente gridando «non sento le gambe, non sento le gambe». Fu tranquillizzato dal padre che gli diceva «non preoccuparti, le gambe si muovono». Per quanto riguarda il primo intervento

medico-sanitario presso un ambulatorio di _____ non mi dilungo essendo il contesto ben conosciuto. Si tratta infatti di un ambulatorio sanitario periferico di una piccola località di regola relativamente mal attrezzato e difficile da immaginare allorquando si conoscono solamente le condizioni tipiche per la medicina elvetica. I familiari tutti riescono a raggiungere _____ e l'aeroporto con un altro veicolo privato e in seguito, con notevoli ritardi, atterrano in Svizzera, a _____ invece che a _____, a causa delle difficili condizioni metereologiche. Concludo le precisazioni riguardanti i momenti anamnestici dicendo che il p. stesso vive l'accaduto come una specie di risurrezione, essendo egli praticamente miracolato e rientrato fra i vivi dopo una vera e propria morte. (...)” (pag. 114 e 115) Il perito psichiatra ha quindi posto le diagnosi di “ sindrome ansioso depressiva agitata post-traumatica con distonia neurovegetativa. Sospetta contusione cerebrale. Probabile sindrome frontale posttraumatica ” (pag. 118) e ha osservato quanto segue: " (...) Dal punto di vista psichiatrico la relazione e il nesso causale tra l'evento infortunistico e la sindrome psichiatrica da noi descritta è chiaro e tipico. Il p. ha vissuto l'incidente subito come la morte. Si sente risuscitato e miracolato. Egli vive le sue menomazioni attuali come una conseguenza dell'infortunio e come uno stato definitivo di cui ulteriori miglioramenti sono improbabili. Anche il comportamento tipicamente alterato, che a noi sembra sospetto non solamente per un quadro ansioso-depressivo ed irrequieto che è certo, ma anche altamente sospetto per una sindrome psicoorganica frontale ed altrettanto collegabile con l'evento infortunistico. (...). Limitandoci solamente al campo psicologico e psichiatrico una malattia psichica preesistente a noi sembra da escludere decisamente . (...). L'infortunio ha influito negativamente ed in modo devastante sullo stato psichico del p.. Per quanto concerne invece l'opportunità di un trattamento a tale proposito, la discussione comincia a farsi complicata. Dal nostro punto di vista simili sindromi psicoorganiche di nature depressiva sono di prognosi infausta. La terapia con Saroten è certamente un possibile intervento adeguata. Di solito i pazienti elaborano poi i segni secondari dovuti all'effetto anticolinergico di questa terapia con i triciclici o altri effetti secondari dovuti ad un eventuale uso degli inibitori di serotonina come ulteriori segni della malattia e del trauma subito. Nel caso di causa, in particolare, riteniamo che un trattamento nel contesto ambulatoriale non sia indicato. Si potrebbe decidere per un trattamento ospedaliero che oscillerebbe fra i 2 e 3 mesi di tempo e che, a nostro modo di vedere, avrebbe una prognosi alquanto dubbiosa. In altre parole a noi un trattamento psichiatrico di questo p. non sembra essere indicato in quanto la speranza di un successo è decisamente minore di quella collegata con il timore di eventuali complicazioni di un simile trattamento. Infatti l'attuale accettazione del p. da parte della propria famiglia sembra comunque essere buona mentre il rischio di un disinserimento sociale di un simile paziente è così elevato che è molto più probabile prevedere poi un prolungamento delle degenze ospedaliere ed una cronicizzazione che non invece un miglioramento. (...). Da parte nostra abbiamo informato il p. in merito alle nostre opinioni sulla sua reale situazione psichica, sulla sua rassegnazione, sulla sua depressione e sul suo stile di vite da invalido cronico. Il p. ha