

## **TI\_GERICHTE 35.2018.119 vom 27. Mai 2019**

TI Tribunale d'appello, 2019-05-27, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_35.2018.119](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2018.119)

FR: TI\_GERICHTE 35.2018.119 du 27 mai 2019

IT: TI\_GERICHTE 35.2018.119 del 27 maggio 2019

### **Regeste**

Ritenuti adempiti i presupposti per riconsiderare la decisione formale di rendita in quanto fondata su una valutazione dell'esigibilità lav. che non teneva conto dei dolori fantasma denunciati dall'assicurato. Rinvio per determinare reddito da valido

### **Erwägungen**

#### **E. 16**

LPGA non ha modificato le modalità per la fissazione del grado di invalidità dell'assicurato previsto dai previgenti art. 28 cpv. 2 LAI e art. 18 cpv. 2 seconda frase LAINF.

Nella stessa pronunzia la nostra Corte federale ha quindi concluso che anche in ambito LAINF la giurisprudenza relativa ai concetti di incapacità lavorativa, incapacità al guadagno e invalidità continua a mantenere la sua validità anche in seguito all'introduzione della LPGA.

Due sono, dunque, di norma gli elementi costitutivi dell'invalidità:

1. il danno alla salute fisica o psichica (fattore medico);
2. la diminuzione della capacità di guadagno (fattore economico).

Tra il danno alla salute e l'incapacità di guadagno deve inoltre intercorrere un nesso causale (fattore causale). Nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni deve esserci per giunta un nesso causale, naturale ed adeguato, tra il danno alla salute e l'infortunio.

L'invalidità, concetto essenzialmente economico, si misura in base alla riduzione della capacità di guadagno e non secondo il grado di menomazione dello stato di salute.

D'altro canto, poiché l'incapacità di guadagno importa unicamente nella misura in cui dipende da un danno alla salute, la determinazione dell'invalidità presuppone preliminarmente adeguati accertamenti medici che rilevino il danno in questione.

Spetta al medico fornire una precisa descrizione dello stato di salute dell'assicurato e di tracciare un esatto quadro degli impedimenti ch'egli incontra nell'esplicare determinate funzioni.

Il medico indicherà per prima cosa se l'assicurato può ancora svolgere la sua professione, precisando quali sono le controindicazioni in quell'attività e in altre analoghe.

Egli valuterà finalmente il grado dell'incapacità lavorativa che gli impedimenti provocano sia nella professione attuale sia nelle altre relativamente confacenti (cfr., su questi aspetti, laSTFA del 20 aprile 2004 nella causa K., I 871/02 e laSTFA del 18 marzo 2002 nella causa M., I 162/01).

L'invalidità, proprio perché concetto essenzialmente economico, si misura raffrontando il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora o potrebbe realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili, in un mercato del lavoro equilibrato, dopo l'adozione di eventuali provvedimenti integrativi (cfr. art. 16 LPGGA).

Il grado di invalidità corrisponde alla differenza, espressa in percentuale, tra il reddito ipotetico conseguibile senza invalidità e quello, non meno ipotetico, conseguibile da invalido.

La giurisprudenza federale ha, più volte, confermato il principio che, nella determinazione dell'invalidità, non c'è la possibilità di fondarsi su una valutazione medico-teorica del danno alla salute dovuto all'infortunio e che occorre, sempre, basarsi sulle conseguenze economiche di tale danno.

Per questi motivi,

dichiara e pronuncia

Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni

Il presidente

Il segretario

Daniele Cattaneo

Gianluca Menghetti

## **E. 22**

marzo 2004 consid. 1.2., I 133/04 dell'8 febbraio 2005 consid. 1.2.). Conformemente a un principio generale valido per il diritto delle assicurazioni sociali, l'amministrazione può riconsiderare una decisione cresciuta in giudicato formale, che non è stata oggetto di un controllo giudiziario, nel caso in cui è senza dubbio errata e la correzione ha un'importanza rilevante (STFA I 512/05 del 3 maggio 2006, consid. 3 e riferimenti, confermata nella STF I 832/05 del

