

# **TI\_GERICHTE 32.2011.183 vom 19. Mai 2011**

TI Tribunale d'appello, 2011-05-19, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2011.183](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2011.183)

FR: TI\_GERICHTE 32.2011.183 du 19 mai 2011

IT: TI\_GERICHTE 32.2011.183 del 19 maggio 2011

## **Regeste**

Decisione con la quale UAI ha attribuito all'assicurato - ancora abile al 50% nella sua attività e in altre adeguate - una rendita AI limitata nel tempo, poi soppressa, non può essere confermata dal TCA. Dal corretto raffronto dei redditi, emerge diritto a 1/2 rendita AI

## **Erwägungen**

### **E. 2.1**

En l'espèce, il s'agit tout d'abord de savoir si l'on est en présence d'un motif de révision, ce qui suppose une modification notable du taux d'invalidité (art. 17 LPGGA). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas. Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGGA (ou de l'ancien art. 41 LAI) doit clairement ressortir du dossier (p. ex. arrêt P. du 31 janvier 2003 [I 559/02], consid. 3.2 et les arrêts cités; sur les motifs de révision en particulier: Urs Müller, *Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung*, thèse, Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Rudolf Ruedi, *Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen*, in: Schaffhauser/ Schlauri [Hrsg], *Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung*, Saint-Gall, 1999, p. 15).

### **E. 2.2**

Si l'on compare les expertises du COMAI du 9 mai 1995 et de la Clinique X. du 10 mai 2002, les principaux diagnostics posés sont pratiquement superposables (syndrome somatoforme douloureux persistant et personnalité fruste et dépendante en 1995; syndrome douloureux somatoforme persistant [F45.4] et personnalité aux traits dépendants [F60.7] en 2002). Les conclusions des expertises sont divergentes, en revanche, en ce qui concerne les répercussions des atteintes à la santé sur la capacité de travail. Les experts du COMAI avaient estimé que le syndrome somatoforme douloureux prenait place dans le contexte d'un trouble de la personnalité. On était en présence d'une atteinte à la santé mentale importante, entraînant une incapacité totale de travail, sans perspective de reclassement ni d'amélioration, vu l'importance de la régression et de la fixation somatique. Les experts de la Clinique X. concluent, pour leur part, à l'absence d'atteinte somatique ou psychique susceptible de limiter la capacité de travail. Les mêmes experts déclarent s'écarter des conclusions du COMAI, au motif que l'association d'un trouble somatoforme douloureux à une personnalité aux traits dépendants ne constitue pas, à leur avis, une atteinte à la santé mentale importante.

### **E. 2.2.2**

Das Bundesgericht hat in BGE 136 V 376 dargelegt, dass diese Kritik im Ansatz unzutreffend ist, weil sie die verfassungs- und gesetzesrechtlichen Grundlagen der schweizerischen Verwaltungsrechtspflege ausblendet. Danach handelt die IV-Stelle im Verwaltungsverfahren nicht als Partei, sondern als zur Neutralität und Objektivität verpflichtetes Organ des Gesetzesvollzugs. Solange kein Beschwerdeverfahren angehoben ist, läuft ein Einparteienverfahren mit dem Leistungsgesuchssteller als Partei und der IV-Stelle als Behörde, welche nach den Grundsätzen des Amtsbetriebes die Herrschaft über das Verfahren innehat. Nach dem Übergang zum Anfechtungsstreitverfahren wird die Verwaltung zwar im prozessualen Sinne zur Partei; sie bleibt *lite pendente* indessen weiterhin an die rechtsstaatlichen Grundsätze (Art. 5 BV) gebundenes, der Objektivität und Neutralität verpflichtetes Organ. Daher hat sie nicht auch im materiellen Sinn Parteieigenschaft. Von dieser Rechtslage geht die Judikatur über die Beweiskraft versicherungsmedizinischer Berichte und Gutachten ( BGE 125 V 351 ; 122 V 157 ) aus. Sind formell einwandfreie und materiell schlüssige (das heisst beweistaugliche und beweiskräftige) medizinische Entscheidungsgrundlagen des Versicherungsträgers (Administrativgutachten) vorhanden, so besteht daher nach der Rechtsprechung kein Anspruch auf eine gerichtliche Expertise ( BGE 135 V 465 E. 4 S. 467). Gemäss der Rechtsauffassung, wie sie in der gesetzlichen Ordnung über die Amtsermittlungspflicht des Sozialversicherungsträgers zum Ausdruck kommt, wird Beweis über sozialversicherungsrechtliche Ansprüche schwergewichtig auf der Stufe des Administrativverfahrens geführt, nicht im gerichtlichen Prozess. Hierin liegt eine Grundentscheidung des Gesetzgebers, deren Abänderung im formellen Gesetz vollzogen werden müsste (vgl. Art. 164 Abs. 1 lit. e-g BV). Die Verwaltung ist aufgrund von Art. 89 Abs. 2 lit. a BGG immer dann zur Beschwerde berechtigt, wenn der angefochtene Akt die Bundesgesetzgebung in ihrem Aufgabenbereich verletzen kann. Aus der formellen Parteieigenschaft der Durchführungsstelle im gerichtlichen Prozess bzw. der Legitimation zur Erhebung von Beschwerden in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten kann offensichtlich nicht gefolgert werden, auch die Beweiserhebungen der IV-Stelle im (vorausgehenden) nichtstreitigen Verfahren bis zum Verfügungserlass seien Handlungen einer (formellen) Partei, womit das spätere gerichtliche Abstellen hierauf gegen die Verfassung oder die EMRK verstiesse.

### **E. 2.2.3**

Die grundsätzliche Verfassungs- und Konventionsmässigkeit der Beschaffung medizinischer Entscheidungsgrundlagen durch externe Gutachtensinstitute in der schweizerischen Invalidenversicherung bestätigt ein rechtsvergleichender Ausblick. Danach kann - eine zweifellos in die Kompetenz des nationalen Gesetzgebers fallende Grundentscheidung - die medizinische Sachkompetenz entweder bei der entscheidenden Behörde selber liegen oder bei zur Entscheidung im Einzelfall beizuziehenden Sachverständigen. (...)

### **E. 2.3**

Im Hinblick auf die Ermittlung des medizinischen Sachverhalts sind die MEDAS gesetzlich (Art. 59 Abs. 3 IVG) vorgesehene Hilfsorgane der Invalidenversicherung. Als solche unterliegen sie gleich wie die IV-Stellen selber dem verfassungsmässigen Gebot eines neutralen und objektiven Gesetzesvollzugs. Institutionell wird die Eigenschaft der Neutralität und Objektivität durch die selbständige Stellung der MEDAS gestützt. Ihre Selbständigkeit zeigt sich darin, dass sie in ganz verschiedenen, selber gewählten

