

## **TI\_GERICHTE 32.2007.286 vom 12. Juli 2007**

TI Tribunale d'appello, 2007-07-12, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2007.286](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2007.286)

FR: TI\_GERICHTE 32.2007.286 du 12 juillet 2007

IT: TI\_GERICHTE 32.2007.286 del 12 luglio 2007

### **Regeste**

L'attribuzione all'assicurato di un quarto di rendita d'invalidità dal 1° gennaio 2005 non può essere confermata. L'accertamento dei fatti risulta lacunoso non essendo possibile stabilire se l'assicurato sfrutta in maniera completa e ragionevole la propria capacità lavorativa residua. Rinvio atti

### **Erwägungen**

#### **E. 27**

agosto 2004). Tale modo di operare è segnatamente stato avallato nei casi in cui sono disponibili dati fiscali attendibili (cfr. sentenza citata). Inoltre alla luce del principio generale applicabile anche nel diritto delle assicurazioni sociali, per il quale all'assicurato incombe l'obbligo di ridurre il danno (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e riferimenti ivi citati; Riemer-Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pag. 57, 551 e 572) e, quindi, anche l'obbligo di intraprendere tutto quanto è ragionevolmente esigibile per ovviare nel miglior modo possibile alle conseguenze della sua "invalidità", segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa, se necessario, in una nuova professione (DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 296 segg). In talune circostanze si può dunque richiedere ad un assicurato indipendente di intraprendere un'attività dipendente. Questo avviene allorché egli può mettere a miglior frutto la sua residua capacità lavorativa e quando tale cambiamento di professione - tenuto conto dell'età, della durata dell'attività svolta, della formazione, della tipologia dell'attività sin qui esercitata e della situazione professionale - sia ragionevolmente esigibile. Se ciò si avvera, l'esigibilità di un cambiamento di professione va ammessa e il libero professionista può essere trattato, ai fini della valutazione del suo reddito da invalido, come se avesse rinunciato alla propria attività indipendente (cfr. STFA inedite 27 agosto 2004 in re I, I 543/03, consid. 4.3 e del 22 ottobre 2001 in re W., I 224/01, consid. 3b/bb). In tal caso per stabilire l'invalidità vengono computate quelle entrate che egli potrebbe percepire tramite un'attività lavorativa dipendente adeguata al danno alla salute. Ad esempio l'Alta Corte aveva ritenuto esigibile un cambiamento di professione da agricoltore indipendente in un'attività dipendente adeguata (ZAK 1983 pag. 256; STFA I 38/06 del 7 giugno 2006, consid. 3.2 con riferimenti di giurisprudenza). Vedi anche STFA I 761/04 del 14 giugno 2005, dove il TFA ha confermato l'esigibilità di un cambiamento professionale da custode indipendente di diversi immobili. In STFA I 782/03 del 24 maggio 2006, pubblicata in RtiD II-2006, pag. 214, il reddito ipotetico senza il danno alla salute conseguibile da un'assicurata di professione parrucchiera con attività lucrativa indipendente, che quando è rimasta vittima di due incidenti della circolazione aveva avviato da poco il proprio esercizio, non poteva essere determinato fondandosi sull'evoluzione che

l'azienda avrebbe avuto se non fosse subentrata l'invalidità, in quanto i dati contabili a disposizione erano pochi e inattendibili. Pertanto, esso è stato correttamente accertato sulla base di un esame comparativo dei redditi conseguiti da aziende simili nella regione. Il reddito da invalida è poi stato ottenuto facendo capo alla situazione salariale concreta dell'assicurata quale assistente di cura. Siccome i due redditi di riferimento sono stati determinati in maniera attendibile secondo il metodo ordinario, l'invalidità dell'assicurata non doveva essere stabilita secondo il metodo straordinario.

