

## **TI\_GERICHTE 32.2013.195 vom 15. September 2014**

TI Tribunale d'appello, 2014-09-15, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2013.195](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2013.195)

FR: TI\_GERICHTE 32.2013.195 du 15 septembre 2014

IT: TI\_GERICHTE 32.2013.195 del 15 settembre 2014

### **Regeste**

Soppressione della rendita in via di riconsiderazione. Conferma del manifesto errore e della sua rilevanza. Escluso un peggioramento dello stato valetudinario. Invio degli atti all'Ufficio AI per esaminare, nell'ambito di una nuova domanda di prestazioni, la situazione dopo la decisione contestata

### **Erwägungen**

#### **E. 18**

ottobre 2007 consid. 2.2 e I 907/06 del 7 maggio 2007 consid. 3.2.1). Infine, in una sentenza I 406/05 del 13 luglio 2006 consid. 6, l'Alta Corte ha dichiarato manifestamente errata la decisione formale mediante la quale l'Ufficio AI aveva riconosciuto a un assicurato una mezza rendita di invalidità per il motivo che, nella sua abituale professione di coiffeur, presentava un'inabilità lavorativa del 50% (con corrispondente riduzione del reddito). Secondo il TFA, l'amministrazione avrebbe invece dovuto esaminare se l'assicurato, sul mercato generale del lavoro, esercitando un'attività sostitutiva, era in grado di meglio valorizzare la sua capacità lavorativa residua. Giusta l'art. 88bis cpv. 2 OAI, la riduzione o la soppressione della rendita è messa in atto, al più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione (lett. a). Essa può però intervenire anche retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante, se l'erogazione illecita è causa dell'ottenimento indebito di una prestazione per l'assicurato oppure se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'articolo 77 (lett. b). L'art. 88bis OAI è applicabile non solo in caso di revisione ma anche in caso di modifica del diritto alla rendita stabilito in via di riesame (riconsiderazione) (Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 30/31 (17 ATSG), pag. 395; Müller, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, 2003, pag. 95). Condizione necessaria per l'applicazione dell'art. 88bis OAI è che l'errore giustificante una riconsiderazione concerna un argomento specifico dell'AI. La riduzione o soppressione della rendita a seguito di riconsiderazione avviene quindi di principio, giusta l'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI, con effetto pro futuro, eccezion fatta per i casi in cui l'assicurato ha violato il suo obbligo di informare, nel qual caso una modifica ha effetto ex tunc (art. 88bis cpv. 2 lett. b OAI; DTF 110 V 297 e 330, 119 V 432; Müller, op. cit., pag. 95ss). Il TFA ha pure stabilito che l'inizio della soppressione con effetto ex nunc della rendita va stabilito in applicazione analogica dell'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI (DTF 111 V 197). 2.5. In merito 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 bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c; in fine con rinvii). 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 (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008). In una sentenza del 14 luglio 2009, (9C\_323/2009), pubblicata in SVR 2009 IV Nr. 56, pag. 174, il TF, richiamati l'art. 59 cpv. 2bis LAI che regola i servizi medici regionali e l'art. 49 OAI che stabilisce i compiti, ha sottolineato che a un rapporto del SMR può essere riconosciuta la qualità di perizia, anche se è stato redatto senza aver visitato personalmente l'assicurato. Al riguardo, l'Alta Corte, nella sentenza 9C\_524/2010 del 27 ottobre 2010, ha precisato quanto segue: "(...) per il nuovo art. 59 cpv. 2bis LAI, in vigore dal 1° gennaio 2008 e - almeno in parte - applicabile in concreto, i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPGa - ad esercitare un'attività lucrativa o a svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. A questo riguardo va ricordato che scopo e senso del nuovo disposto come pure del nuovo art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. sentenza 9C\_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174 con riferimenti). (...) (STF 9C\_524/2010 del 27 ottobre 2010, consid. 2) Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C\_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C\_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché 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, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353 ) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010, consid. 3.4 e i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). Infine, 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). 2.6. Nel caso concreto l'errore manifesto delle decisioni 22 marzo 2013 risiede nel fatto che la relativa valutazione medica si fondava sul rapporto 3 dicembre 2012 del dr. \_\_\_\_\_, attivo presso il SMR, il quale aveva definito la residua capacità lavorativa in attività adeguate unicamente sulla base dei rapporti dei medici