## **E. 25**

giugno 2013 andrebbe ritenuta manifestamente errata, nella misura in cui risulta fondata su una valutazione medica della capacità/esigibilità lavorativa quantomeno superficiale, posto che i fiduciari dell'CO 1 avrebbero omissis di considerare la presenza di dolori fantasma interessanti l'arto inferiore sinistro (cfr. doc. I). A titolo preliminare, è utile precisare che per dolore fantasma si intende dei dolori interessanti una parte del corpo che non è più presente, per lo più a seguito di un'amputazione. Si stima che circa il 60 – 80% degli amputati percepisca dolori alla parte del corpo amputata. Per quanto riguarda la loro eziologia, oggi si ritiene che i dolori fantasma siano imputabili ad alterazioni cerebrali (sul tema, si veda la relativa pagina web della Società tedesca del dolore – [www.dgss.org](http://www.dgss.org)). Chiamata a pronunciarsi a proposito dell'esistenza di un titolo di revoca (riconsiderazione), questa Corte constata che la decisione in questione, mediante la quale l'assicurato è stato posto al beneficio di una rendita d'invalidità del 45% a contare dal 1° ottobre 2012, risulta fondata, per quanto riguarda la valutazione medica dell'esigibilità lavorativa, sulle risultanze della visita \_\_\_\_\_ di controllo del 4 marzo 2013, eseguita dalla dott.ssa \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia ortopedica, una volta terminate, invero senza successo, le misure di reinserimento professionale disposte dall'AUVA (cfr. doc. 140, p. 1). Dal relativo referto, datato 7 marzo 2013, risulta innanzitutto che il medico \_\_\_\_\_ ha proceduto a una “valutazione dell'esigibilità lavorativa strettamente basata sui fatti

ortopedici”. D’altro canto, la stessa dott.ssa \_\_\_\_\_ ha precisato di non essere in possesso dei referti dell’Ambulatorio del dolore dell’Ospedale di \_\_\_\_\_ e di non poter pertanto “... valutare le parestesie/iperalgie al moncone descritti dall’assicurato. Inoltre questi dolori non vengono riportati nel referto medico della degenza dal 06.12. al 20.12.12 al Centro Riabilitativo \_\_\_\_\_.”. Ella ha quindi proceduto alla valutazione dell’esigibilità lavorativa, dichiarando l’assicurato totalmente abile in attività alternative adeguate (cfr. doc. 129). Dalle tavole processuali si evince che, a seguito della sentenza di rinvio 27 febbraio 2015 del Tribunale amministrativo federale (TAF) (causa n. C-6512/2014), l’UAIE ha ordinato l’esecuzione di una perizia bi-disciplinare a cura della Schmerzklinik \_\_\_\_\_ (per quanto concerne gli aspetti della medicina del dolore) e della Clinica universitaria \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ (per gli aspetti ortopedici). Con rapporto del 21 maggio 2017, il dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in anesthesiologia, attivo presso la Schmerzklinik \_\_\_\_\_, ha diagnosticato in particolare una sindrome dell’arto fantasma con dolore a far tempo dal 2005 (ICD-10: G54.6), in presenza di turbe psichiche conseguenti all’assunzione di farmaci oppiacei (ICD-10: F11) e psicoattivi (ICD-10: F19) (doc. 197, p. 30). Interrogato a proposito della consistenza dei disturbi denunciati dall’assicurato, l’esperto ha rilevato di non aver riscontrato alcuna discrepanza tra i sintomi descritti e il comportamento dimostrato, definendo quindi credibili i disturbi. A suo avviso, una chiara discrepanza esiste invece tra la sintomatologia denunciata, rispettivamente il comportamento dimostrato, e la valutazione della capacità/esigibilità lavorativa enunciata dal dott. \_\_\_\_\_ a margine della visita di controllo del 27 febbraio 2007. In quell’occasione, peraltro senza visitare personalmente il ricorrente, il medico \_\_\_\_\_ ha attestato una piena capacità lavorativa in attività sostitutive, sebbene quello stesso giorno RI 1 si trovasse in cura presso l’Ospedale di \_\_\_\_\_ a causa dei suoi dolori fantasma. Inoltre, nel suo apprezzamento, il dott. \_\_\_\_\_ non si è affatto pronunciato in merito ai persistenti dolori fantasma e alla loro incidenza sulla capacità lavorativa. Tutte le successive valutazioni hanno fatto riferimento alle conclusioni del dott. \_\_\_\_\_ (doc. 197, p. 30 s.). Il dott. \_\_\_\_\_ ha dichiarato l’insorgente in grado di svolgere un’attività lavorativa adeguata soltanto nella misura del 50%, e ciò in ragione dei rilevanti dolori fantasma e dei conseguenti disturbi del sonno notturno (doc. 197, p. 31 s.: “Analog und in Übereinstimmung mit dem orthopädischen Teilgutachten gehe auch ich davon aus, dass die anamnestischen Angaben des Versicherten zu seinen Beschwerden, Einschränkungen und Grenzen im Alltag und Beruf sachlich, adäquat und plausibel sind, und dass sie anhand der Untersuchungsbefunde nachvollziehbar sind. Auch aus meiner Sicht besteht aufgrund der ausgeprägten Phantomschmerzsymptomatik, die unter einer hochdosierten analgetischen Therapie mit opiathaltigen Präparaten in Kombination mit zentral dämpfenden, schmerzdistanzierenden psychoaktiven Substanzen nicht therapiert werden kann, eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit. Das Ausmass der Einschränkung ist aus oben genannten Gründen für eine vorwiegend sitzende, wechselbelastende Tätigkeit, ohne Exposition zu erschwerten Witterungsverhältnissen, aus meiner Sicht mit 50% zu beziffern, doch wäre es sicherlich anzuraten, mit dem Versicherten einen Arbeitsversuch unter realen Bedingungen in Wohnortnähe durchzuführen, dies auch unter Berücksichtigung der Tatsache, dass das Unfallereignis bereits mehr als 12 Jahre zurückliegt, und der Versicherte bislang nie Arbeitsbedingungen unterworfen wurde.”). Il perito amministrativo ha infine precisato che si è in presenza di un decorso stazionario a partire dal mese di ottobre 2006 circa e che la prognosi per i dolori fantasma è negativa, dato che si deve contare su una crescente centralizzazione, cosa che