Rechtsformen auftreten und auf unterschiedlichen Trägerschaften beruhen; sodann werden sie vom BSV weder fachlich beaufsichtigt (vgl. Art. 64a IVG), noch sind sie im Einzelfall weisungsgebunden. Ihre Kosten werden naheliegenderweise aus der IV-Rechnung gedeckt, weshalb sie mit dem BSV auf tarifvertraglicher Grundlage zusammenarbeiten (zu der daraus sich ergebenden Problematik vgl. aber unten E. 3.1.2). Unter diesen Umständen kann das Gebot der Verfahrensfairness nicht allein durch den Umstand verletzt sein, dass gutachtliche und andere medizinische Erkenntnisse aus dem Administrativverfahren die wesentliche tatsachenbezogene Entscheidungsgrundlage für die gerichtliche Überprüfung des Verwaltungsaktes bilden. Die Konzeption, wonach ein Gericht auf die vom Versicherungsträger korrekt erhobenen Beweise abstellen und auf ein eigenes Beweisverfahren verzichten darf, bleibt grundsätzlich vereinbar mit Völker- und Bundesrecht ( BGE 135 V 465 E. 4.3.2 S. 469). Aus der Rechtsvergleichung ergibt sich keine im europäischen Raum allgemein anerkannte einheitliche Rechtsauffassung, dass über streitige Sozialleistungen nur aufgrund eines gerichtlichen Beweisverfahrens abschliessend entschieden werden dürfte (unten E. 4.3). Eine andere Frage ist, wie es sich verhält, wenn ein Gericht die ursprüngliche Beweisgrundlage einmal verworfen hat (dazu unten E. 4.4 .)" (ATF 137 V 232-233 e 236-237) Occorre ancora evidenziare che il TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità (I 938/05), ha evidenziato il 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 ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: "(...) 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." (...) Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). L'Alta Corte in una sentenza 9C\_142/2008 del 16 ottobre 2008 per quanto riguarda le divergenze d'opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice ha precisato quanto segue: "(...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, 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 ( ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise ( ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va

différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert.(...) Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). 2.10. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emissione della decisione impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, deve concludere che non vi è motivo per distanziarsi dalla valutazione del dr. \_\_\_\_\_ del SMR, che tiene conto anche della valutazione peritale neurologica del dr. \_\_\_\_\_, da considerare dettagliate, approfondite e quindi rispecchianti i parametri giurisprudenziali sopra ricordati. Nel rapporto del 31 gennaio 2011, il dr. \_\_\_\_\_ del SMR, tenuto conto di tutte le patologie dell'interessato, ha considerato l'assicurato inabile al lavoro al 50% sia nella sua attività di impiegato di ufficio, sia in qualsiasi altra attività adeguata, a partire dal 21 dicembre 2010 (doc. 32). Il TCA non ha motivo per distanziarsi da queste conclusioni, che, del resto, non sono state contestate in sede ricorsuale, né smentite da altre certificazioni medico-specialistiche attestanti delle patologie maggiormente invalidanti. Al contrario, il TCA rileva che, unitamente al ricorso, l'assicurato ha trasmesso al Tribunale uno scritto del 9 giugno 2011 della dr.ssa \_\_\_\_\_, la quale, conformemente a quanto stabilito dal SMR, ha ritenuto che il grado di capacità lavorativa residua dell'interessato sia del 50% nell'attività, adeguata, di impiegato d'ufficio. Alla luce di ciò, a mente di questa Corte non occorre quindi dilungarsi oltre su questo aspetto. 2.11. Si tratta ora di esaminare le conseguenze del danno alla salute dal profilo economico. Preliminarmente va ricordato che, secondo la giurisprudenza, per il raffronto dei redditi fa stato il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita (cfr. DTF 129 V 222; cfr., pure, STFA del 26 giugno 2003 nella causa R. consid. 3.1, I 600/01, del 3 febbraio 2003 nella causa R., I 670/01 pubblicata in SVR 2002 IV Nr. 24, del 18 ottobre 2002 nella causa L. consid. 3.1, I 761/01 pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e del 9 agosto 2002 nella causa S. consid. 3.1, I 26/02; cfr., inoltre, STFA del 13 giugno 2003 nella causa G. consid. 4.2, I 475/01 ), per cui sono determinanti i dati del 2011 (visto che è in quell'anno che è avvenuta la soppressione della rendita). L'amministrazione ha effettuato il confronto dei redditi con riferimento al 2009, per cui i redditi da valido e da invalido vanno aggiornati al 2011. 2.12. Per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute ( reddito da valido ), occorre stabilire quanto la stessa, nel momento determinante (corrispondente all'inizio dell'eventuale diritto alla rendita), guadagnerebbe, secondo il grado di verosimiglianza preponderante, quale persona sana (DTF 129 V 222 consid. 4.3.1. pag. 224 con riferimento). Tale reddito dev'essere determinato il più concretamente possibile. Di regola ci si fonderà sull'ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima del danno alla salute, se del caso adeguato al rincaro e all'evoluzione reale dei salari (cfr. STF 8C\_334/2008 del 26 novembre 2008; STF 9C\_181/2008 del 23 ottobre 2008, DTF 129 V 222 consid. 4.3.1. pag. 224), o comunque sul salario che potrebbe essere conseguito in un posto di lavoro identico nella stessa azienda o in un'azienda simile. Nel caso in cui non fosse possibile quantificare in maniera attendibile il reddito ipotetico che l'assicurato avrebbe potuto conseguire senza invalidità, si farà riferimento ai dati empirici o statistici (STF 8C\_334/2008 del 26 novembre 2008; VSI 1999 pag. 248 consid. 3b). Per il resto, occorre tenere conto del principio secondo cui – in assenza di indizi concreti che

impongano una diversa valutazione – la persona assicurata avrebbe di regola, e conformemente all'esperienza generale, continuato l'attività precedentemente svolta senza invalidità (RAMI 2000 no. U 400 pag. 381 consid. 2a). Nella presente fattispecie, nel rapporto del 24 febbraio 2011, la consulente incaricata ha indicato che, senza il danno alla salute, lavorando al 100% come fattorino, l'interessato avrebbe percepito, nel 2008 - come indicato dal datore di lavoro nell'apposito formulario del 22 luglio 2009 (doc. 7) - fr. 42'000.--, che, aggiornati al 2009, sono pari a fr. 42'886.-- (doc. 41-3). Il TCA non ritiene corretto il modo di agire dell'amministrazione. Nel caso concreto non è infatti possibile prendere in considerazione l'ultimo salario percepito dall'assicurato prima del danno alla salute, dato che, come emerge dal questionario per il datore di lavoro, compilato in data 22 luglio 2009, nel momento di insorgenza del danno alla salute l'assicurato stava svolgendo l'attività di fattorino presso il suo datore di lavoro (ditta \_\_\_\_\_ SA) solo da tre mesi (cfr. doc. 7). Tale ridotto intervallo di tempo non può, secondo questo Tribunale - analogamente a quanto previsto dall'art. 88a cpv. 2 OAI, il quale prevede che se la capacità al guadagno peggiora, occorre tenere conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole - essere considerato sufficiente al fine di determinare in maniera attendibile il reddito da valido dell'assicurato. Inoltre, a mente del TCA, conformemente a quanto indicato dal patrocinatore, l'impiego di fattorino non può che essere verosimilmente considerato provvisorio, dato che, come emerge dal rapporto del 24 febbraio 2011 della consulente IP, l'interessato ha accettato tale impiego, non essendo riuscito a reperire una nuova attività come impiegato di commercio: la consulente ha infatti indicato che "vorrebbe frequentare l'università da settembre 2011, nel ramo economico, presso la SUPSI, nella modalità di formazione serale (a questa formazione si era già iscritto nel 2007, ma poi è subentrata la malattia). Mi viene inoltre spiegato che egli non ha trovato impiego come impiegato di commercio ed ha accettato l'impiego trovato" (cfr. doc. 41-2) Infine, essendo difficoltoso stabilire il reddito da valido dell'assicurato - tenuto conto del fatto che egli, dopo avere ottenuto nel 2005 il diploma di impiegato di commercio, ha svolto solo l'attività di consulente alla vendita/alla clientela presso un operatore di telefonia per un anno (cfr. doc. 41-2) - il TCA considera necessario fare riferimento ai dati statistici nazionali contenuti nella Tabella TA7. Al riguardo, va rilevato infatti che, come indicato dal Tribunale federale nella sentenza 9C\_142/2009 del 20 novembre 2009, al fine di determinare nella maniera maggiormente precisa possibile il reddito da invalido in relazione alle mansioni d'ufficio, conviene scostarsi dalla Tabella TA1 e far capo invece ai dati statistici di cui alla Tabella TA7. L'Alta Corte ha infatti rilevato: " (...) En l'espèce, tant l'office recourant que les premiers juges ont considéré que l'intimée disposait d'une capacité résiduelle de travail de 70 % dans son ancienne profession d'assistante d'un conseiller à la clientèle du domaine bancaire. Dans cette activité, qu'elle exerçait à 100 %, l'intimée réalisait un revenu annuel brut de 96'451 fr. en 2005. Compte tenu de ces circonstances particulières et de la nécessité de fixer le plus précisément possible le revenu d'invalidé conformément à la jurisprudence, il convient de s'écarter de la table TA1 et de se référer à la table TA7; toutefois, contrairement au choix opéré par les premiers juges, il s'agit de se référer au domaine «secrétariat, travaux de chancellerie», niveau de qualification 3. Le montant indiqué pour 2006, soit 5'675 fr., correspond à un horaire de travail de 40 heures, de sorte qu'il doit être porté à 6'011 fr. pour tenir compte d'un horaire hebdomadaire en 2007 de 41,7 heures (La Vie économique, 10-2009, p. 90, table B9.2) et d'une évolution des salaires de 1,6 % par rapport à l'année 2006 (La Vie économique, 10-2009, p. 91, table B10.2). Le montant du