curanti, senza tener conto dell'esito della perizia reumatologica del dr. \_\_\_\_\_ 9 ottobre 2012 (doc. AI 33), tra l'altro richiesta dallo stesso medico SMR (doc. Ai 30). In effetti, nella citata perizia 9 ottobre 2012 il dr. \_\_\_\_\_ aveva concluso come segue: " (...) Giudico come lavoro adatto allo stato di salute attuale, un'attività che tiene pienamente conto della capacità funzionale e di carico residua, descritto nell'allegato. In un lavoro adatto allo stato di salute, giudico l'assicurato abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8 – 9 ore, con un rendimento dell'80 % a decorrere dal 15.11.2012 (a distanza di 6 mesi dall'intervento di decompressione-stabilizzazione del rachide lombare caudale del 15.5.2012), rendimento che raggiungerà il 100% a decorrere dal 15.5.2013, dopo un ulteriore periodo di riabilitazione intensa della muscolatura. Come già stabilito in precedenza dal perito ortopedico Dr. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, il 24.8.2011, per le ultime attività professionali espletate di carrozziere, rispettivamente come fornitore di bibite indipendente, senza operai in grado di assumere le mansioni di questa professione, può essere assunta un'inabilità lavorativa praticamente completa. Dal momento dell'ultima valutazione peritale del 24.8.2011, fino alla data del recente intervento neurochirurgico del 15.5.2012, l'assicurato in un lavoro adatto allo stato di salute viene considerato abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale, ma con una diminuzione del rendimento del 50%. È giustificata un'inabilità lavorativa totale dal momento dell'intervento neurochirurgico del 15.5.2012 fino al 14.11.2012." (Sottolineature del redattore; doc. AI 33/8). Con annotazioni 11 ottobre 2012 il dr. \_\_\_\_\_ aveva in particolare indicato la necessità di un aggiornamento degli atti medici "dopo la metà di novembre" (doc. AI 34), ciò che è avvenuto il 20 novembre 2012 (doc. AI 37). Da tale aggiornamento fra l'altro risulta: il rapporto 23 novembre 2012 del medico curante, dr. \_\_\_\_\_, che aveva fatto presente di valutare la capacità lavorativa dopo l'intervento di decompressione del 15 maggio 2012 (doc. AI 37) ed il rapporto 26 giugno 2012 in cui il dr. \_\_\_\_\_ aveva valutato il decorso post-operatorio come "abbastanza favorevole" (doc. AI 37/7). Infine, nel certificato di malattia del 7 novembre 2011 il citato medico indicava un'incapacità lavorativa del 50%, da intendersi nell'abitua- le attività (doc. 21/1 incarto Cassa malati). Con annotazioni 3 dicembre 2012 il succitato medico SMR aveva concluso che "dalle relazioni del dr. \_\_\_\_\_, nonché da quella del medico curante, si evince che lo stato di salute dell'assicurato non è ancora stabilizzato. Continua a riportare dolori diffusi nonostante le continue sedute di fisioterapia necessarie per rinforzare la muscolatura ", proponendo una rivalutazione tra 6 mesi, previo aggiornamento degli atti medici, principalmente di quelli reumatologici/neurologici (doc. AI 40/3). Ciononostante, nelle medesime annotazioni, il dr. \_\_\_\_\_ aveva attestato un'inabilità lavorativa del 50% in attività adeguate, dopo un periodo di incapacità dovuta alla summenzionata operazione, senza tuttavia menzionare la perizia del dr. \_\_\_\_\_. Di conseguenza, con rapporto 20 dicembre 2012 la consulente in integrazione professionale aveva determinato un grado d'invalidità del 50% (doc. AI 43). In queste circostanze, al momento delle decisioni 22 marzo 2013 l'Ufficio AI doveva fare riferimento alla perizia del dr. \_\_\_\_\_, completa, dettagliata e convincente, alla quale andava conferito valore probatorio pieno (cfr. consid. 2.5), il quale, come visto sopra, aveva valutato, a partire dal 15 novembre 2011, un'abilità lavorativa dell'80% in attività adeguate, da intendersi quale diminuzione di rendimento del 20% nell'arco di una giornata lavorativa di 8-9 ore. Nondimeno va rilevato che nel rapporto 21 maggio 2014 del dr. \_\_\_\_\_ al Caposervizio di Neurochirurgia dell'Ospedale \_\_\_\_\_, dr.ssa \_\_\_\_\_, di cui si parlerà più diffusamente nel seguente considerando, riferendosi all'intervento di decompressione ha evidenziato che il risultato è

stato buono "... nel senso che il paziente non lamenta più blocchi iperalgici e la sciatalgia di topografia L 5 a destra è regredita", anche se permangono i dolori lombari agli arti inferiori (doc. E1). Quindi, l'intervento in parola ha portato un miglioramento – seppur non totale – delle condizioni salute dell'assicurato, ciò che giustifica la maggiore capacità lavorativa in attività adeguate (80%) attestata dal dr. \_\_\_\_\_ rispetto a quella presente prima dell'operazione (50%).