rende inverosimile che una terapia possa essere finalmente coronata da successo (doc. 197, p. 33 s.). Con referto datato 6 giugno 2017, gli specialisti della Clinica \_\_\_\_\_ hanno formulato la diagnosi di dolori fantasma interessanti la coscia sinistra in stato dopo amputazione a livello sopra-genicolare il 29 aprile 2005 e dopo frattura femorale pluriframmentaria aperta a sinistra e lesione dell'arteria poplitea sinistra il 18 aprile 2005 (doc. 197, p. 64). Secondo i dottori \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_, le indicazioni anamnestiche fornite loro dall'assicurato circa i disturbi, gli impedimenti e le limitazioni nella quotidianità e nel lavoro risultano oggettive, adeguate, plausibili e, alla luce di quanto refertato, condivisibili (doc. 197, p. 29). A loro avviso, in ragione dei rilevanti dolori fantasma che non possono essere completamente compensati nemmeno mediante una terapia analgesica con medicamenti oppiacei e dei conseguenti disturbi del sonno, va ammessa una capacità lavorativa limitata anche in attività sostitutive adeguate. L'entità della limitazione è quantificabile in un 50% (doc. 197, p. 30 e p. 32). Anche i medici della \_\_\_\_\_ hanno evidenziato il fatto che la valutazione dell'esigibilità lavorativa espressa dal dott. \_\_\_\_\_ in occasione della visita \_\_\_\_\_ del 27 febbraio 2007, ha avuto luogo in assenza dell'assicurato. Ciò a un momento in cui erano già presenti i dolori fantasma e in cui l'insorgente si trovava per questa ragione in cura all'estero. Nel caso di specie, non si è confrontati ad un peggioramento del quadro clinico ma piuttosto alla persistenza di uno stato già presente al momento della valutazione dell'esigibilità lavorativa (doc. 197, p. 30). Sentito il parere del SMR (cfr. doc. 197, p. 70 s.), con decisione del 20 settembre 2017, l'UAIE ha assegnato a RI 1 una rendita intera a contare dal 1° aprile 2006 fondata su un grado d'invalidità del 100% sino al 28 febbraio 2013 e del 70% a far tempo dal 1° marzo 2013 (cfr. doc. 199). Nel corso del mese di ottobre 2017, l'amministrazione ha interpellato il dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia, al quale è stato chiesto di pronunciarsi a proposito dei rapporti dei dottori \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_, come pure della perizia amministrativa acquisita nel frattempo agli atti. Con apprezzamento del 25 settembre 2017, il medico \_\_\_\_\_ appena citato ha in particolare espresso le seguenti considerazioni: " (...) Innanzitutto devo dire che secondo il mio parere non si tratta di evidente errata valutazione ma di una presa di posizione da parte del dott. med. \_\_\_\_\_ sicuramente da lui ben ponderata ma che non mi trova del tutto consenziente. Anche per quanto riguarda la visita della dott.ssa med. \_\_\_\_\_ che sostiene apertamente di non aver potuto valutare i dolori fantasma in quanto non era in possesso dell'adeguata documentazione. Personalmente ritengo che la esigenza espressa dal dott. med. \_\_\_\_\_ e confermata dalla dott.ssa med. \_\_\_\_\_ sia molto restrittiva. Il fatto ad esempio che l'assicurato possa spostare pesi fino a 25 kg tutto il giorno senza eventuali ulteriori pause con una protesi di una gamba, lo ritengo decisamente eccessivo. Mi permetto qui di seguito esprimere una nuova esigenza che tenga conto della valutazione clinica e oggettivabile espressa nella perizia di \_\_\_\_\_ e che tenga conto anche di questi dolori fantasma. Esigibilità del lavoro (...). Per attività riguardanti le limitazioni sopraccitate l'assicurato è abile al 100% senza pause supplementari. (...)." (doc. 201, p. 2) Con la decisione su opposizione impugnata, l'istituto assicuratore resistente nega che la decisione oggetto della domanda di riconsiderazione possa essere qualificata come manifestamente errata rilevando che, per quanto riguarda la valutazione della capacità/esigibilità lavorativa espressa dalla dott.ssa \_\_\_\_\_, quest'ultima ha personalmente visitato l'assicurato e debitamente tenuto conto dei dolori, così come le sono stati riferiti dal ricorrente stesso (cfr. doc. 228, p. 7: "..., sodass ihre Rentenverfügung vom 25.6.2013 letztlich gar nicht auf der Zumutbarkeitsbeurteilung von Dr. \_\_\_\_\_, sondern