revenu d'invalidé ainsi obtenu pour un plein temps, à savoir 72'120 fr. (6'010 fr. x 12) reste encore largement inférieur au salaire obtenu par l'intimée dans son ancienne activité d'assistante d'un conseiller à la clientèle d'une banque." Il Tribunale federale ha, ancora recentemente, nella sentenza 9C\_559/2011 del 13 gennaio 2012, ribadito la correttezza dell'utilizzo dei dati contenuti nella Tabella TA7 nel caso di un'assicurata attiva in qualità di segretaria, ritenendo per contro non corretto il riferimento ai dati della Tabella TA1, alla quale hanno fatto capo i primi giudici. L'Alta Corte si è così espressa: "

#### **E. 2.4**

e 2.5., se l'UAI ha correttamente o meno soppresso la rendita spettante a RI 1 a fare tempo dal 1° aprile 2011. 2.7. Nel caso di specie, l'UAI ha fondato, dal profilo medico, la propria decisione di attribuire all'assicurato una rendita intera di invalidità (grado AI del 100%) dal 1° gennaio 2010 al 31 marzo 2011, sopprimendola poi a partire dal 1° aprile 2011, sulla valutazione peritale neurologica del dr. \_\_\_\_\_, specialista FMH in neurologia. Il dr. \_\_\_\_\_, nel suo referto del 19 gennaio 2011, ha posto le diagnosi di "esiti di polineuropatia distale simmetrica, piuttosto sensitiva d'origine tossica, eventualmente carenziale (vitamina B12?) in stato dopo polichemioterapia per un carcinoma embrionale esteso a livello retroperitoneale (diagnosi di gennaio 2009); probabile neuropatia ottica predominante a destra, associata; esiti di trombosi venose a livello pelvico secondarie e fenomeni di Raynaud secondari; cisti aracnoidea temporale destra asintomatica (scoperta casuale); nualgie tensive su alterazioni statiche a livello cervicale" (doc. 31-5). Il dr. \_\_\_\_\_ ha rilevato che "le diagnosi neurologiche sopraesposte non hanno ripercussioni maggiori sulla capacità di lavoro" (doc. 31-5). Quanto alla capacità lavorativa, il dr. \_\_\_\_\_ ha osservato che "attualmente l'assicurato non svolge alcuna attività dopo gli esiti della chemioterapia e la problematica venosa con trombosi e anticoagulazione secondaria. Al momento attuale, dal punto di vista neurologico, come impiegato di ufficio non sussiste un'incapacità lavorativa, in attività pesanti eventualmente" (doc. 31-6). Lo specialista ha aggiunto che "una limitazione della capacità di lavoro, per la problematica oncologica, è presente da almeno gennaio 2009. Attualmente l'incapacità di lavoro è di competenza internistica e oncologica" (doc. 31-6). Nel rapporto medico del 31 gennaio 2011, il dr. \_\_\_\_\_ del SMR, spec. FMH in chirurgia (sul diritto per gli assicurati di conoscere la specializzazione dei medici del SMR, cfr. SVR 2008 IV Nr. 13), ha posto la diagnosi principale di "fenomeno di Raynaud secondario, paraneoplastico arti superiori e inferiori"; quali ulteriori diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa ha posto quelle di "claudicatio venosa stato dopo trombosi venosa profonda vena cava inferiore, vene iliache comuni bilateralmente, vena iliaca esterna sinistra e vena femorale comune sinistra; polineuropatia sensitivo motoria post-chemioterapia in fase di risoluzione", mentre quali diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa ha indicato quelle di "carcinoma retroperitoneale embrionale estesamente necrotico condizionante dislocamento cavale attualmente in remissione completa; stato dopo 4 cicli di chemioterapia; probabile neuropatia ottica predominante a destra; nualgie tensive su alterazioni statiche a livello cervicale; cisti aracnoidea in regione temporale destra; impotenza coeundi" (doc. 32-1). Quanto alla capacità lavorativa, il medico del SMR ha considerato l'assicurato inabile al lavoro al 100% dal 29 gennaio 2009, ma inabile al lavoro al 50% a partire dal 21 dicembre 2010 sia nella sua attività di impiegato d'ufficio, sia in qualsiasi attività adeguata (doc. 32-2). Il dr. \_\_\_\_\_ ha osservato quanto segue: " Trattasi di un assicurato \_\_\_\_\_, nato il \_\_\_\_\_, 26enne, impiegato di commercio con AFC. Ultima professione svolta come fattorino fino al gennaio 2009. Dalla diagnosi del 29.01.2009 con riscontro di