compreso le nostre opinioni e non vede, per sé, così come noi non vediamo per lui, altre possibilità di intervento per migliorare la sua capacità lavorativa. Noi condividiamo dunque l'opinione espressa dal neurologo, collega Dr. _____, e vediamo questo p. incapace al lavoro e con una invalidità totale permanente . (...) precisiamo di non vedere altre possibilità di terapia per questo p. che andrebbero al di là di una semplice terapia di alleggerimento di alcune sintomatologie dolorose con uso di psicofarmaci. In particolare non vediamo la possibilità di un intervento terapeutico che potrebbe migliorare la sua

capacità lavorativa e prevenire una invalidità. (...). Dal nostro punto di vista trattasi di una invalidità certa per ragioni miste, psichiatriche e neurologiche, una invalidità che è da ritenersi totale. (...) La prognosi di questo caso per quanto la guarigione, il miglioramento delle condizioni psichiche e lo stato permanente è alquanto sfavorevole. (...)” (pag. 118-119) Nel complemento del 14 agosto 1995 (pag. 129), il perito psichiatra ha, tra l’altro, puntualizzato che “ la nostra prognosi per quanto concerne la guarigione o il miglioramento delle condizioni psichiche è talmente sfavorevole che non vediamo nessuna possibilità di reinserimento lavorativo né nel mestiere esercitato dall’assicurato al momento dell’infortunio (100%) né rispettivamente in altre attività. ” (pag. 129). Fondandosi sulle tali risultanze l’assicurato non è stato ritenuto in grado di svolgere alcuna attività lavorativa, a prescindere dalla sua natura, per motivi psichiatrici e neurologici (questi ultimi aspetti furono integrati nelle alterazioni psichiatriche). Nel corso del mese di aprile 2019, l’istituto assicuratore resistente ha avviato d’ufficio una procedura di revisione della rendita d’invalidità in vigore, disponendo l’esecuzione di accertamenti pluridisciplinari (psichiatrici, neurologici e ortopedici), affidandone l’incarico ai dr. med. _____, _____ e _____ (cfr. consid. 1.3.). Lo psichiatra ha esaminato l’assicurato il 16 luglio 2019 (dalle ore 16.25 alle ore 17.40 circa). Dal suo referto, datato 22 luglio 2019 (pag. 298-305), si evince, in particolare, quanto segue: " Terapia dichiarata: in ambito psichiatrico: nulla Diagnosi : nella perizia del 1995 era stata posta la diagnosi sindrome ansioso depressiva agitata post traumatica con distonia neurovegetativa, sospetta contusione cerebrale, probabile sindrome frontale post traumatica. Si tratta di una diagnosi non codificata secondo ICD-10. Attualmente non riscontro alcun segno o sintomo che possa essere riportato alla diagnosi allora riferita, tanto meno segni o sintomi di tipo post traumatico. L'assicurato non ha mai avuto flash backs relativi all'evento, non ha mai avuto neanche dei segni di evitamento. Egli stesso ha affermato di essere passato almeno una volta sullo stesso ponte negli anni scorsi senza alcun problema. Adesso non ho elementi per diagnosticare alcuna sindrome psichiatrica maggiore. (...). L'assicurato ha portato dall’inizio il discorso sui dolori che hanno portato all’impossibilità di continuare il lavoro che era l’unico suo hobby. Ha descritto in modo distaccato l’incidente del 1993 allo stesso modo in cui è riportato in perizia, aggiungendo che l’auto in cui si trovava era una Lada; erano cinque persone, tre adulti e due bambini. Aggiunge che, poco dopo l’incidente che lo ha coinvolto, un’altra vettura sarebbe precipitata nello stesso punto e i due passeggeri sarebbero deceduti. Ha tuttavia affermato di possedere patente di guida e di condurre regolarmente l’automobile, anche se, quando deve presentarsi a visite mediche come oggi preferisce farsi accompagnare da uno dei figli. Egli svolge da anni una vita tranquilla, oserei