2.7. Occorre ora ricordare che la modifica (nel senso di una soppressione o di una riduzione) in via di riconsiderazione di una rendita presuppone in ogni caso che, dall'assegnazione della prestazione, non siano intervenute modifiche della situazione giuridicamente rilevante che giustifichino il mantenimento della rendita alle condizioni precedentemente ammesse (art. 17 LPG; STF 9C\_768/2010 del 10 novembre 2010 consid. 2.2; I 859/05 del 10 maggio 2006 consid. 2.3; I 222/02 del 19 dicembre 2002 consid. 5.1). Nel caso in esame, non risulta che sino al momento della decisione contestata (secondo giurisprudenza, la decisione contestata delimita dal punto di vista temporale il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1 pag. 220 con riferimenti), ossia al 1° ottobre 2013, sia subentrato un rilevante peggioramento delle condizioni di salute dell'assicurato tali da giustificare il mantenimento del diritto alla rendita e questo per i motivi che seguono. Con rapporto 10 giugno 2013, quindi poco dopo un anno dell'intervento di decompressione, il dr. \_\_\_\_\_ segnala ancora dolori lombari cronici, attestando un'incapacità lavorativa del 50% in attività confacenti (doc. AI 56). Come detto al considerando precedente, i dolori lombari sono rimasti ma la succitata operazione ha portato dei miglioramenti ed un conseguente aumento della capacità lavorativa. Del resto, nelle annotazioni 5 agosto 2013 il dr. \_\_\_\_\_ del SMR, dopo aver esaminato il succitato rapporto del dr. \_\_\_\_\_, sostiene che rispetto alla perizia non risulta alcun peggioramento (doc. AI 58). Diversa è solo la valutazione della capacità lavorativa. Con certificato 4 dicembre 2012, quindi dopo la decisione contestata, il medico curante conferma, nonostante l'intervento, dolori lombari, cedimenti alla gamba sinistra e difficoltà motoriche (doc. B2). Nel successivo certificato 23 gennaio 2013 il dr. \_\_\_\_\_ parla di una nuova esacerbazione dei dolori alla colonna vertebrale, anticipando che il suo paziente si sottoporrà ad una valutazione neurochirurgica (doc. C3). Nel primo dei due rapporti datati 17 marzo 2014, quello relativo alla visita del 21 gennaio 2014, il Caposervizio di Neurochirurgia dell'Ospedale Regionale di \_\_\_\_\_, dr.ssa \_\_\_\_\_, rileva in particolare come le lombalgie croniche non siano mutate dopo il citato intervento di decompressione, che dall'esame clinico non si evidenzia un deficit neurologico e che la risonanza magnetica non mostra gravi patologie (doc. D2). Nel secondo rapporto (concernente la visita del 25 febbraio 2014) si ipotizza fra l'altro un possibile re-intervento neurochirurgico e si consiglia una visita reumatologica (doc. D1). Nelle annotazioni 10 aprile 2014 il dr. \_\_\_\_\_, esaminata la succitata nuova documentazione, sostiene che non vi sia una sostanziale modifica dello stato di salute dell'assicurato rispetto alla perizia del dr. \_\_\_\_\_ (XII/1). Questa valutazione è del resto confermata dal dr. \_\_\_\_\_, il quale nel rapporto 21 maggio 2014 all'Ufficio AI, dopo aver visto l'assicurato per un consulto inviato dalla dr.ssa \_\_\_\_\_, fra l'altro attesta: "(...) Un lavoro leggero e adatto è un lavoro che eviti posizioni statiche prolungate, sia variato nella misura del possibile, eviti movimenti ripetitivi di flessione-estensione o rotazione del tronco e permetta il rispetto delle regole di ergonomia della schiena. In una tale attività il paziente dovrebbe poter raggiungere una capacità lavorativa dell'80%." (Sottolineatura del redattore, doc. E2) Certo, nel succitato rapporto lo specialista in reumatologia evidenzia come in data 10 aprile 2014 l'assicurato abbia subito un pesante