auf derjenigen der Kreisärztin Dr. \_\_\_\_\_ beruht. Diese hatte den Versicherten am 4.3.2013 persönlich eingehend untersucht und einen ausführlichen klinischen Befund erhoben. Dabei stellte sie selbstverständlich auch auf die Schmerzangaben des Versicherten ab, welcher die von ihm verspürten Schmerzen denn auch auf der entsprechenden Schmerzskala (Visuelle Analogskala/VAS) selbst einschätzen durfte (vgl. Untersuchungsbericht vom 7.3.2013, S. 2). Der Einwand, dass die Schmerzen des Versicherten bei der kreisärztlichen Zumutbarkeitsbeurteilung nicht ausreichend berücksichtigt worden seien, geht daher eindeutig fehl.“ – il corsivo è del redattore). Questa Corte non può seguire l'amministrazione laddove fa valere che, in occasione della visita di controllo del 4 marzo 2013, le cui risultanze sono servite da base per l'assegnazione della rendita del 45%, la dott.ssa \_\_\_\_\_ avrebbe tenuto conto, oltre che degli aspetti ortopedici legati all'amputazione sopra-genicolare dell'arto inferiore sinistro, anche della problematica dei dolori fantasma, in quanto tale affermazione contrasta con quanto il medico \_\_\_\_\_ stesso ha indicato nel suo rapporto. In effetti, in quella sede, il fiduciario ha indicato che la visita di controllo serviva per valutare l'esigibilità lavorativa “strettamente basata sui fatti ortopedici”, rispettivamente, non avendo a sua disposizione la documentazione dell'Ambulatorio del dolore dell'Ospedale di \_\_\_\_\_, di non essere in grado di valutare “... le parestesie/iperalgie al moncone descritti dall'assicurato”, peraltro non refertate dai sanitari del Centro di riabilitazione di \_\_\_\_\_ (dove il ricorrente era stato degente nel mese di dicembre 2012) (cfr. doc. 129). Ciò risulta pure dall'apprezzamento 25 settembre 2107 del dott. \_\_\_\_\_, in cui si segnala che la dott.ssa \_\_\_\_\_ aveva sostenuto “... di non aver potuto valutare i dolori fantasma in quanto non era in possesso dell'adeguata documentazione.”. Del resto, lo stesso dott. \_\_\_\_\_ ha proceduto a una nuova valutazione dell'esigibilità lavorativa “... che tenga conto anche di questi dolori fantasma.” (doc. 201, p. 2). Da notare che, così come è stato giustamente rilevato dall'assicuratore, la presenza di dolori fantasma all'arto inferiore sinistro era stata puntualmente segnalata dall'insorgente (cfr. doc. 129, p. 2) e emergeva d'altronde già dalla pregressa documentazione (cfr., ad esempio, il doc. 62: “Der Vers. steht auf Grund starke Phantomschmerzen nach wie vor in ambulanter Behandlung an der Abtlg. für Schmerztherapie in LKH \_\_\_\_\_.”). Tutto ben considerato, secondo questo Tribunale, fondando la propria decisione di rendita sulle risultanze della visita di controllo effettuata dalla dott.ssa \_\_\_\_\_, la quale aveva proceduto a una valutazione soltanto parziale dello stato di salute infortunistico dell'assicurato (nel senso che, per sua stessa ammissione, ella aveva ommesso di considerare la problematica dei dolori fantasma), l'CO 1 ha palesemente violato il principio inquisitorio previsto dall'art. 43 cpv. 1 LPGA. Nel caso concreto, l'accertamento del grado d'invalidità dell'assicurato è dunque avvenuto in maniera contraria alla legge e, di conseguenza, la corrispondente decisione, quella datata 25 giugno 2013, cresciuta nel frattempo in giudicato, va dichiarata manifestamente errata ai sensi del cpv. 2 dell'art. 53 LPGA (cfr. supra, consid. 2.3.). Posto che la rendita d'invalidità costituisce una prestazione periodica durevole, anche l'altra condizione prevista dall'art. 53 cpv. 2 LPGA – quella della notevole importanza della rettifica – è adempiuta (cfr. DTF 119 V 475 consid. 1c). Conformemente alla giurisprudenza federale, il giudice non può accontentarsi di constatare che l'originaria decisione di rendita è manifestamente errata; è per contro tenuto a stabilire il grado d'invalidità in base a una fattispecie accertata in maniera corretta e completa (cfr., in questo senso, la STF 8C\_27/2011 del 14 marzo 2011 consid. 5.1, la quale rinvia segnatamente alla STF 8C\_339/2008 dell'11 novembre 2008 consid. 3.4). 2.5. Secondo l'art. 18 cpv. 1 LAINF, l'assicurato invalido (art. 8 LPGA)