dire da pensionato: si alza al mattino fa colazione, passeggia, si reca a fare la spesa, fa visita ai figli in Svizzera e si reca regolarmente in aereo nel paese d’origine a trovare la madre. Non ha presentato un ritiro sociale né altri segni o sintomi che possono essere inquadrati in una patologia psichiatrica maggiore. L'assicurato non svolge attualmente lavori di casa ma non li ha mai svolti anche prima dell'incidente. Non risultano segni o sintomi d’interesse psichiatrico se non in riferimento ai dolori che tuttavia non sembrano per altro rappresentare un disturbo estremamente gravoso, dato che sono tenuti sotto controllo esclusivamente da una terapia antinfiammatoria blanda. (...). L'assicurato ha lamentato dolori diffusi alla colonna cervicale lombare, ha aggiunto più tardi di formicolii alle braccia di cui ha dato una valutazione di 5 su 10. Non ha dato segni obbiettivi di sofferenza per questo tipo di disturbi. È sempre rimasto seduto tranquillo senza cercare una posizione particolare per oltre 1h. Si tratta di constatazioni vaghe scarsamente circostanziate che non rispondono a criteri di

coerenza e plausibilità attualmente riconosciuti dalla giurisprudenza nell'ambito dei disturbi somatoformi. (...). Non vi sono disturbi psichiatrici in atto. (...). I disturbi sono riferiti dall'assicurato conseguenti cronologicamente all'infortunio. Tuttavia, in ambito psichiatrico, non vi è mai stata una presa a carico né medicamentosa anche blanda né psicoterapeutica. Appare pertanto che attualmente non vi sono disturbi in atto né vi è una documentazione psichiatrica successiva alla perizia del 1995. L'assicurato ha dichiarato che lo stato attuale di dolori è invariato dal momento della perizia e non ha indicato nessun periodo da allora ad oggi in cui siano comparsi altri segni indicativi di una patologia maggiore. Del tutto verosimile che lo status quo sine sia stato raggiunto molti anni fa, probabilmente non molto dopo la perizia psichiatrica. Non sono in grado di prendere una posizione maggiormente precisa. (...). Non vi erano condizioni psichiatriche / psicologiche pregresse. (...). L'assicurato da oltre 20 anni conduce una vita da pensionato in una condizione di sicurezza. Pertanto, non vede motivi per uscire da questo stato, nonostante lo stesso abbia capacità psichiche ben conservate. (...). Non vi sono limitazioni psichiatriche attuali. La situazione è verosimilmente stabile da anni. (...). Rilevo che nella perizia del 1995, tra l'altro svolta in lingua serbo-croata e preciso che l'assicurato ha una conoscenza della lingua italiana più che sufficiente a sostenere una valutazione come quella odierna, si era posta molta attenzione alla descrizione di quello che era avvenuto e si era data molta enfasi a modificazioni comportamentali che oggi, a distanza di oltre 20 anni, non sono assolutamente più rilevabili. L'assicurato anzi ha dichiarato che al di là dei dolori la sua natura ed il suo temperamento caratteriale non sono cambiati negli anni. In assenza tuttavia di altri elementi oggettivi non posso far altro che limitarmi alla descrizione dello stato attuale cioè dell'assenza di segni o sintomi d'interesse psicopatologico rispettivamente rilevare come verosimile uno status inalterato da anni. (...).” (pag. 301-304) Il neurologo dr. med. _____ ha esaminato l'assicurato il 1° luglio 2019. Dal suo referto, datato 9 settembre 2019 (pag. 312-325), si rileva, in particolare, quanto segue: " (...) VALUTAZIONE: (...). Nel complesso la situazione dunque non è modificata rispetto al 1993, (...). AI momento attuale non vedo dunque un'indicazione per un'incapacità lavorativa dal punto di vista strettamente neurologico, metto in dubbio che fosse presente negli anni successivi all'incidente. (...).