carcinoma retro-peritoneale embrionale estesamente necrotico condizionante dislocamento cavale l'assicurato è stato sottoposto a 4 cicli di chemioterapia neoadiuvale, terminata nel maggio 2009, con remissione quasi completa della massa retro-peritoneale. Sono comparse complicazioni con la chemioterapia, tra le quali due episodi di trombosi venosa profonda con claudicatio venosa (limite di cammino 200 mt; edema alla gamba) necessitante terapia anticoagulante ancora in vigore. 9.11.2010 la dr.ssa \_\_\_\_\_ (spec. med. int. e angiologia) attesta che la trombosi venosa condizionante claudicatio limita a 400 mt la percorrenza massima giornaliera in deambulazione, oltre a deficit muscolari arti inferiori e addome/regione lombare, con limitazione a sforzi fisici per la comparsa di dolore. La polineuropatia però ne limita la stabilità rendendo l'assicurato insicuro alla marcia, nello scrivere e nel trasportare pesi. Il fenomeno di Raynaud rende difficile l'uso della presa nelle mani di oggetti o strumenti, l'uso di acqua e l'esposizione al freddo. Viene proposta una flebografia al fine di poter tentare una rivascolarizzazione per ottenere un miglioramento nella deambulazione e nel mantenimento di certe posizioni come quella seduta. È possibile che sia la polineuropatia sia il fenomeno di Raynaud persistano immutati nel tempo, comportando un limite funzionale permanente. 25.11.2010 l'assicurato è stato sottoposto a flebografia e posa di stent sia a livello della vena cava inferiore sia a livello delle vene iliache comuni bilateralmente. 20.12.2010 la dr.ssa \_\_\_\_\_ (spec. med. int. e angiologia) attesta dopo esecuzione di esami (flebografia vena cava inferiore, duplex arterioso e venoso, stato dei polsi a riposo e sotto sforzo, plestimografia e oscillografia) un miglioramento soggettivo della stanchezza agli arti inferiori alla deambulazione; un peggioramento della sintomatologia al rachide lombare e un'impotenza coeundi. Nessuna alterazione vascolare arteriosa riscontrata. Vigete pervietà delle vene iliache bilateralmente. 19.01.2011 visita peritale neurologica da parte del dr. \_\_\_\_\_: conferma la polineuropatia arti inferiori con buon miglioramento e in fase di risoluzione con possibile persistenza residua di un'areflessia distale e eventualmente qualche vago disturbo sensitivo. Nessun influsso per un'attività di tipo leggero (d'ufficio). Disturbi visivi moderati. Qualche disturbo a livello della sfera sessuale risolvibile con medicinali. Nessun disturbo psicologico o sociale. Dal lato neurologico non sono necessari provvedimenti d'integrazione. Lo specialista consiglia un consulto oftalmologico per la problematica legata ai nervi ottici. La ripresa dell'attività professionale è legata alla problematica venosa, il problema oncologico è stabilizzato. Dalla documentazione medica in nostro possesso confermiamo le IL certificate dai colleghi medici fino al 20.12.2010 al 100%. La situazione oncologica è stazionaria con attuale remissione dopo cicli di chemioterapia del tumore maligno. Permane un deficit parestetico sensitivo motorio agli arti in toto senza influsso sulla CL per attività abituale leggera o confacente, come attestato dallo specialista neurologo dr. \_\_\_\_\_ nella perizia del 19.01.2011. I limiti funzionali con influsso sulla CL residua dell'assicurato si riscontrano per la patologia del fenomeno di Raynaud, conseguenza del tumore e trattamenti chemioterapici, purtroppo mal responsivo al trattamento farmacologico instaurato ed in parte in stato dopo trombosi venosa cava e arti inferiori. In attività lavorativa abituale come impiegato di ufficio risulta medicalmente giustificata una IL del 50% dal 21.12.2010 continua. Essendo la funzione professionale già adeguata dal lato fisico, non abbiamo valutato attività alternative che non porterebbero a CL superiore. Prognosi evolutiva incerta. Utile revisione ad un anno." (Doc. 32-3) In sede di osservazione contro il progetto di decisione del 2 marzo 2011, l'assicurato ha trasmesso all'UAI un certificato medico della dr.ssa \_\_\_\_\_, spec. FMH in medicina interna e angiologia, datato 11 marzo 2011, del seguente tenore: " Per quanto riguarda l'abilità

lavorativa del paziente ritengo tuttora inabile al lavoro al 100% per le diverse problematiche vascolari, tuttora presenti. Ritengo vada valutata la percentuale lavorativa residua nell'ambito di un'eventuale riconversione professionale e non ritengo sia possibile ipotizzare una ripresa lavorativa al 100% come dal vostro scritto del 2.3.2011 presentato dal paziente stesso." (Doc. 51-1) A fronte di tale referto, nelle sue annotazioni del 18 aprile 2011, il dr. \_\_\_\_\_ del SMR ha osservato: " La nuova documentazione medica posta alla nostra attenzione e pervenutaci dopo la stesura del rapporto SMR del 31.1.2011 non attesta nuove patologie con influsso sulla CL che viene confermata al 50% in qualsiasi attività di tipo leggero. Per i limiti funzionali e le precisazioni si rinvia allo stesso rapporto e alle consulenze specialistiche del dr. \_\_\_\_\_ e della stessa dr.ssa \_\_\_\_\_ e le relative conclusioni finali. Preciso inoltre che nel rapporto SMR non è indicata una CL del 100% ma del 50% in attività leggere e la prognosi evolutiva è di tipo incerto: il che non presuppone una ripresa lavorativa al 100% come asserito dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ nel suo scritto dell'11.3.2011. L'IL del 100% attestata dalla collega è priva di motivazione medica in quanto non descrive lo stato evolutivo (peggioramento da IL 50% a 100%) né descrive eventuali altre patologie mediche con influsso sulla CL." (Doc. 54-1) 2.8. In sede ricorsuale, l'assicurato ha contestato la decisione dell'UAI di soppressione delle prestazioni a partire dal 1° aprile 2011, trasmettendo al TCA un nuovo referto della dr.ssa \_\_\_\_\_, datato 9 giugno 2011 e indirizzato al suo patrocinatore, del seguente tenore: " Rispondo al suo scritto come segue. Diagnosi: - polineuropatia sensitivo motoria arti superiori ed inferiori bilaterale post-chemioterapia - stato da PTA e posa plurimi stent vena cava inferiore infra-renale ed a livello iliaco bilaterale in presenza di claudicatio venosa o stato da trombosi venosa profonda della vena cava inferiore, vene iliache comuni bilateralmente, vena iliaca esterna sinistra, vena femorale comune sinistra (25.02.2009) - carcinoma embrionale estesamente necrotico con interessamento retro-peritoneale, peri-aortico con coinvolgimento dell'aorta retrocavale con spostamento della cava ventralmente, non ulteriori linfonodi sospetti; piccole lesioni polmonari, attuale remissione completa ma persistenza di dolori a livello lombare bilateralmente o stato da cicli di chemioterapia con schema BEP (dal 17.02.2009 al 11.05.2009) - fenomeno di Raynaud secondario, probabilmente paraneoplastico arti superiori ed inferiori - sindrome dell'outlet toracico bilateralmente, > a destra che a sinistra (...) In considerazione di quanto sovraesposto, ritengo quindi che il paziente quale impiegato d'ufficio possa essere occupato attualmente solo nella misura del 50% tenendo conto dei seguenti fattori: variare frequentemente la posizione, non eseguire lavori in sopraelevazione delle braccia, non vi sia esposizione al freddo e all'umido, non camminare in modo ripetitivo più di 300 metri alla volta. Vi potrebbe essere pure insicurezza nell'esecuzione di lavori fini con le braccia. Ritengo quindi giustificata una rivalutazione della capacità lavorativa del paziente, tenuto conto di quanto sopra esposto." (Doc. G) 2.9. Per costante giurisprudenza (cfr. STF 9C\_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato ( DTF 125 V 256 consid.

## **E. 2.14**

Parzialmente v inerte in causa, il ricorrente, rappresentato da un legale, ha diritto ad un'indennità per ripetibili ridotta (art. 61 lett. g LPGA).

### **E. 2.15**

Secondo l'art. 29 cpv. 2 Lptca e 69 cpv. 1bis LAI, 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 (DTF 133 V 402; STF 9C\_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C\_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, in casu si giustifica una ripartizione delle spese di complessivi fr. 500.-- in misura di fr. 250.-- a carico dell'Ufficio AI e di fr. 250.-- a carico del ricorrente.

