

TI_GERICHTE 32.2014.40 vom 25. Februar 2014

TI Tribunale d'appello, 2014-02-25, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2014.40

FR: TI_GERICHTE 32.2014.40 du 25 février 2014

IT: TI_GERICHTE 32.2014.40 del 25 febbraio 2014

Erwägungen

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). 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). L'art. 72bis OAI, in vigore dal 1° marzo 2012, dedicato alle perizie mediche pluridisciplinari stabilisce al cpv. 1 che "Le perizie che interessano tre o più discipline mediche sono eseguite da un centro peritale con cui l'Ufficio federale ha concluso una convenzione" e al cpv. 2 che "i mandati sono attribuiti con metodo aleatorio". Per mettere in pratica quanto prescritto all'art. 72bis cpv.2 OAI l'UFAS ha allestito il sistema di attribuzione "Suisse MED@P" (cfr. R. Kocher, SuisseMed@P a deux ans: où en sommes-nous?" in Sécurité sociale 5/2014, pag. 288 e seg.; vedi DTF 138 V 271). In una sentenza pubblicata in DTF 140 V 508, consid. 3.1 e 3.2.1. il Tribunale federale ha ribadito che la scelta del perito in ambito di perizie mediche pluridisciplinari deve sempre avvenire secondo il metodo aleatorio (vedi pure DTF 139 V 349 consid. 5.2.1; DTF 138 V 271 consid. 1.1.). A proposito dei rapporti del medico curante, l'Alta Corte ha stabilito che secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del legame di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_947/2011 del 27 gennaio 2012; 8C_5/2011 del 27 giugno 2011; 8C_790/2010 del 15 febbraio 2011; 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc). La giurisprudenza federale sottolinea così costantemente la necessità di tenere conto della differenza, a livello probatorio, tra mandato di cura e mandato peritale (cfr. STF 9C_697/2013 del 15 novembre 2013 consid. 3.2.; 9C_721/2012 del 24 ottobre 2012 consid. 4.4. con riferimenti; 9C_457/2012 del 28 agosto 2012, consid. 6.2.). Il Tribunale federale ha comunque già avuto modo di sottolineare che non va dimenticata la potenziale forza dei rapporti del medico curante, alla luce del fatto che quest'ultimo ha l'occasione di osservare il paziente durante un periodo di tempo prolungato (cfr. Pladoyer 3/09 p. 74 e sentenza 9C_468/2009 del 9 settembre 2009, consid. 3.3.1; D. Cattaneo, in "Les expertises en droit des assurances sociales", in Cahiers genevois et romands de sécurité sociale n° 44-2010 pag. 124). Questa giurisprudenza viene applicata da questo Tribunale (cfr. ad esempio sentenza 32.2013.183 del 20 ottobre 2014, attualmente pendente davanti al Tribunale federale; sentenza 32.2012.185 del 14 febbraio 2013; sentenza 32.2011.326 del 31 maggio 2012; sentenza 32.2011.200 del 19 gennaio 2012; sentenza 32.2010.308 del 19 maggio 2011; sentenza 32.2010.137 del 21 marzo 2011) e dal Tribunale amministrativo federale (cfr. sentenza C-2693/2007 del 5 dicembre 2008). 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. Nella decisione del 25 febbraio 2014, l'amministrazione ha attribuito all'assicurato una mezza rendita d'invalidità dal 1° giugno 2010, versata dal 1° agosto 2010 ai sensi dell'art. 29 cpv. 1 LAI, al 28 febbraio 2011 e una rendita intera dal 1° marzo 2011 fino al 31 maggio 2013 ritenuto che dalla valutazione medica svolta in ambito LAINF, seguita da un raffronto dei redditi, è emerso che l'interessato non presenta un grado di invalidità pensionabile, dopo tale data. Il TCA è, quindi, ora chiamato a valutare, alla luce di quanto esposto ai considerandi 2.2. e 2.3., se l'UAI ha correttamente o meno soppresso la rendita spettante a RI 1, a far tempo dal 1° giugno 2013.