DIAGNOSI: - cervicalgie croniche su alterazioni statico-degenerative del rachide cervicale, - lombalgie croniche senza limitazioni funzionali maggiori, - emisintomatologia sensitiva sinistra dal carattere funzionale - cefalee tensive - esiti di trombosi venosa alla retina sinistra, con consecutivo intervento per cataratta secondaria e diminuzione del visus, persistente - ipertensione arteriosa trattata - fibrillazione atriale recidivante 4) **GIUDIZIO GLOBALE:** Vedi sopra, situazione invariata, dal 1993, con stato dopo incidente della circolazione con distorsione cervicale, in presenza di alterazioni degenerative preesistenti, cervicalgie e cefalee tensive secondarie, emisindrome sensitiva sinistra funzionale, stato dopo trombosi retinica, ipertensione arteriosa, fibrillazione atriale intermittente. (...). (...) una parte dei disturbi attuali sono da attribuire a problemi del rachide cervicale preesistenti e a disturbi funzionali apparsi in seguito e non direttamente legati all'incidente stesso. (...). L'incidente può aver provocato un peggioramento della situazione a livello cervicale, per quel che concerne l'apparizione di dolori tendomiaglici locali, in presenza di alterazioni già preesistenti. Non ho esaminato l'A. nel 1993, per valutare la situazione a livello delle braccia, dove però risultano dei riflessi tendinei tutti presenti e simmetrici, per cui una problematica radicolare C7-C8, come evocata a suo tempo, sarebbe da scartare. Attualmente in tutti i casi non deficit evidenti, presenza di una rottura tendinea a livello dei muscoli bicipiti, che non sono mai state descritte, probabilmente legate ad attività pesanti

con le braccia. (...). L'infortunio può aver provocato un peggioramento soprattutto delle strutture molli, paracervicali (muscoli, tendini, eventualmente anche coinvolgimento transitorio di radici cervicali), con persistenza di dolori, difficilmente quantificabili, verosimilmente attualmente non così intensi come descritti nei rapporti negli anni successivi all'incidente stesso, in presenza anche di disturbi funzionali che rendono la valutazione imprecisa. (...). Al momento attuale, dopo 27 anni di rendite e assenza dal lavoro la situazione è ormai cronicizzata. Clinicamente in tutti i casi, da quanto riferito nei rapporti, soprattutto dal Dottor _____, la situazione si è nettamente migliorata per quel che concerne le reazioni antalgiche, anche nel rapporto del Servizio di Neurologia del 2013, non venivano più descritti deficit a livello dei membri superiori, sospetti per patologie radicolari. Nel rapporto del Dottor _____ i deficit descritti dal Dottor _____ sembravano piuttosto minimizzati.” (pag. 318-324). Il neurologo ha quindi concluso che una capacità lavorativa in qualsiasi attività professionale è esigibile almeno in misura dell'80 %, a causa di malattia e non per esiti post-traumatici (pag. 322-324). Il chirurgo dr. med. _____ ha esaminato l'assicurato il 2 agosto 2019. Dal suo referto, datato 8 gennaio 2020 (pag. 335-360), si evince, in particolare, quanto segue: " (...). D. VALUTAZIONE D. 1. DIAGNOSI PRINCIPALE - cervicalgia cronica e lombalgia cronica dopo incidente di macchina il 28.03.1993 con frattura L1 trattata conservativamente ICD 10: M 54.2 M 40 M 48.45X D.2. CO-MORBIDITA 1. periartropatia omeroscapolare ds. con ipomobilità 2. emisintomatologia sensitiva sin, non oggettivabile 3. fibrillazione atriale persistente trattata con cardioversione elettrica nel novembre 2015, attualmente compensata con medicinali 4. diminuzione del visus sin, dopo iniziale trombosi venosa retinica nel 2001 trattata chirurgicamente e in un secondo tempo intervento per cataratta secondaria sin. 5. ipertensione arteriosa compensata con medicinali 6. cefalee tensive 7. st. dopo colecistectomia laparoscopica nel 2009 8. st. dopo operazione per ernia inguinale D.3. DIAGNOSI CON RIPERCUSSIONE SULLA CAPACITÀ LAVORATIVA (dovuta all'infortunio del 28.03.1993) - cervicalgia e lombalgie cronica. (...). L'incidente probabilmente ha provocato un certo peggioramento passeggero del tratto somatico cervicale e lombare nel senso di un peggioramento passeggero dei segni degenerativi cervicali e lombari con in seguito apparizione di una tendinosi a diversi livelli. (...). Per quanto riguarda la prognosi: la situazione è ormai cronicizzata. (...). Complessivamente la capacità lavorativa come cuoco dal punto di vista neurologico è dell'80% non per