2.7. Nell'ambito della procedura inc. 32.2003.87, in data 24 gennaio 2003, il Dr. Med. \_\_\_\_\_, su incarico dell'UAI, ha proceduto alla seguente valutazione peritale: (doc. AI 23-1): " (...) 5.- GRADO DI CAPACITA' DI LAVORO IN PERCENTUALE NELL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ LUCRATIVA O DELL'ATTIVITÀ ABITUALE SVOLTA PRIMA DELL'INSORGENZA DEL DANNO ALLA SALUTE Il paziente ha subito due interventi per ernia discale, un primo risalente al 1989 in sede lombare con allora una lombosciatalgia a destra dovuta ad un conflitto discoradicolare S1, un secondo nel maggio 2000 al livello C5/6 per una sindrome radicolare iperalgica causata da un lussato erniarío libero. Al livello lombare l'evoluzione postoperatoria era caratterizzata inizialmente da dolori lombosacrali persistenti che hanno dato luogo a nuovi accertamenti neuroradiologici con una prima MRI dopo un anno dall'intervento, esame che mise in evidenza referti postoperatori regolari; una seconda MRI del 1994 ha mostrato invece un tessuto focale in sede epidurale di L5/S1 a destra senza arricchimento nell'esame con mezzo di contrasto, di natura incerta (tessuto cicatriziale? recidiva di ernia?); la sofferenza lombosacrale venne comunque ritenuta più di origine osteoarticolare in presenza di un conflitto meccanico delle articolazioni vertebrali posteriori L5/S1 (Professor \_\_\_\_\_, OCL, valutazione del 04.02.1994). Vennero consigliate ulteriori misure conservative sotto forma di sedute di fisioterapia. Al livello cervicale l'evoluzione postoperatoria era più favorevole al punto che il chirurgo riferì di un decorso "eccellente" senza sintomatologia radicolare residuale e senza limite funzionale rilevante della colonna cervicale (Professor \_\_\_\_\_, sua valutazione del 23.06.2000). Il paziente riferisce di disturbi residuali che sarebbero all'origine di una capacità lavorativa limitata quale assicuratore indipendente. L'impedimento maggiore sarebbe una stanchezza della schiena alla quale si associa una sensazione di tensione muscolare lungo tutto il rachide che gli rende difficile la presenza normale in ufficio, rispettivamente le trasferte dalla clientela. Gli sarebbe in particolare impossibile assumere posizioni statiche per oltre mezzora circa con difficoltà nell'assistere a delle riunioni o simile. Avverte dolori al passaggio cervicotoracale irradianti nel cinto scapolare, specialmente nella seconda parte della giornata, abbinati ad una sensazione di bloccaggio senza insorgenza di limiti funzionali veri e propri (torcicollo o simile). In sede lombare vi sono difficoltà nell'alzarsi dal letto di mattina quando si sente rigido; verso sera appare una sensazione di debolezza nelle gambe come se volessero cedere. Non vi sono dolori negli arti. (...) Alla luce delle constatazioni cliniche attuali ed in base alla presente documentazione radiologica posso confermare che il signor RI 1 presenta un limite della caricabilità fisica e più precisamente del rachide. Gli impedimenti non riguardano le funzioni vertebrali che risultano sostanzialmente normali per l'età ma concernono piuttosto una capacità ridotta nello assumere posizioni corporee statiche che devono essere interrotte regolarmente: in piedi o seduto in posizioni ergonomiche corrette dopo un massimo di un'ora, seduto in poltrone ecc. dopo mezzora circa, lavorando davanti ad uno schermo dopo mezzora circa, viaggiando in macchina dopo mezzora circa. Le pause necessarie sono comunque di breve durata (5-10 minuti). Non vi sono impedimenti negli spostamenti (su terreni piani o sconnessi, sulle

scale) o nell'uso delle braccia (ad eccezione di lavori manuali sopra la testa che richiedono una estensione massimale della colonna cervicale, posizione da evitare). Il paziente dovrebbe infine evitare l'alzare pesi dal suolo superiori a 10 kg circa, rispettivamente l'assumere posizioni di flessione/rotazione con il tronco (lavori manuali al di sotto dell'altezza di un tavolo, ecc.). L'influsso degli impedimenti sulla capacità lavorativa appare relativamente modesto, essendo l'attività lavorativa del paziente fisicamente poco impegnativa. Le mansioni sono variabili e possono almeno in parte essere organizzate autonomamente. Tenuto conto della descrizione del paziente di come svolge la sua attività di assicuratore credo di poter affermare che l'incapacità lavorativa data dai danni all'apparato locomotorio raggiunge al massimo il 20%. Lo stato attuale riflette la situazione a partire da circa tre mesi dall'ultimo intervento del maggio 2000 ed è da ritenere definitivo.