2.7. La nozione di invalidità in ambito AI coincide di massima con quella

vigente in materia LAINF (e di assicurazione militare), motivo per cui la determinazione della stessa, anche se viene apprezzata indipendentemente dal singolo assicuratore sociale, addebitabile ad un medesimo danno alla salute, conduce in via generale ad un uguale tasso (DTF 127 V 135, 126 V 291, 119 V 470 consid. 2b con riferimenti). Il TFA ha quindi ribadito la funzione coordinatrice del concetto unitario dell'invalidità nei diversi settori delle assicurazioni sociali. Questo per evitare che, in presenza della medesima fattispecie, diversi assicuratori apprezzino in modo differente il grado d'incapacità al guadagno (DTF 131 V 120). Ciononostante, il singolo assicuratore non è tenuto ad assumere automaticamente il grado d'invalidità fissato da un altro assicuratore senza predisporre i propri accertamenti, dall'altra parte esso non può determinare il tasso dell'incapacità al guadagno totalmente indipendentemente da quanto già deciso da un altro assicuratore sociale, non essendo tuttavia escluse delle differenti valutazioni (DTF 127 V 135; 126 V 292, 119 V 471). In tal senso, in una sentenza del 26 luglio 2000, pubblicata in DTF 126 V 128ss (cfr. anche Pratique VSI 2001 pp. 79ss), l'Alta Corte ha avuto modo di precisare che quando un infortunio è l'unica causa dell'invalidità, l'AI deve in linea di principio attenersi alla valutazione dell'invalidità cresciuta in giudicato in ambito LAINF. Solo in casi eccezionali, in presenza di motivi pertinenti, può essere determinato un diverso grado d'invalidità, ritenuto che una valutazione diversa non basterebbe, neppure se fosse sostenibile o persino equivalente (DTF 131 V 123). In una decisione U183/98 dell'8 luglio 1999, il TFA ha stabilito che l'assicuratore infortuni non deve scostarsi dalla valutazione dell'assicuratore AI, fintanto che quest'ultimo si fonda su un'istruzione approfondita, sia dal profilo medico che dal punto di vista professionale. Infine, gli organi dell'assicurazione invalidità non sono vincolati e devono scostarsi dalla valutazione dall'assicuratore infortuni, allorquando, ad esempio, quest'ultimo abbia tralasciato di operare un raffronto dei redditi (AHI-Praxis 1998 p. 170). L'aspetto del coordinamento è in seguito stato relativizzato in successive sentenze nelle quali il Tribunale federale ha ritenuto non vincolante la valutazione dell'invalidità da parte dell'assicurazione infortuni o dell'assicurazione invalidità per l'altro assicuratore (DTF 131 V 362; VSI 2004 pag. 182 consid. 4.3 pag. 186 [I 564/02]; cfr. inoltre pure la sentenza U 148/06 del 28 agosto 2007, consid. 6, pubblicata in DTF 133 V 549). L'Alta Corte ha infatti statuito che l'assicuratore infortuni non è legittimato ad opporsi a una decisione o a ricorrere contro una decisione su opposizione dell'Ufficio AI riguardante il diritto alla rendita in quanto tale o il grado d'invalidità, e la valutazione dell'invalidità dell'assicurazione per l'invalidità non esplica effetti vincolanti nei suoi confronti (DTF 131 V 367 consid. 2.2.). Il medesimo principio vale anche nei confronti dell'Ufficio AI con riferimento alla valutazione effettuata dall'assicuratore infortuni (STF U 148/2006 del 28 agosto 2007, pubblicata in DTF 133 V 549). Successivamente il Tribunale federale ha ancora ribadito che, l'assicurazione per l'invalidità non è vincolata alla valutazione dell'invalidità dell'assicurazione contro gli infortuni (cfr. STF 9C_529/2010 del 24 gennaio 2011; DTF 133 V 549 consid. 6). 2.8. Dal punto di vista medico, va in primo luogo analizzato l'aspetto psichico, in quanto RI 1 prima dell'infortunio del 20 dicembre 2010 ha segnalato di soffrire di depressione e ansia (cfr. doc. AI 1-7). Agli atti vi è una valutazione peritale del Dr. _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, svolta per conto dell'assicuratore _____, il quale nel rapporto del 9 dicembre 2009 ha diagnosticato una "Sindrome da disadattamento con prevalente disturbo di altri aspetti emozionali (ICD10 – F43.23). Episodio depressivo di media gravità, con sintomi biologici (ICD10-F32.11). Sindrome ansiosa generalizzata (ICD10 F41.1), in correlazione diretta con Stress psicosociale: malattia oncologica a