intervento addominale per un carcinoma, segnalando anche un ricovero per ragioni psichiatriche. Egli ritiene pertanto utile una valutazione multidisciplinare, d'ordine reumatologico, psichiatrico, chirurgico, oncologico e neurologico (doc. E2). In questo contesto il TCA condivide le annotazioni 17 giugno 2014 il cui dr. \_\_\_\_\_, dopo aver visionato i citati rapporti 21 maggio 2014 (quello alla dr.ssa \_\_\_\_\_ e quella all'Ufficio AI) del dr. \_\_\_\_\_, ha concluso: "(...) Valutazione: peggioramento stato di salute con IL 100% per qualsiasi attività dal 14.4.2014 per almeno 6 mesi con seguente indicazione ad aggiornamento del caso. Peggioramento stato di salute posteriore la decisione del 1.10.2013." (doc. XVIII/bis) Spetterà quindi all'Ufficio AI, al quale vanno inviati gli atti, valutare nell'ambito di una nuova domanda di prestazioni le implicazioni di suddetto peggioramento. 2.8. In merito alla valutazione economica, rimasta incontestata, rispettivamente alla determinazione del grado d'invalidità va fatto riferimento al relativo calcolo esposto nella decisione contestata. Va fatto presente che il momento determinante per il raffronto dei redditi è il 2012, anno in cui risale il miglioramento della situazione valetudinaria accertata dal dr. \_\_\_\_\_ nella menzionata perizia 9 ottobre 2012. Per quanto riguarda il reddito da valido, avendo l'assicurato terminato al 31 dicembre 2010 la sua attività indipendente di commerciante di bibite, l'Ufficio AI ha correttamente preso in considerazione il reddito statistico risultante dalle tabelle RSS edite dall'Ufficio federale di statistica (categoria 4.2, attività semplici e ripetitive, valore mediano) che, aggiornato la 2011, ammonta a fr. 61'894,75.-- annui. Per quanto riguarda al reddito da invalido valgono le seguenti considerazioni. Come visto sopra, da un punto di vista medico, l'attività abituale indipendente non è più esigibile mentre che in un'attività adeguata la capacità lavorativa è totale. In base all'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) l'assicurato deve 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 (STF 9C\_924/2011 del 3 luglio 2012 consid. 5.2; STFA I 543/03 del 27 agosto 2004 consid. 4.3 e I 224/01 del

## **E. 22**

ottobre 2001 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. In concreto, allorquando nel 2012 è stato riconosciuto abile al lavoro all'80% in un'attività adeguata, l'assicurato non aveva ancora compiuto i 43 anni per cui, da un punto di vista oggettivo nulla ostava ad un cambiamento dell'attività lavorativa giacché non aveva ancora raggiunto l'età a partire dalla quale la giurisprudenza considera generalmente che non esistono possibilità per valorizzare la capacità lavorativa residua in

un mercato del lavoro ritenuto equilibrato (cfr. STF 9C\_578/2009 del 29 dicembre 2009, pubblicata in SVR 2010 IV Nr. 37, con-sid. 4.3.2). Inoltre, i posti di lavoro esigibili, riportati nel citato rapporto 20 dicembre 2013 del consulente in integrazione professionale (doc. AI 43) non erano così limitati da rendere incerta la possibilità di trovare un'occupazione in un mercato del lavoro ritenuto equilibrato e nemmeno l'assicurato aveva addotto delle ragioni soggettive che avrebbero dovuto imporre di concludere per l'impossibilità di un cambiamento dell'attività lavorativa. Del resto, dal colloquio del 15 aprile 2013 con la responsabile in integrazione AI risulta chiaramente la volontà dell'assicurato di cambiare professione (cfr. doc. AI 51). Il reddito da invalido è stato calcolato utilizzando i salariali statistici [secondo giurisprudenza, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (STF 8C\_334/2008 del 26 novembre 2008, consid. 11; SVR 2007 UV nr. 17, STFA I 222/04 del 5 settembre 2006)]. Tenendo inoltre conto di una capacità al guadagno residua dell'80% l'amministrazione ha determinato il reddito da invalido in fr. 49'515,80. Dal raffronto dei redditi è risultato un grado d'invalidità del 20% che non raggiunge il minimo pensionabile del 40% ex art. 28 cpv. 2 LAI [  $(61'894,75 - 49'515,80) \times 100 : 61'894,75$  ]. 2.9. Visto quanto sopra, ritenuto che l'assicurato non presentava un grado d'invalidità pensionabile, le decisioni del 22 marzo 2013 di riconoscimento ed erogazione di una rendita dal 1° marzo 2013 risultano essere manifestamente errate e la loro correzione ha un'importanza rilevante, motivo per cui rettamente l'Ufficio AI ha proceduto alla loro riconsiderazione. Trattandosi di un errore relativo ad elementi specifici dell'AI, ritenuto che l'assicurato non ha violato alcun obbligo d'informazione, l'amministrazione ha correttamente soppresso, in analogia all'art. 88bis OAI, la rendita dal 1° gennaio 2014, vale a dire il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione (cfr. consid. 2.4). In queste circostanze la decisione contestata merita conferma mentre il ricorso va respinto. 2.10. 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 complessivi fr. 500.-- sono poste a carico dell'assicurato.

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