6.- POSSIBILITÀ DI MIGLIORARE LA CAPACITÀ DI LAVORO Dato che l'impedimento maggiore del paziente riguarda una resistenza muscolare limitata del rachide egli necessita del proseguimento delle misure riabilitative (ginnastica) che consiglio di abbinare ad un programma di fitness in palestra, ciò che servirà almeno a mantenere le condizioni attuali se non a migliorare ulteriormente le capacità fisiche e con questo anche la capacità di lavoro. Non vi sono invece implicazioni chirurgiche del caso. L'attività lavorativa svolta è da ritenere idonea alle condizioni fisiche del paziente. Non si impongono misure reintegrative. Il signor RI 1 non necessita di mezzi ausiliari." (Doc. AI 29) Il 19 febbraio 2003 il medico del SMR, Dr. \_\_\_\_\_, ha rilevato (doc. AI 27-1): "(...) Diagnosi: - Stato dopo operazione per ernia discale C5/6 a destra per sindrome radicolare irritativa-iperalgica con discectomia e rimozione di un lussato discale libero e decompressione ossea il 5.5.2000; anamnesticamente cervicgia residuale in presenza di una fusione secondaria completa del segmento C5/6 ed alterazione degenerativa C4/5 - Sindrome lombovertebrale cronica e recidivante, attualmente di lieve entità in stato dopo erniectomia e discectomia microchirurgica L5/S1 a destra il 28.12.1989 con osteocondrosi e corrispondente spondilartrosi L5/S1, rispettivamente condrosi L2-L4 Professione: assicuratore IL: 100% dal 6.4.2000 Perizia Dr. \_\_\_\_\_ 22.1.2003: IL al massimo 20% nell'attività abituale dopo 3 mesi dall'intervento del 5.5.2000, attività idonea, quindi non indicati provvedimenti professionali. In conclusione: IL 100% dal 6.4.2000 al 5.8.2000 per peggioramento capacità lavorativa dovuta alle ernie discali, in seguito come da perizia Dr. \_\_\_\_\_ IL 20% massimale, inabilità presente già negli anni precedenti in seguito alla patologia lombare che è rimasta invariata negli ultimi anni. Procedere: rifiuto rendita e rifiuto provvedimenti professionali essendo attività adeguata e capacità lavorativa non migliorabile con provvedimenti professionali o sanitari." Nella decisione su opposizione dell'UAI del 21 ottobre 2003 l'amministrazione ha ripreso le conclusioni del perito Dr. Med. \_\_\_\_\_ che ha certificato un'incapacità al lavoro e dunque al guadagno dell'assicurato nella misura del 100% dal 6 aprile 2000 al 5 agosto 2000 e di seguito un'inabilità lavorativa massimale pari al 20% (doc. AI 37-1). Il TCA nella sua sentenza del 26 maggio 2004, cresciuta in \_\_\_\_\_ giudicato, ha poi rilevato (doc. AI 47-1): "(...) Orbene, questo TCA non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni cui è pervenuto nella propria perizia il Dr. \_\_\_\_\_, specialista delle affezioni invalidanti di cui il ricorrente è portatore, dopo aver preso in considerazione tutte le patologie di cui quest'ultimo è affetto (esito da operazione per ernia discale C5/6 a destra; cervicgie residuali e sindrome lombovertebrale cronica e recidivante). Infatti, il perito ha compiutamente valutato il danno alla salute lamentato dall'assicurato sulla base di accertamenti approfonditi e completi, giungendo a conclusioni logiche e motivate in merito