esiti post-traumatici, ma per fattori di malattia. Per un lavoro idoneo adattato la capacità lavorativa del paziente del 100%. (...).” (pag. 350-360) In sede di opposizione, la patrocinatrice dell'assicurato ha versato agli atti il certificato 29 giugno 2020 del dr. med. _____, specialista FMH in neurologia, il cui tenore è segnatamente il seguente: " (...). Il quadro clinico-neurologico odierno , constatato in occasione di questa mia visita, si conferma integralmente sovrapponibile a quanto, già allora descritto con esiti di trauma di un segmento cervicale stenotico, su base degenerativa, con associato sviluppo di un blocco segmentale post traumatico così come una sindrome cervico brachiale destra , con lieve disfunzione segmentale a prevalenza C6 destra, con un quadro verosimilmente evocante una lieve sintomatologia prevalentemente midollare persistente. Pure persistente la sintomatologia algica lombare, in esiti della frattura traumatica del corpo vertebrale L1 . (...). Per quanto concerne l'abilità lavorativa, ritengo per certo che non vi è stato alcun recupero consistente della problematica cervicale, con uno stato anteriore sine trauma non raggiunto. Le patologie internistiche nell'intervallo sviluppate, nulla modificano invece all'apprezzamento degli esiti dell'infortunio del 28.03.1993 allora ritenuto dal neurochirurgo

dr. _____. Considerata inoltre la dimostrata inefficacia delle misure di cura sino ad oggi proposte, una ripresa di qualsivoglia attività di cuoco rimane improponibile e una richiesta a voler svolgere un attività anche parziale o occupazionale in altre ambiti oggi, per ragioni mediche ragionevolmente insostenibile. (...)” (pag. 475 e 476) Nella medesima occasione la patrocinatrice dell’assicurato ha versato agli atti il certificato 8 luglio 2020 del dr. med. _____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia (pag. 477-478), il quale ha enunciato in particolare le considerazioni seguenti: " (...) la mia valutazione sul caso che ho potuto seguire dal 29.04.2020 a tutt'oggi. (...). Stiamo parlando quindi di un evento traumatico grave come ben descritto nella perizia effettuata nel luglio del 1995 dal Dr. _____. Nella perizia è ben descritta l'ipotesi e l'impressione clinica del collega di un quadro misto di carattere psichiatrico-psicologico e psicorganico legato al trauma frontale con un sospetto di lesione frontale post-traumatica. (...). A causa di queste impressioni diagnostiche il collega espresse anche chiaramente il concetto che un eventuale trattamento ambulatoriale stazionario non avrebbe modificato granché il quadro addirittura paventando il rischio che un possibile trattamento psicofarmacologico avrebbe potuto peggiorare sia dal punto di vista fisico che psichico le condizioni del paziente che erano chiaramente alterate. Sulla base quindi della lettura degli atti di allora e della valutazione odierna del collega Dr. _____ posso quindi confermare che il paziente presenta anche all’esame odierno chiare stigmate di carattere depressivo con disturbi della memoria a corto e lungo termine, con un quadro astenico, apatico ed anedonico, disturbi del sonno tuttora presenti ed ovviamente dolori cronici invalidanti a livello del tratto cervico-Iombare della colonna vertebrale. Come già confermato esiste una notevole riduzione sociale così come descritto allora ed attualmente nelle condizioni del paziente con una sensazione di estraniamento ed allarme con un pensiero finalizzato e costantemente indirizzato a sentirsi sotto esame e in pericolo. Sulla base di queste valutazioni ritengo che il paziente presenti reliquati per una sindrome post-commotiva F07.2 che abbia sviluppato una sindrome post-traumatica da stress P43.1 e dove i criteri attualmente più evidenti siano quelli di una modificazione duratura della personalità dopo un'esperienza vissuta come catastrofica F62.0. In conclusione ritengo che il paziente presenti condizioni oggettive compatibili con quanto descritto quasi 30 anni fa in presenza anche di un chiaro peggioramento delle condizioni mediche generali per la concomitante sviluppo di nuove patologie. Ritengo pertanto che la recente valutazione effettuata CO 1 non sia altro che una diversa interpretazione di fatti già noti ed accertati quasi 30 anni fa che sicuramente non sono migliorati ma, vedendo la storia clinica del paziente con la concomitanza di altri fattori, sono sicuramente peggiorati (...)”.