### **E. 3.1**

Le principe selon lequel l'administration peut en tout temps revenir d'office sur une décision formellement passée en force qui n'a pas donné lieu à un jugement sur le fond, lorsque celle-ci est certainement erronée et que sa rectification revêt une importance appréciable, l'emporte sur la procédure de révision. Ainsi, l'administration peut aussi modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision selon l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies. Si le juge est le premier à constater que la décision initiale était certainement erronée, il peut confirmer, en invoquant ce motif, la décision de révision prise par l'administration (ATF 125 V 369 consid. 2 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 112 V 373 consid. 2c et 390 consid. 1b). Il est à relever que la reconsidération est désormais expressément prévue à l'art. 53 LPGA.

### **E. 3.2**

Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 119 V 479 consid. 1b/cc et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 17 consid. 2c, 115 V 314 consid. 4a/cc). Une décision est sans nul doute erronée non seulement lorsqu'elle a été prise sur la base de règles de droit non correctes ou inappropriées, mais aussi lorsque des dispositions importantes n'ont pas été appliquées ou l'ont été de manière inappropriée (DTA 1996/97 n° 28 p. 158 consid. 3c). Tel est notamment le cas lorsque l'administration a accordé une rente d'invalidité au mépris du principe de la priorité de la réadaptation sur la rente (voir l'arrêt P. du 31 janvier 2003, déjà cité). A l'inverse, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit (arrêt P. du 13 août 2003 [1790/01], consid. 3).

### **E. 3.3**

En l'espèce, c'est en vue d'élucider les divergences issues d'avis médicaux contradictoires se trouvant au dossier que l'administration a recueilli l'expertise du COMAI, du 9 mai 1995, et qu'elle s'est fondée sur cette dernière pour allouer une rente entière au recourant, le 1er décembre 1995. En présence d'un tableau clinique complexe, par ailleurs difficile à

appréhender en raison de ses aspects subjectifs, la prise de position sur une incapacité de travail implique toujours un jugement d'appréciation. Or, un tel jugement ne saurait être qualifié de manifestement erroné que si les investigations médicales dans les différents domaines concernés n'ont pas été entreprises ou qu'elles ne l'ont pas été avec le soin nécessaire (cf. arrêt P. du 31 janvier 2003, déjà cité). Tel n'est pas le cas en ce qui concerne l'expertise du COMAI dans la mesure où cette expertise pluridisciplinaire répond aux critères jurisprudentiels permettant de lui attribuer une pleine valeur probante. En tout cas, les critiques émises à l'encontre des conclusions du COMAI par les médecins de la Clinique X. ne suffisent pas pour admettre que ces conclusions sont dépourvues de crédibilité. Comme on l'a vu, on est en présence d'appréciations divergentes d'experts en ce sens que les uns, à la différence des autres, considèrent que l'association d'un trouble somatoforme douloureux à une personnalité aux traits dépendants n'a pas d'incidence sur la capacité de travail. Seule une surexpertise serait de nature à les départager. Mais, ici également, on ne peut faire abstraction des éléments qui ont conduit l'administration à allouer une rente entière au recourant comme si l'on devait statuer pour la première fois sur les droits de l'assuré et modifier sa situation juridique à la lumière exclusivement des données médicales recueillies à l'occasion de la procédure de révision. Une appréciation médicale différente ultérieure ne suffit pas pour faire apparaître comme manifestement erronée la décision initiale ou pour ordonner une expertise. On ne peut pas non plus affirmer que l'administration a commis à l'origine une erreur de droit, notamment en méconnaissant le principe de la priorité de la réadaptation sur la rente: l'expertise du COMAI excluait toute possibilité de reclassement professionnel et ne laissait pas entrevoir, à brève échéance, une amélioration de l'état de santé qui eût permis la mise en oeuvre de mesures de réadaptation professionnelle." Una diversa valutazione di uno stato di fatto rimasto invariato ed inizialmente approfonditamente esaminato non costituisce dunque né un caso di revisione, né un caso di riconsiderazione. 2.6. Nella decisione del 19 maggio 2011, l'Ufficio AI ha attribuito all'assicurato una rendita intera di invalidità (grado AI del 100%) dal 1° gennaio 2010 al 31 marzo 2011, sopprimendola poi a partire dal 1° aprile 2011, ritenuto il miglioramento dello stato di salute dell'interessato, il quale, a partire dal mese di dicembre 2010, presenta una capacità lavorativa del 50%, con un conseguente grado di invalidità del 26% (doc. B). Il TCA è, quindi, ora chiamato a valutare, alla luce di quanto esposto ai considerandi 2.3.,

#### **E. 4**

pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123), bensì il suo

contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TFA ha stabilito 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; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, pag. 332). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la 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. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 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 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell'assicurazione invalidità, l'Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d'accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall'art. 44 LPG (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie amministrative dei servizi medici di accertamento (SAM), sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi, in una sentenza pubblicata in DTF 136 V 376 il Tribunale Federale ha specificato che la qualità formale di parte dell'organo esecutivo dell'assicurazione per l'invalidità nella procedura giudiziaria, rispettivamente la sua legittimazione a presentare ricorso in materia di diritto pubblico, non consentono di considerare come atti di parte le prove assunte dall'amministrazione nella precedente fase non contenziosa. 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 della giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; Art. 72 bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione, formulate soprattutto nel parere del Prof. Dr. iur. Jörg Paul

Müller e del Dr. iur Johannes Reich dell'11 febbraio 2010. L'Alta Corte è arrivata alla conclusione che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione (consid. 2.1-2.3). D'altra parte il Tribunale federale ha riconosciuto che attraverso tali perizie vengono messe in pericolo in modo latente le garanzie procedurali, visto il potenziale di ricavi dell'attività dei SAM nei confronti dell'assicurazione invalidità e con ciò anche della loro dipendenza economica (consid. 2.4). La nostra Massima Istanza ha perciò ritenuto necessario adottare dei correttivi: (a livello amministrativo) - assegnazione a caso dei mandati di perizia ai SAM (consid. 3.1), - differenze minime delle tariffe della perizia (consid. 3.2), - miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo (consid. 3.3), - rafforzamento dei diritti di partecipazione: -- in caso di divergenze l'amministrazione deve ordinare la perizia attraverso una decisione incidentale impugnabile davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni o al Tribunale federale amministrativo (consid. 3.4.2.6; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 132 V 93); -- alla persona assicurata spettano precedentemente i diritti di partecipazione alla procedura (ad esempio: quello di esprimersi sui quesiti peritali; consid. 3.4.2.9; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 133 V 446); (a livello dell'autorità giudiziaria di prima istanza) In caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica (consid. 4.4.1.3 e 4.4.1.4; cambiamento della giurisprudenza secondo DLA 1997 Nr. 18 p. 85, C 85/95 consid. 5d con riferimenti, sentenza H 355/99 del 11 aprile 2000 consid. 3b), i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità (consid. 4.4.2). Infine, il Tribunale federale ha concluso che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale (consid. 6). (Sul tema cfr. STF 9C\_120/2011 del 25 luglio 2011). Nella sentenza 9C\_243/2010 del 28 giugno 2011 il TF ha in particolare precisato quanto segue a proposito del valore probatorio delle perizie di un SAM: "