alla capacità di lavoro. Lo specialista ha valutato il ricorrente inabile al massimo al 20% nella sua professione di titolare di un'agenzia di assicurazioni (ritenendo relativamente modesto l'influsso degli impedimenti sulla sua attività lavorativa, fisicamente poco impegnativa), escludendo l'esecuzione di provvedimenti integrativi volti ad aumentare la capacità lavorativa, considerato che l'attività lucrativa svolta è idonea alle condizioni fisiche del paziente (cfr. doc. AI 29). Questa valutazione specialistica - alla quale, secondo la giurisprudenza citata in precedenza (cfr. consid. 2.6.), deve essere attribuita forza probatoria piena - non è contraddetta da quanto certificato dal Dr. \_\_\_\_\_, medico curante dell'assicurato - che secondo la giurisprudenza, come ricordato in precedenza (cfr. consid. 2.6.), non va dimenticato, in dubbio, attesta a favore del suo paziente. Il curante ha infatti indicato che in seguito all'intervento chirurgico del maggio 2000 la sintomatologia acuta dell'assicurato è regredita, ma i dolori cronici a livello cervicale che hanno continuato a persistere hanno comportato un'incapacità lavorativa del 50% - omettendo tuttavia di specificare le ragioni di tale percentuale - e potrebbero portare ad un ipotetico e progressivo futuro peggioramento della situazione radiologica dell'assicurato (cfr. doc. L); lo stesso medico, in uno scritto successivo, ha poi indicato che, in considerazione del lavoro svolto, l'incapacità lavorativa dell'assicurato, in un'attività confacente ed ergonomicamente favorevole, si aggira fra il 40% e il 50%, mentre in un'attività ergonomicamente sfavorevole e pesante sia senz'altro almeno del 50% (cfr. doc. M). Da notare, al riguardo, che il medico curante è giunto ad una percentuale d'inabilità lavorativa superiore a quella del 20% valutata dal perito, partendo dagli stessi presupposti, ovvero che gli impedimenti dell'assicurato non sono legati a problemi neurologici, ma concernono piuttosto una capacità ridotta nell'assumere posizioni corporee statiche che devono essere interrotte regolarmente con pause di breve durata (in piedi o seduto in posizioni ergonomiche corrette dopo un massimo di un'ora, secondo il perito, dopo due o tre ore secondo il curante; seduto in poltrone ecc. dopo mezzora circa, secondo il perito, dopo qualche ora secondo il curante; viaggiando in macchina dopo mezzora circa, secondo il perito, dopo mezzora o un'ora secondo il curante). Occorre poi notare per inciso che il Prof. \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ all'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, indicato dal Dr. \_\_\_\_\_ nello scritto del 21 novembre 2003 (cfr. doc. M) quale esperto cui sarebbe stato opportuno richiedere una valutazione del decorso postoperatorio dell'assicurato, dato che gli interventi chirurgici sono stati effettuati presso il citato ospedale, nel rapporto datato 23 settembre 2002 aveva osservato di ritenere del tutto sorprendente che sia stata inoltrata una richiesta di prestazioni AI da parte dell'assicurato - procedura che dal punto di vista neurochirurgico non è giustificata - considerata l'evoluzione immediatamente favorevole del paziente e il decorso eccellente (cfr. doc. AI 24; cfr. consid. 2.5.). Inoltre, questo Tribunale ritiene che la valutazione medica agli atti contiene elementi chiari e sufficienti per valutare l'incapacità al guadagno dell'assicurato, senza che si renda quindi necessario l'esperimento di ulteriori accertamenti concreti volti a stabilire la riduzione di rendimento nell'attività svolta dall'interessato (cfr. consid. 2.4).” Dalla perizia pluridisciplinare del SAM del 27 luglio 2005 (doc. AI \_\_\_\_\_ 76-1), avallata dal medico del SMR, Dr. \_\_\_\_\_ il 13 settembre 2005 (doc. AI 77-1), emerge la seguente valutazione medico-teorica globale dell'attuale capacità lavorativa di RI 1: “(...) L'A. presenta una capacità lavorativa del 60% come assicuratore ed in attività simili. 8. Conseguenze sulla capacità lavorativa L'A. presenta, in primo piano, un problema a livello ortopedico, con influsso sulla capacità lavorativa, attualmente il problema psichiatrico ha un influsso minore. Ricordiamo che il TCA, il 26.05.2004, ha respinto il ricorso presentato dai legali dell'A. e si