almeno al 10 per cento a seguito d'infortunio ha diritto alla rendita di invalidità. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. Da parte sua, l'art. 16 LPGA prevede che, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato invalido potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido. Nella RAMI 2004 U 529 p. 572 ss. , l'Alta Corte ha rilevato che anche l'art. 16 LPGA non ha modificato le modalità per la fissazione del grado di invalidità dell'assicurato previsto dai previgenti art. 28 cpv. 2 LAI e art. 18 cpv. 2 seconda frase LAINF. Nella stessa pronunzia la nostra Corte federale ha quindi concluso che anche in ambito LAINF la giurisprudenza relativa ai concetti di incapacità lavorativa, incapacità al guadagno e invalidità continua a mantenere la sua validità anche in seguito all'introduzione della LPGA. Due sono, dunque, di norma gli elementi costitutivi dell'invalidità: 1. il danno alla salute fisica o psichica (fattore medico); 2. la diminuzione della capacità di guadagno (fattore economico). Tra il danno alla salute e l'incapacità di guadagno deve inoltre intercorrere un nesso causale (fattore causale). Nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni deve esserci per giunta un nesso causale, naturale ed adeguato, tra il danno alla salute e l'infortunio. L'invalidità, concetto essenzialmente economico, si misura in base alla riduzione della capacità di guadagno e non secondo il grado di menomazione dello stato di salute. D'altro canto, poiché l'incapacità di guadagno importa unicamente nella misura in cui dipende da un danno alla salute, la determinazione dell'invalidità presuppone preliminarmente adeguati accertamenti medici che rilevino il danno in questione. Spetta al medico fornire una precisa descrizione dello stato di salute dell'assicurato e di tracciare un esatto quadro degli impedimenti che egli incontra nell'esplicare determinate funzioni. Il medico indicherà per prima cosa se l'assicurato può ancora svolgere la sua professione, precisando quali sono le controindicazioni in quell'attività e in altre analoghe. Egli valuterà finalmente il grado dell'incapacità lavorativa che gli impedimenti provocano sia nella professione attuale sia nelle altre relativamente confacenti (cfr., su questi aspetti, la STFA del 20 aprile 2004 nella causa K., I 871/02 e la STFA del 18 marzo 2002 nella causa M., I 162/01). L'invalidità, proprio perché concetto essenzialmente economico, si misura raffrontando il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora o potrebbe realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili, in un mercato del lavoro equilibrato, dopo l'adozione di eventuali provvedimenti integrativi (cfr. art. 16 LPGA). Il grado di invalidità corrisponde alla differenza, espressa in percentuale, tra il reddito ipotetico conseguibile senza invalidità e quello, non meno ipotetico, conseguibile da invalido. La giurisprudenza federale ha, più volte, confermato il principio che, nella determinazione dell'invalidità, non c'è la possibilità di fondarsi su una valutazione medico-teorica del danno alla salute dovuto all'infortunio e che occorre, sempre, basarsi sulle conseguenze economiche di tale danno. Ciò nondimeno, se il danno alla salute non è tale da imporre un cambiamento di professione, il giudizio sull'incapacità lavorativa non esprimerà valori superiori all'incapacità lavorativa indicata dal medico. Questo perché si suppone che esplicando tutto l'impegno professionale che la restante capacità lavorativa medico-teorica ancora permette di sviluppare, l'assicurato esprima una capacità di guadagno della medesima proporzione (cfr. RAMI 1993 U 168, p. 100; DTF 114 V 313 consid. 3b). 2.6. Nel caso di specie, trattandosi della questione dell'esigibilità lavorativa,