#### **E. 4.3**

Le recours aux données statistiques d'une manière correcte ne permettrait pas d'arriver à une autre solution. Dans les conclusions à leur examen clinique, les docteurs G. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_ ont retenu une capacité de travail de 50 % dans d'autres activités que celle de secrétaire; toutefois, une lecture attentive de leur rapport montre bien qu'ils considèrent cette activité comme la plus ou la mieux adaptée à la situation de l'intimée. En considérant que celle-ci était âgée de 59 ans au moment déterminant, qu'elle avait exercé en dernier lieu et pendant dix ans la profession de secrétaire et qu'elle est toujours à même de l'exercer à raison de 50 %, la proposition du recourant pour fixer le revenu d'invalidé de se référer au salaire découlant de l'ESS 2008, TA7, secteur 22 (secrétariat, travaux de chancellerie), niveau 4 - et non à celui découlant de l'ESS 2008 TA1, secteur des services, qui comporte de très nombreuses activités inaccessibles à l'intimée au regard de ses limitations fonctionnelles - apparaît justifiée. Compte tenu d'un revenu statistique ESS 2008 tel que décrit, de 5'285 fr. par mois pour une durée de travail hebdomadaire de 40 heures, il en résulte, pour une durée de travail hebdomadaire normale de 41.6 heures (cf. OFS, La statistique de la durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique,

en heures par semaine, pour la période de 1990 à 2010, <http://www.bfs.admin.ch> consulté le 9 janvier 2012), un salaire annuel de 65'957 fr. ( $5'285 \times 1.04 \times 12$ ) pour un plein temps. Au vu d'un taux d'activité de 50 % et d'un abattement de 20 %, le revenu d'invalidité se monterait à 26'383 fr. ( $[(65'957 : 2) \times [8 : 10])$ ). Le revenu sans invalidité s'élevant à 48'000 fr., la perte de gain avoisine 21'617 fr., soit 45 % ( $[(21'617 \times 100) : 48'000]$ ); le taux d'invalidité dans la sphère professionnelle est dès lors de 36 % ( $[45 \times 80] : 100$ ). En y ajoutant les 7 % d'empêchement dans la sphère ménagère (cf. supra consid. 3.1), le taux d'invalidité global de 43 %, ouvre le droit à un quart de rente." In queste condizioni, questo Tribunale, constatato che l'assicurato conserva, a partire dal 21 dicembre 2010, una capacità lavorativa residua del 50% nella sua attività di impiegato di ufficio, nella quale è in grado di conseguire, mettendo a frutto la sua capacità lavorativa residua, un reddito corrispondente al 50% del reddito realizzabile senza il danno alla salute (100%), ritiene che l'incapacità lucrativa del ricorrente ammonta al 50% (cfr. al riguardo DTF 114 V 310 consid. 3a pag. 313 con riferimenti; STF 9C\_776/2007 del 14 agosto 2008), percentuale che dà diritto ad una mezza rendita di invalidità. Va qui rilevato che il Tribunale federale, in una sentenza 9C\_294/2008 del 19 marzo 2009, ha ancora una volta ritenuto corretto considerare che un'assicurata, inabile al lavoro al massimo al 30% sia nella sua professione abituale, che in altre attività, presenta un grado di invalidità del 30%. Alla medesima soluzione l'Alta Corte è arrivata in una sentenza 8C\_558/2008 del 17 marzo 2009 per un assicurato inabile al lavoro al 50% nella sua professione e in una sentenza 9C\_396/2009 del 12 febbraio 2010 per un'assicurata inabile al lavoro al 40% nella sua professione. Pertanto, alla luce di queste circostanze, non necessitano di ulteriori approfondimenti, nel caso di specie, le questioni, controverse, relative al ramo economico, al livello di qualifica e alla percentuale di riduzione da utilizzare per determinare il reddito da invalido nella professione di impiegato di commercio, così come quella relativa alla necessità o meno di procedere ad un parallelismo dei redditi. Visto quanto precede, la decisione impugnata va annullata, il ricorso parzialmente accolto e l'assicurato posto al beneficio di mezza rendita di invalidità a decorrere dal 1° aprile 2011. 2.13. A titolo abbondanziale, il TCA rileva che allo stesso risultato si giungerebbe, del resto, anche qualora si volessero utilizzare, per il raffronto dei redditi, il reddito da valido, quale fattorino, di fr. 42'886 (2009) indicato dall'amministrazione nella decisione impugnata - importo che, dopo adeguamento all'evoluzione dei salari nominali (+0.8% per il 2010 e +1.3% per il 2011, cfr. la relativa tabella pubblicata sul sito web dell'Ufficio federale di statistica), è pari a fr. 43'791, nel 2011 - e quello statistico da invalido nella professione di impiegato di commercio calcolato dall'amministrazione nella decisione impugnata di fr. 63'805 (Tabella TA1 2008, ramo economico 52 "commercio al dettaglio e riparazioni", livello di qualifica 3, aggiornato al 2009) - pari a fr. 65'151.50 per il 2011 (+ 0.8% per il 2010 e +1.3% per il terzo trimestre 2011, cfr. tabella relativa all'evoluzione dei salari nominali, pubblicata sul sito dell'Ufficio federale di statistica) - al quale tuttavia, a mente di questo Tribunale, non si può prescindere dall'applicare, contrariamente a quanto ritenuto dall'UAI, il cosiddetto parallelismo dei redditi e una ulteriore riduzione per tenere conto delle altre circostanze particolari del caso. A tale proposito, infatti, il TCA sottolinea che l'assicurato, quale fattorino, avrebbe guadagnato nel 2011 fr. 43'791 / anno per un'occupazione a tempo pieno. Tale reddito, come indicato dall'UAI nel rapporto del 17 gennaio 2012 in risposta ad un'esplicita richiesta in tal senso da parte del TCA (cfr. doc. VIII), si situa sotto la media dei salari svizzeri per un'attività equivalente (cioè fr. 64'052, cfr. Tabella TA1 p.to 63 "attività ausiliarie dei trasporti", livello di qualifica 4, fr. 4'828.-- X 12 mesi = 57'924.-- riportato su