fa riferimento alla decisione impugnata il 21.10.2003. Valutiamo l'A. abile al lavoro nella misura del 60% (riduzione delle ore di lavoro, ma con rendimento pieno) dal maggio 2005 (soggiorno presso il SAM) e continua. Dal 25.10.2004 (rapporto del dr. \_\_\_\_\_ all'UAI) sino all'entrata al SAM si può ipotizzare una capacità lavorativa al 50% (mezza giornata, ma con rendimento pieno). Questa incapacità lavorativa è dovuta al problema psichiatrico. Essendo poi migliorata la patologia psichiatrica, entra ora in liena di conto la capacità lavorativa al 60% (cioè l'incapacità al 40%) dovuta al problema ortopedico". 2.8. Perché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutti i mali di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate ( STFA 26 agosto 2004 nella causa G.S., I 355/03, consid. 5; STFA 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01; DTF 125 V 352, 122 V 160; Meyer■Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, p. 31; DTF 125 V 352 ; Pratique VSI 2001 p. 108, 1997 p. 123; STFA 18 marzo 2002 nella causa M., I 162/01). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa il TFA ha già avuto modo di evidenziare che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena, se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176, 122 V 161, 104 V 212; STFA 14 aprile 1998 nella causa O.B.; STFA 28 novembre 1996 nella causa G.F.; STFA del 24 dicembre 1993 nella causa S.H.; SVR 1998 IV Nr. 1 p. 2; SZS 1988 p. 329 e 332; ZAK 1986 p. 189). In un'altra sentenza inedita il TFA ha inoltre considerato rilevante una perizia giudiziaria fatta esperire dal TCA al SAM. Secondo l'Alta Corte questo servizio non può essere considerato parte in causa, nel senso che sussiste un vincolo per cui l'istituto sarebbe obbligato a tenere in particolare considerazione gli interessi specifici dell'assicurazione invalidità (STFA non pubbl. 22 maggio 1995 in re A. C; cfr. anche DTF 123 V 178; Pratique VSI 2001 p. 110). Nell'ambito del libero apprezzamento delle prove è in linea di principio consentito all'amministrazione e al giudice fondare la propria decisione su basi di giudizio interne all'istituto assicuratore. Per quanto riguarda l'imparzialità e l'attendibilità di simili prove, devono tuttavia essere poste delle esigenze severe (DTF 122 V 157). In DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV 10, pp. 33ss.), 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 (DTF 125 V 352). 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 (DTF 125 V 354) . Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; ZAK 1986 p. 188; RAMI 1993 p. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 p. 109; STFA 26 agosto 2004 nella causa G.C., I 355/03). Il TFA, in

una sentenza I 938/05 del 24 agosto 2006 si è espresso sul valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante e il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " (...) 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel. (...)" (consid. 3.2) Infine, va rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile deve adempiere diverse condizioni (Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT 2003-II pag. 628- 629, in particolare la nota 158, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294). In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorbo, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA inedita 27 settembre 2001 nella causa A., inc. 32.1999.124).

2.9. Nel caso in esame, a seguito della perizia del SAM del 27 luglio 2005, l'UAI ha ritenuto l'assicurato inabile al lavoro al 50% dal mese di maggio 2003 al mese di aprile 2005. Per contro dal mese di maggio 2005 RI 1 è considerato abile nella misura del 60% sia nella precedente attività lavorativa di assicuratore, sia in altre attività ritenute esigibili. Il ricorrente non ha contestato l'accertamento medico esperito dal SAM, bensì il grado di invalidità riconosciuto dall'UAI (cfr. doc. I e IV). L'UAI nella decisione impugnata per la determinazione dell'incapacità al guadagno ha utilizzato il metodo ordinario mettendo a