2.8. 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. 294, dal quale risulta che all’assicurato non è stato accordato il diritto di ricusare gli esperti designati: “ Per motivi d’efficienza, trattandosi di un coordinamento complesso, la invitiamo a rispettare le singole date e gli orari pattuiti. Solo in caso d’imprevisti gravi che non le consentissero di rispettarli, vorrà informare tempestivamente gli ambulatori medici (e lo scrivente ufficio), giustificare l’impedimento e fissare un nuovo appuntamento. ”). Essi vanno dunque trattati alla stregua di consulenti medici interni all’amministrazione. Se ne deduce pertanto che può trovare applicazione la giurisprudenza di cui alla DTF 135 V 465 (cfr. supra, consid. 2.6.), secondo la quale dei lievi dubbi circa l’affidabilità di un rapporto medico bastano per potersene discostare (cfr. STCA 35.2020.43 del 22 febbraio 2021 consid. 2.7., cresciuta incontestata in giudicato, nota all’assicuratore resistente). Ora, chiamato a pronunciarsi, il

TCA non può, senza che prima vengano svolti ulteriori approfondimenti peritali specialistici, concordare con le conclusioni dell'amministrazione, dato che nel caso di specie, come è appena stato riassunto al consid. 2.7., si è in presenza di opinioni contrastanti circa l'intervento (come lo sostengono gli specialisti interpellati dall'amministrazione) o meno (come lo fanno invece valere quelli consultati dall'insorgente) di una modifica notevole dello stato di salute dell'assicurato, tale da giustificare la soppressione della prestazione a contare dal mese di maggio 2020. Questa Corte ritiene che al parere espresso il 22 luglio 2019 dallo psichiatra dr. med. _____, il quale mette in dubbio la diagnosi a suo tempo formulata dal dr. med. _____ ("Diagnosi: nella perizia del 1995 era stata posta diagnosi sindrome ansioso depressiva agitata post traumatico con distonia neurovegetativa, sospetta contusione cerebrale probabile sindrome frontale post traumatica. Si tratta di una diagnosi non codificata secondo ICD-10. Attualmente non riscontro alcun segno o sintomo che possa essere riportato alla diagnosi allora riferita, tanto meno segni o sintomi di tipo post traumatico. L'assicurato non ha mai avuto flash backs relativi all'evento, non ha mai avuto neanche dei segni di evitamento. Egli stesso ha affermato di essere passato almeno una volta sullo stesso ponte negli anni scorsi senza alcun problema. Adesso non ho elementi per diagnosticare alcuna sindrome psichiatrica maggiore." - cfr. pag. 301) e ritiene che "non vi sono disturbi psichiatrici in atto" (cfr. pag. 302), concludendo così a una capacità lavorativa completa in qualsiasi attività lavorativa (precedente e sostitutiva adeguata), a fronte di una situazione definita "verosimilmente stabile da anni" (pag. 304), non possa essere attribuito un valore sufficiente a dirimere la presente vertenza. In particolare, il motivato e dettagliato rapporto agli atti del dr. med. Teodori appare suscettibile di generare dei dubbi, per lo meno lievi, circa la fondatezza della valutazione espressa dal consulente medico dell'amministrazione. Tale conclusione è tanto più corretta se si considera che quanto sostiene il dr. med. _____ conferma quanto era stato a suo tempo ritenuto dal dr. med. _____, psichiatra interpellato dalla stessa CO 1. Analoghe considerazioni devono valere anche per i referti peritali dei dottori _____ e _____. In particolare, a quest'ultimo riguardo, va sottolineato che il neurologo, nel suo rapporto del 9 settembre 2019, ha più volte dichiarato che la situazione non si è modificata rispetto al 1993 (cfr. pag. 319: "Nel complesso la situazione dunque non si è modificata rispetto al 1993." e pag. 320: "Vedi sopra, situazione invariata, dal 1993."), ragione per la quale la conclusione alla quale è pervenuto (cfr. pag. 319: "Al momento attuale non vedo dunque un'indicazione per un'incapacità lavorativa dal punto di vista strettamente neurologico, metto in dubbio che fosse presente negli anni successivi all'incidente.") non costituisce altro che una diversa valutazione che, di per sé, non può fondare la revisione della rendita in vigore (cfr. supra, consid. 2.3.). 2.9. 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 pronuncia, 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 2.8., si giustifica l'annullamento della decisione su opposizione impugnata e il rinvio degli atti all'assicuratore resistente affinché disponga l'esecuzione di una perizia pluridisciplinare (psichiatrica, neurologica e ortopedica) ai sensi dell'art. 44 LPGA, volta a stabilire se sono dati i presupposti per procedere a una revisione ex art. 17 cpv. 1 LPGA (in proposito, si vedano i principi giurisprudenziali menzionati al consid. 