42.4 ore e aggiornato al 2011). Ora, qualora, già prima dell'insorgenza del danno alla salute, il reddito di una persona assicurata si situi sotto la media dei salari per un'attività paragonabile nel settore interessato – a causa ad esempio di una formazione e di conoscenze linguistiche insufficienti - e che non si possa sostenere che essa si sia volontariamente accontentata di una retribuzione modesta, si deve ammettere che gli stessi fattori che hanno inciso negativamente sul reddito da valido potrebbero anche influenzare il reddito da invalido. Accertato che l'assicurato ha realizzato un guadagno inferiore alla media per dei motivi estranei all'invalidità, anche il reddito medio realizzabile sul mercato equilibrato del lavoro (reddito da invalido) va ridotto in proporzione (cfr. STF U 529/06 del 28 gennaio 2008). In casu, chiamato dal TCA a spiegare le ragioni per le quali l'amministrazione non ha applicato al reddito da invalido dell'interessato una riduzione per tener conto del "gap salariale", l'Ufficio AI, con scritto del 20 gennaio 2012, ha risposto. " L'attività da ultimo svolta dall'assicurato, prima del danno alla salute, era di "fattorino". Il reddito da valido percepito presso la \_\_\_\_\_ SA era di fr. 42'000.- nel 2008, aggiornato al 2010 in fr. 43'243.- (cfr. annesso 2). L'attività di "fattorino" rientra nel ramo economico n. 63, livello 4 delle RSS, media svizzera, con importo per l'anno 2010 di fr. 63'230.-. tra il reddito statistico svizzero ed il compenso percepito dall'assicurato risulta una differenza di salario pari al 31.6% (cfr. annesso 3). In base alla prassi dell'Alta Corte, quando il reddito effettivamente conseguito differisce di almeno il 5% rispetto al salario statistico riconosciuto nel corrispondente settore economico, esso deve essere ritenuto considerevolmente inferiore alla media e può – in caso di adempimento degli altri presupposti – giustificare un parallelismo dei redditi di raffronto. A questo parallelismo si procederà, però, soltanto per la parte percentuale eccedente la soglia determinante del 5% (sentenza TF 8C\_44/2009 del 03.06.2009). Nello specifico, la parte eccedente risulterebbe essere del 26.6%. Tuttavia, come premesso, è necessario valutare se nello specifico sono realizzati gli altri presupposti per procedere alla riduzione per "gap salariale", ritenuto che il salario effettivamente percepito non deve essere inferiore alla media del ramo per ragioni estranee all'invalidità e non devono esserci circostanze che permettono di supporre che l'assicurato si sia accontentato di un salario più modesto rispetto a quello che avrebbe potuto ottenere (ad esempio, sentenza I 644/06: per il caso di un assicurato che ha lavorato per 15 anni presso il medesimo datore di lavoro si ammette che egli si sia accontentato del salario versatogli). Nello specifico, risulta chiaro che il signor RI 1 è alle sue prime esperienze professionali dopo la formazione (cfr. annesso 4, curriculum agli atti riproposto). Benché egli abbia conseguito un attestato federale di capacità quale impiegato di commercio, l'assicurato si è accontentato di svolgere l'attività di fattorino e, conseguentemente, si è accontentato del salario percepito. Ritenuto che il signor RI 1 si è accontentato di tale salario, lo scrivente Ufficio non reputa applicabile la riduzione per "gap salariale". Si conferma, pertanto, un grado di invalidità del 26%." (Doc. VII) Il patrocinatore ha contestato questa presa di posizione dell'amministrazione, evidenziando che "non vi sono né indizi, né prove che fosse intenzione dell'assicurato di accontentarsi di un guadagno modesto. Costui fu sempre alla ricerca di lavori ben più remunerati di quello di fattorino, che doveva essere un lavoro provvisorio" (doc. XI). Chiamato a pronunciarsi, questo Tribunale ritiene di non potere aderire alle considerazioni espresse dall'UAI nello scritto del 20 gennaio 2012 (doc. VII), ma considera maggiormente attendibile quanto indicato dal patrocinatore a proposito del carattere transitorio dell'attività di fattorino svolta dall'interessato. Dagli atti emerge, infatti, che l'assicurato, prima del danno alla salute, ha svolto l'attività di fattorino solo per un brevissimo periodo di tre mesi (dal 1° novembre

2008 fino al mese di gennaio 2009, cfr. doc. 7-2) e non durante numerosi anni, come richiesto invece dalla giurisprudenza federale al fine di considerare che un assicurato si sia accontentato di un salario modesto (cfr., al riguardo, I 644/06 del 15 febbraio 2007, nella quale l'assicurata in questione aveva lavorato presso lo stesso datore di lavoro per quasi quindici anni). Inoltre, come emerge dal rapporto del 24 febbraio 2011 della consulente IP, l'interessato ha accettato tale impiego, non essendo riuscito a reperire una nuova attività come impiegato di commercio: la consulente ha infatti indicato che l'assicurato "vorrebbe frequentare l'università da settembre 2011, nel ramo economico, presso la SUPSI, nella modalità di formazione serale (a questa formazione si era già iscritto nel 2007, ma poi è subentrata la malattia). Mi viene inoltre spiegato che egli non ha trovato impiego come impiegato di commercio ed ha accettato l'impiego trovato" (cfr. doc. 41-2) Pertanto, stante quanto sopra esposto, il TCA, contrariamente a quanto sostenuto dall'amministrazione, ritiene che non si possa concludere che fosse intenzione dell'assicurato accontentarsi di un guadagno modesto, motivo per il quale il reddito statistico da invalido (fr. 65'151.50) va ridotto - in applicazione della giurisprudenza di cui alla STF 8C\_44/2009 del 3 giugno 2009 pubblicata in DTF 135 V 297 - del 26.6% - percentuale corrispondente al gap salariale del 31.6% (fr. 64'052 vs. fr. 43'791), meno il 5% (cfr. STF 8C\_652/2008 dell'8 maggio 2009) - e si attesta pertanto a fr. 47'821.20 . Ritenuto che, come visto in precedenza (cfr. consid. 2.10.), da un punto di vista medico, l'assicurato può esercitare, a partire dal 21 dicembre 2010 , un'attività adeguata alle sue condizioni di salute al 50%, il reddito statistico citato va ridotto del 50% e ammonta a fr. 23'910.60 ( fr. 47'821.20 ridotti del 50% ). A tale importo occorre, poi, secondo il TCA, apportare una ulteriore riduzione per tenere conto, in ossequio alla giurisprudenza federale, delle circostanze specifiche del caso concreto (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado d'occupazione, cfr. DTF 126 V 80 consid. 5b/bb) In concreto, nel rapporto del 24 febbraio 2011, la consulente IP incaricata non ha applicato riduzione alcuna con riferimento all'attività di impiegato di commercio, mentre ha applicato una riduzione del 23% con riferimento allo svolgimento di altre attività adeguate (cfr. doc. 41), così motivata: "5% per attività leggera; 18% per altri fattori di riduzione" (cfr. doc. 33/2-3). L'assicurato ha contestato la mancata applicazione di una riduzione al reddito da invalido nell'ambito dell'attività di impiegato di commercio (doc. I). Chiamata dal TCA a spiegare i motivi per i quali non è stata applicata la riduzione percentuale del 23% anche nel calcolo del reddito da invalido nell'attività di impiegato di commercio, l'amministrazione, nello scritto del 24 gennaio 2012, ha risposto: " Nel rapporto citato il SIP ha indicato a pag. 2 che dal lato medico è esigibile sia l'attività di impiegato di commercio "per la quale l'assicurato possiede una qualifica specifica", sia un'attività non qualificata compatibile con le limitazioni funzionali riportate dal lato medico. Il reddito da invalido riferito all'attività di impiegato di commercio, ramo economico 52 e livello di formazione 3 (conoscenze professionali specializzate) è stato definito attuando unicamente la riduzione del 50% in ragione di una diminuita capacità medico-teorica. Per le attività non qualificate del settore privato, semplici e ripetitive, il reddito di riferimento statistico è stato ridotto, oltre al 50% per l'aspetto medico, anche del 23% per ragioni varie (5% per attività leggere, 18% per limitazioni funzionali che influiscono sulle attività adeguate). Per l'attività di impiegato di commercio il SIP non ha ritenuto giustificato procedere ad ulteriori riduzioni, oltre a quella medico-teorica, reputando tale attività consona alle limitazioni funzionali definite medicalmente, contrariamente alla categoria delle attività non qualificate semplici e ripetitive, ove è stata applicata una ulteriore riduzione del 23% al reddito statistico, proprio