confronto il reddito che l'assicurato avrebbe conseguito senza il danno alla salute quale titolare di un'agenzia di assicurazioni (reddito da valido) con quanto percepito a seguito dell'invalidità (reddito da invalido). L'amministrazione ha così calcolato i redditi conseguiti dall'insorgente negli ultimi 5 bienni prima dell'insorgere del danno alla salute (dal biennio 1993-1994 al biennio 2001-2002 per una media di fr. 302'087.-) e li ha confrontati con il reddito conseguito dopo l'insorgere dell'invalidità (fr. 156'119.- nel 2005) ottenendo un grado di invalidità del 48% pari ad una perdita di guadagno di fr. 145'968.- (doc. AI 124-1). L'assicurato ha contestato tale modo di procedere sottolineando che nel calcolo del reddito da valido l'UAI ha trascurato che la situazione economica dell'insorgente nel periodo interessato dal danno alla salute (biennio fiscale 2001/2002, anni 1999/2000) ha subito una riduzione del 25% e dunque un grado d'invalidità corrispondente. L'importo corretto ammonterebbe dunque a fr. 321'420.2. Per quanto attiene il reddito da invalido nell'atto ricorsuale viene inoltre contestato l'importo di fr. 156'119.- pari al 75% del reddito lordo comprese le indennità per perdita di guadagno che, a mente del ricorrente, non possono essere incluse nel calcolo. L'avv. RA 1 ha quantificato il reddito dell'assicurato nel 2005 in fr. 104'382.60 giungendo, dopo aver sottratto tale importo al reddito da valido, ad un grado di invalidità del 67% (doc. I) 2.10. Per quanto concerne il reddito da valido, questo Tribunale ritiene che le censure sollevate dal ricorrente meritano tutela. L'UAI ha infatti preso in considerazione gli ultimi cinque bienni di tassazione per il calcolo del reddito medio dell'insorgente, ovvero: fr. 231'435.- (biennio 1993-1994); fr. 259'000.- (biennio 1995-1996); fr. 340'000.- (biennio 1997-1998); fr. 390'000.- (biennio 1999-2000); fr. 290'000.- (biennio 2001-2002) per un importo medio di fr. 302'087.-. Per contro, l'amministrazione non ha considerato che l'insorgente, come certificato dal Dr. Med. \_\_\_\_\_ e avallato dal medico del SMR, nel periodo dal 6 aprile 2000 al 5 agosto 2000 ha presentato un'incapacità lavorativa del 100% e in seguito del 20% nella sua professione di titolare di un'agenzia di assicurazioni. Nell'accertamento del reddito conseguibile dall'assicurato senza l'invalidità, l'assicurato da sano nel periodo in questione avrebbe guadagnato il 25% in meno e, dunque, il reddito dell'assicurato calcolato dall'UAI nel biennio fiscale 2001/2002 (anni 1999/2000), non considera questa perdita di guadagno. Di conseguenza si giustifica il rinvio degli atti all'UAI per la corretta fissazione del reddito da valido, tenuto conto di questo e di eventuali altri elementi. 2.11. Per quanto riguarda invece il reddito da invalido, la giurisprudenza federale si fonda sui criteri fissati nella sentenza pubblicata in DTF 126 V 75 seg. In questa sentenza di principio la Corte ha stabilito che ai fini della determinazione del reddito da invalido fa stato in primo luogo la situazione professionale e salariale concreta dell'interessato. Qualora difettino indicazioni economiche effettive, possono, conformemente alla giurisprudenza, essere ritenuti i dati forniti dalle statistiche salariali. La questione di sapere se e in quale misura i salari fondati su dati statistici debbano essere ridotti dipende dall'insieme delle circostanze personali e professionali del caso concreto (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione), criteri questi che l'amministrazione è tenuta a valutare globalmente. La Corte ha precisato, al riguardo, come una deduzione massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Il Tribunale federale delle assicurazioni ha poi ancora rilevato, nella medesima sentenza, che, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione. 2.12. In concreto, il ricorrente dal

mese di novembre del 2004 lavora come dipendente, in qualità di consulente alla vendita, per la \_\_\_\_\_ a tempo parziale (50%), per quattro ore lavorative giornaliere (doc. AI 61-7; 66-2). Nella valutazione medico-teorica globale i periti del SAM hanno ritenuto un'incapacità lavorativa del 40% dovuta al problema ortopedico e dunque un'abilità lavorativa del 60%. L'amministrazione nell'allegato di risposta del 1° ottobre 2007 ha evidenziato che “ dalla documentazione agli atti non è dato modo di comprendere se, nonostante il pregiudizio fisico, l'assicurato sfrutti in maniera completa e ragionevole la sua capacità lavorativa residua così come nemmeno è dato modo di comprendere se il salario da lui percepito costituisca o meno un salario sociale ” postulando di conseguenza la retrocessione degli atti al fine di espletare i necessari accertamenti (doc. IV). Secondo la giurisprudenza appena citata, nella valutazione del reddito da invalido ci si deve basare sulla situazione professionale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale. In caso contrario questo reddito, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti di statistici ufficiali. Nella fattispecie, esaminate le risultanze mediche ed economiche relative al ricorrente, l'accertamento dei fatti risulta lacunoso non essendo possibile stabilire se l'assicurato sfrutta effettivamente in maniera completa e ragionevole la propria capacità lavorativa residua del 60%. Inoltre, il ricorrente contesta l'importo del reddito da invalido di fr. 156'119.- che, a suo dire, includerebbe erroneamente le indennità per perdita di guadagno da lui percepite nel 2005. Tuttavia, l'amministrazione, nel proprio allegato responsivo, non prende posizione in merito a tale questione. In simili circostanze, visto tutto quanto precede la decisione impugnata va annullata e gli atti rinviati all'amministrazione affinché proceda nella corretta determinazione del reddito da valido e da invalido e il conseguente grado d'invalidità. 2.13. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese per fr. 200.-- sono poste a carico dell'Ufficio AI.

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