2.3.) della rendita d'invalidità in vigore. In seguito, facendo capo alle risultanze dell'accertamento esperito, l'amministrazione definirà di nuovo il proprio obbligo a prestazioni a contare dal 1° maggio 2020. 2.10. Per motivi di economia processuale, il TCA rileva che la censura ricorsuale secondo la quale " una revisione su un quasi pensionato non ha alcun senso di esserci, dal momento che né concretamente né teoricamente può mettere a frutto le sue capacità professionali " (cfr. doc. VII, pag. 2), andrebbe in ogni caso respinta. In effetti, l'art. 28 cpv. 4 OAINF, norma specifica alla LAINF, prevede che " se a causa della sua età l'assicurato non riprende più un'attività lucrativa dopo l'infortunio o se la diminuzione della capacità di guadagno è essenzialmente dovuta alla sua età avanzata, sono determinanti per valutare il grado d'invalidità i redditi che potrebbe conseguire un assicurato di mezza età vittima di un danno alla salute della stessa gravità " (su questo aspetto, si veda la STF 8C_452/2011 del 12 marzo 2012, riguardante un'assicurata di 63 anni e 8 mesi al momento della decisione impugnata, mediante la quale la Corte federale aveva rinviato gli atti al TCA affinché esaminasse le condizioni di applicazione della disposizione di cui all'art. 28 cpv. 4 OAINF e la successiva STF 8C_563/2012 del 23 agosto 2012, con la quale l'Alta Corte ha confermato il giudizio

cantonale che ne aveva ammesso l'applicabilità). Va qui pure segnalato che, secondo l'art. 22 LAINF, "in deroga all'art. 17 cpv. 1 LPGA, la rendita non può più essere riveduta dal mese in cui l'avente diritto riceve una rendita di vecchiaia dell'AVS, ma al più tardi dal momento in cui lo stesso raggiunge l'età del pensionamento (...)". In proposito, è utile precisare che se l'assicurato presenta una domanda di revisione poco prima del termine, l'assicuratore è tenuto a dare avvio alla procedura, anche se la decisione di revisione sarà resa soltanto dopo che l'assicurato avrà raggiunto l'età limite. Parimenti, l'assicuratore può introdurre una procedura di revisione della rendita prima dell'età limite, a condizione che ne abbia informato l'assicurato; l'assicuratore può allora rendere la sua decisione ulteriormente (cfr., sul tema, la STCA 35.2011.23 dell'8 settembre 2011 consid. 2.7 e i rinvii dottrinali e giurisprudenziali ivi citati; STCA 35.2018.129 del 28 marzo 2019 consid. 2.13). 2.11. Alla luce di quanto esposto in precedenza (cfr. consid. 2.9), il TCA rinuncia all'assunzione di ulteriori prove. Va qui ricordato che, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. Kölz/Häner , *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, Gygi , *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° ed., pag. 274, si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41; 122 III 223 consid. 3; 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv.2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). 2.12. Visto l'esito del ricorso (il rinvio con esito aperto equivale a piena vittoria, cfr., da ultimo, STF 8C_859/2018 del 26 novembre 2018 consid. 5 con rinvio a DTF 137 V 210 consid. 7.1 p. 271 e riferimento), la CO 1 verserà all'insorgente, rappresentato da un avvocato, l'importo fr. 2'500 (IVA inclusa) a titolo d'indennità per ripetibili. 2.13. 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. La procedura è pertanto di principio onerosa se concerne la fissazione dei contributi (cfr. Messaggio concernente la modifica della legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali, FF 2018, pag. 1303 e seguenti, pag. 1334: " La mozione Gruppo UDC 09.3406 chiede che venga abolito il principio della gratuità delle procedure di ricorso davanti ai tribunali cantonali nell'ambito delle assicurazioni sociali. L'indicazione secondo cui la procedura è gratuita va pertanto soppressa (art. 61 lett. a D-LPGA). Saranno così applicabili le disposizioni del diritto cantonale relative alle spese di procedura. Per quanto riguarda invece le controversie relative a prestazioni, la lettera fbis contempla l'addebito di spese soltanto nel caso in cui la singola legge lo preveda. Nell'assicurazione invalidità una tale regolamentazione è già in vigore dal 1° luglio 2006 (art. 69 cpv. 1bis LAI) "). Secondo l'art. 83 LPGA (disposizione transitoria), 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 datato 1° febbraio 2021, per cui si applica la nuova disposizione legale. Trattandosi di prestazioni LAINF, il legislatore non ha previsto di prelevare le spese.

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