in quanto tale categoria può comprendere anche attività non del tutto adatte allo stato di salute dell'assicurato." (Doc. VII) In una sentenza pubblicata in DTF 137 V 71, il Tribunale federale ha esaminato la questione del potere d'esame del Tribunale federale e dei tribunali cantonali delle assicurazioni qualora si tratti di verificare, in materia di assicurazione per l'invalidità, l'estensione della riduzione operata sul reddito da invalido accertato sulla base dei dati statistici conformemente alla DTF 126 V 75. L'Alta Corte al consid. 5.2 si è così espressa: " Contrairement au pouvoir d'examen du Tribunal fédéral, celui de l'autorité judiciaire de première instance n'est en revanche pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative ("Angemessenheitskontrolle"). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 p. 81).» Chiamato a pronunciarsi, il TCA non ritiene corretta la soluzione scelta dall'amministrazione di non apportare alcuna riduzione al reddito da invalido nella professione di impiegato di commercio, alla luce del fatto che anche in questa professione l'interessato presenta, a causa del danno alla salute, delle limitazioni funzionali che influiscono sulla sua capacità lavorativa residua, ridotta al 50%. Ora, secondo la giurisprudenza federale, non è possibile rinunciare a decurtare il reddito statistico per il solo fatto che l'assicurato possa svolgere un'attività adeguata soltanto in misura parziale: " In der Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird richtig festgehalten, dass einer gesundheitlich bedingten Einschränkung der Leistungsfähigkeit grundsätzlich nicht durch einen Abzug vom Tabellenlohn im Sinne der Rechtsprechung gemäss BGE 126 V 75 Rechnung zu tragen ist. Vielmehr ist von einer entsprechend eingeschränkten Arbeitsfähigkeit auszugehen. Es kann mit anderen Worten keinen Unterschied machen, im Rahmen eines Vollzeitpensums lediglich 75 % der ohne gesundheitliche Beeinträchtigung zu erwartenden Leistung oder bei einem Arbeitspensum von 75 % die volle Leistung zu erbringen. Der erwähnte Abzug vom Tabellenlohn will der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass die verbliebene Arbeitsfähigkeit aus bestimmten Gründen (persönliche, berufliche und leidensspezifische Merkmale) nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg auf dem in Betracht fallenden (ausgeglichenen) Arbeitsmarkt verwertet werden kann (BGE 126 V 80 oben). So kann es beispielsweise aus betriebswirtschaftlicher Sicht durchaus eine Rolle spielen, ob bei einem entsprechend reduzierten Arbeitspensum eine volle Leistung möglich ist, oder ob dieselbe Leistung lediglich im Rahmen eines Vollzeitpensums erbracht werden kann und auch bei reduziertem Arbeitspensum mit einer gewissen Leistungseinbusse zu rechnen ist. Im Weiteren kann einer erschwerten Verwertbarkeit der trotz des Gesundheitsschadens noch zumutbaren Arbeitsfähigkeit allenfalls dadurch Rechnung getragen werden, dass bei der Ermittlung des Invalideneinkommens auf der Grundlage der Lohnstrukturerhebungen des Bundesamtes für Statistik auf einen anderen als auf den durchschnittlichen Lohn in allen Wirtschaftszweigen des privaten Sektors («Total») abgestellt wird (BGE 129 V 483 Erw. 4.3.2; RKUV 2001 Nr. U 439 S. 347 [U 240/99]). Diese Ausnahmeregelung kommt indessen nur zum Zuge, wenn der Verwertbarkeit der verbliebenen Arbeitsfähigkeit derart enge Grenzen gesetzt sind, dass praktisch alle Tätigkeiten eines bestimmten

Wirtschaftszweiges ausser Betracht fallen (RKUV 2001 Nr. U 439 S. 348 f. Erw. 3c/cc).“ (STFA del 15 marzo 2006 nella causa L., U 471/05) Inoltre , occorre evidenziare che in una sentenza I 793/06 del 4 ottobre 2007, pubblicata in plädoyer 1/08 pag. 69 e seg., l’Alta Corte ha ancora avuto modo di confermare la necessità di procedere ad una riduzione del reddito da invalido nel caso in cui l’assicurato sia in grado di svolgere un’attività adeguata unicamente a tempo parziale. Tale riduzione deve essere stabilita in maniera precisa. In quel caso, relativo a un assicurato ancora abile al lavoro soltanto in misura del 50%, la riduzione del reddito è stata quantificata al 10% (contrariamente a quanto ritenuto dai primi giudici, che avevano considerato corretta una riduzione del 9%). In una sentenza 9C\_235/2008 del 12 febbraio 2009, pubblicata in SVR 10/2009 IV nr. 43, concernente il caso di un assicurato con una capacità lavorativa residua del 70%, il Tribunale federale ha confermato la correttezza della riduzione percentuale del 10% applicata dai primi giudici, in sostituzione della scelta dell’amministrazione – la quale non aveva accordato alcuna riduzione sul reddito statistico da invalido – ritenendo che la decisione dei giudici cantonali, presa dopo una valutazione globale della situazione dell’assicurato nel quadro di una ripresa dell’attività lavorativa su un mercato del lavoro in equilibrio, apparisse meglio appropriata alla situazione (cfr. I 174/05 del 25 luglio 2005 c. 2.2-2.8.) e non contraria al diritto. Per quel che riguarda la percentuale di riduzione per gli impedimenti alla salute, in una sentenza 8C\_604/2007 del 7 aprile 2008, il Tribunale federale, contrariamente ai primi giudici, ha ritenuto corretta la riduzione percentuale del 10% del reddito statistico stabilita dall’amministrazione, per tener conto unicamente delle limitazioni funzionali derivanti dal danno alla salute di un assicurato, che da un punto di vista medico era risultato pienamente abile al lavoro in attività adatte al suo stato di salute. L’Alta Corte ha sottolineato che nella fattispecie in esame, l’attribuzione di una riduzione del 15%, stabilita dai primi giudici, senza motivazione, anziché del 10%, come operato dall’amministrazione, non era giustificata, dato che l’età, la nazionalità, gli anni di servizio presso il precedente datore di lavoro e il tasso di occupazione esigibile (del 100%) dall’assicurato non costituivano degli elementi capaci di influire sul reddito da invalido dell’interessato sul mercato del lavoro. Tutto ben considerato, quindi, conformemente alla giurisprudenza appena citata, il TCA è dell’avviso che con una riduzione globale del 15% si tenga adeguatamente conto delle specifiche circostanze del caso concreto, ossia del fatto che lavorando a tempo parziale (50%; cfr. consid. 2.10.) l’interessato può percepire un salario inferiore rispetto ad una persona impiegata al 100% e degli impedimenti funzionali derivanti dal danno alla salute. Procedendo quindi al raffronto dei redditi nell’attività di impiegato di commercio, con riferimento al 2011, partendo da un salario da invalido di fr. 47'821.20 e ritenuta un’esigibilità dal profilo medico del 50% , ammettendo la riduzione del 15%, il reddito ipotetico dell’insorgente ammonta, quindi, a fr. 20'324.-- (fr. 23'910.60 - (fr. 23'910.60 x 15 : 100)) . C onfrontando ora questo dato con l’ammontare del reddito da valido nel medesimo anno di fr. 43'791, emerge un tasso d’invalidità del 53.6%, arrotondato al 54% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2. = SVR 2004 UV Nr. 11 pag. 41), percentuale che dà in ogni caso diritto ad una mezza rendita di invalidità .

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