il TCA ritiene di poter validamente fondare il proprio giudizio sulle risultanze della perizia bi-disciplinare esperita dalla Schmerzlinik \_\_\_\_\_ e dalla Clinica universitaria \_\_\_\_\_ per conto dell'UAIE. I loro referti, che giungono a conclusioni univoche, rispettano in effetti tutte le condizioni poste dalla giurisprudenza federale affinché a un rapporto medico possa essere attribuito pieno valore probatorio (cfr. DTF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; H.-J. Mosimann, Zum Stellenwert ärztlicher Beurteilungen, in: Aktuelles im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 2001, p. 266). Occorre pertanto ritenere accertato che, a causa degli aspetti ortopedici legati all'amputazione sopra-genicolare della gamba sinistra e della presenza d'importanti dolori fantasma interessanti il medesimo arto, l'assicurato non è più in grado di svolgere la sua precedente professione ma potrebbe esercitare un'attività sostitutiva adeguata nella misura del 50% (cfr. supra, consid. 2.4.). Questa Corte non ignora che, secondo il medico \_\_\_\_\_ dott. \_\_\_\_\_, anche prendendo in considerazione la problematica dei dolori fantasma, il ricorrente presenterebbe una piena capacità lavorativa in attività alternative adeguate (cfr. doc. 201), essa non ritiene tuttavia che questo suo parere sia atto a sminuire il valore probatorio riconosciuto alla perizia amministrativa Schmerzlinik \_\_\_\_\_. In effetti, nel suo apprezzamento del 25 settembre 2017, peraltro elaborato sulla base dei soli atti, il fiduciario dell'CO 1, dopo aver affermato di non poter condividere i limiti funzionali precedentemente descritti dai dottori \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_, considerati troppo ottimistici, ha appunto riconosciuto l'assicurato totalmente abile in attività adeguate, senza però minimamente confrontarsi con le conclusioni a cui erano giunti gli specialisti \_\_\_\_\_. 2.7. Per quanto concerne gli aspetti economici legati alla determinazione del grado dell'invalidità, occorre innanzitutto rilevare che, in una sentenza 8C\_691/2014 del 16 ottobre 2015 consid. 7.2, riguardante la riconsiderazione di una decisione LAINF in materia di assegno per grandi invalidi (AGI) (ma applicabile anche in materia di rendita d'invalidità, posto che l'art. 88bis cpv. 1 lett. c OAI, la cui applicabilità per analogia all'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni è stata ammessa, tratta dell'aumento di rendite e AGI), il Tribunale federale ha stabilito che, siccome l'assicuratore infortuni non è obbligato a riconsiderare una decisione manifestamente errata ma ne ha semplicemente la facoltà, non vi è parimenti l'obbligo di procedere alla riconsiderazione con effetto ex tunc (DTF 129 V 433 consid. 5.2; 110 V 291 consid. 3c). Pertanto, occorre applicare per analogia l'art. 88bis cpv. 1 lett. c OAI, secondo il quale se viene constatato che la decisione dell'ufficio AI, sfavorevole all'assicurato, era manifestamente errata, l'aumento della rendita d'invalidità avviene al più presto a partire dal momento in cui il vizio è stato scoperto. L'Alta Corte ha precisato che in caso di decisione manifestamente errata, il vizio si reputa scoperto al momento in cui l'esistenza di un errore probante appariva verosimile, cosicché l'amministrazione avrebbe avuto sufficienti motivi per procedere d'ufficio a delle misure istruttorie, così come allorquando l'assicurato ha presentato una domanda di revisione che avrebbe dovuto obbligare l'amministrazione ad agire e a disporre altre misure d'istruzione (DTF 129 V 433 consid. 6.4). In quella fattispecie, il TF ha ritenuto che, prima che l'assicurato presentasse la sua domanda tendente alla riconsiderazione della decisione mediante la quale gli era stato assegnato un AGI di grado lieve, l'esistenza di un errore probante non appariva verosimile al punto d'obbligare l'amministrazione a procedere d'ufficio a delle misure istruttorie. Il carattere manifestamente errato della decisione è pertanto stato reputato scoperto al momento della domanda di riesame. Nella concreta evenienza, secondo questo Tribunale, l'esistenza di un errore probante riguardante la decisione di rendita del 25 giugno 2013 è apparso verosimile al momento in cui l'istituto

assicuratore è venuto a conoscenza del contenuto della perizia amministrativa Schmerzlinik \_\_\_\_\_ e, quindi, del fatto che, prendendo in considerazione (anche) la problematica dei dolori fantasma (ciò che non era stato il caso nella valutazione dell'esigibilità lavorativa della dott.ssa \_\_\_\_\_, alla base della decisione di rendita), la capacità lavorativa dell'assicurato in attività alternative adeguate era limitata al 50%. Dalle tavole processuali si evince che il preavviso di decisione dell'UAIE (con l'allegata perizia bi-disciplinare) è pervenuto all'CO 1 nel corso del mese di agosto 2017 (cfr. doc. 197, p. 1), ragione per la quale il potenziale diritto a una rendita d'invalidità più elevata è nato a quel momento. Alla luce di quanto precede, sono quindi determinanti i dati salariali del 2017 . Trattandosi del reddito senza invalidità (da valido), dagli atti di causa risulta che l'amministrazione lo aveva fissato in fr. 98'452.90 con riferimento all'anno 2012 , aggiornando i dati del guadagno annuale (1° aprile 2004-31 marzo 2005) e rivalutandoli con il salario base 2012, tutto ciò in mancanza di dati più precisi (cfr. doc. 137, p. 1). Il TCA non dispone quindi degli elementi necessari per determinare, in maniera affidabile, quanto l'insorgente avrebbe presumibilmente guadagnato nel 2017, nell'ipotesi in cui non fosse rimasto vittima dell'evento traumatico dell'aprile 2005. Gli atti vanno pertanto rinviati all'assicuratore resistente, affinché determini il reddito da valido e da invalido e poi decida in merito all'entità della rendita d'invalidità spettante a RI 1 a seguito della riconsiderazione ex art. 53 cpv. 2 LPGA della decisione formale del 25 giugno 2013. Per questi motivi, dichiara e pronuncia 1. Il ricorso è accolto ai sensi dei considerandi e la decisione su opposizione impugnata è annullata. § Gli atti vengono rinviati all'CO 1 per complemento istruttorio e nuova decisione. 2. Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato. L'CO 1 verserà all'assicurato, patrocinato da un avvocato, l'importo di fr. 2'000 (IVA compresa) a titolo d'indennità per ripetibili. 3. Comunicazione agli interessati i quali possono impugnare il presente giudizio con ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna , entro 30 giorni dalla comunicazione. L'atto di ricorso, in 3 esemplari, deve indicare quale decisione è chiesta invece di quella impugnata, contenere una breve motivazione, e recare la firma del ricorrente o del suo rappresentante. Al ricorso dovrà essere allegata la decisione impugnata e la busta in cui il ricorrente l'ha ricevuta. Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni Il presidente  
Cattaneo

Il segretario Daniele  
Gianluca Menghetti

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