prognosi incerta, diagnosticata ad inizio giugno 2009 alla figlia secondogenita nata nel gennaio 2008 (ICD 10 –Z63.6) ” (doc. LaMal 3-3/4). Secondo il perito l’inabilità è completa in ogni attività, ma egli ha predetto la ripresa del lavoro abituale, inizialmente forse a tempo parziale, al più tardi alla fine di febbraio 2010 (doc. LaMal 3-4). Nel rapporto del 17 maggio 2010 il medico curante, Dr.ssa _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, ha indicato una possibile ripresa dell’attività lavorativa al 50% dal mese di giugno 2010 (doc. AI 14-2). La Dr.ssa _____ nel rapporto del 13 febbraio 2011 – e in quello del mese di luglio 2012 – ha quindi fissato un’inabilità al 100% dall’8 marzo 2010 a giugno 2010, del 50% da giugno 2010 a inizio ottobre 2010 rilevando “ miglioramenti dello stato depressivo, in concomitanza con il miglioramento della malattia della figlia ” (doc. AI 26-2, 49-2). N el rapporto finale del SMR del 6 giugno 2011 la Dr.ssa _____ ha posto la diagnosi principale con influsso sulla capacità lavorativa di “ Episodio depressivo di media gravità con sindrome biologica con sindrome ansiosa generalizzata (ICD10 F32.1 e F41.1), in remissione. Problemi di altro tipo correlati al gruppo primario di supporto incluse le circostanze familiari (ICD10 Z63.6) ” riprendendo le conclusioni del medico curante (doc. AI 29-1). Infine, nello scritto del 17 aprile 2013 la Dr.ssa _____ ha indicato che “ non ho più visto il signor RI 1 dal 06.09.2010 ” (doc. AI 68-1). L’Ufficio AI ha quindi concluso fissando l’inabilità al lavoro del 100% dal 8 giugno 2009 al 31 maggio 2010, del 50% dal 1° giugno 2010 al 30 settembre 2010, mentre dal 1° ottobre 2010 vi è abilità al 100% in ogni attività (doc. AI 85-1). Queste conclusioni possono essere fatte proprie da questa Corte, tanto più che l’aspetto psichiatrico non è più stato sollevato dal ricorrente (cfr. doc. I). In merito invece alle conseguenze somatiche dell’infortunio avvenuto il 20 dicembre 2010, nella valutazione medica di chiusura del 28 febbraio 2013 (rapporto del 4 marzo 2013) il Dr. _____, spec. FMH in chirurgia generale e della mano FMH e medico di circondario ha posto la seguente diagnosi: “(...) incidente della circolazione del 02.12.2010 con Frattura diafisaria dislocata III distale femore destro, intervento di osteosintesi con chiodo femorale bloccato il 20.12.2010 (dott. _____, specialista chirurgia traumatologia FMH). 27.02.2012 meniscectomia parziale menisco mediale ginocchio destro per lesione corno posteriore fecit dott. _____. Sullo stesso trauma frattura pluri-frammentaria intraarticolare polso adominante sinistro, posa di fissatore esterno il 20.12.2010, asportazione fissatore esterno ed osteosintesi definitiva polso sinistro con placca palmare il 28.12.2010. 08.02.2011 AMO placa LCP e posa di una nuova placca Aptus radio distale sinistro, AMO vite distale del chiodo retrogrado del femore sinistro nella stessa seduta (dott. _____). Causa artralgia al polso sinistro in data 27.02.2012 artroscopia, débridement e sinovectomia di questa articolazione fecit dott. _____, specialista FMH chirurgia mano. Già in precedenza il 13.09.2011 era stato effettuato l'AMO del polso sinistro (dott. _____). Sullo stesso infortunio frattura alla base del processo stiloide dell'ulna. Incipienti segni di degenerazione dell'articolazione radiocarpica sinistra. Irritazione del ramo palmare del nervo mediano sinistro con forma sensibile di una sindrome del tunnel carpale a sinistra post-traumatica” (doc. 183, incarto LAINF 35.2013.92). Per quanto riguarda l’esigibilità lavorativa il Dr. _____ ha concluso che l’attività lavorativa di imbianchino pittore con esperienza empirica non è più ritenuta esigibile visti i residui post-traumatici del polso adominante sinistro. Per contro, il medico ha esposto un’esigibilità lavorativa, in attività adeguate, nella misura massima possibile (doc. 183, incarto LAINF 35.2013.92). L’amministrazione ha quindi concluso per un’inabilità lavorativa totale in ogni attività dal mese di dicembre 2010 (data infortunio) e abilità lavorativa completa (100%) in attività adeguate dal 1° marzo 2013. Il TCA non ha

motivi per scostarsi dalle conclusioni emerse dalla valutazione svolta in ambito LAINF, confermate anche dal Tribunale federale nella sentenza 8C_537/2014 del 31 luglio 2015 (consid. 3.3.2).

2.9. Occorre quindi esaminare le conseguenze del danno alla salute subito dal ricorrente 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 nel caso concreto sono determinanti i dati del 2010 (periodo giugno-settembre 2010) e 2013 (periodo dal marzo 2013).

2.9.1. 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). Nel caso concreto, l'amministrazione ha ritenuto di dovere fare capo ai dati statistici per il calcolo del reddito da valido, visto che dopo il 30 settembre 2010 con la cessazione dell'attività della _____, l'assicurato avrebbe dovuto cercare un nuovo datore di lavoro (doc. AI 85-1). L'insorgente, da parte sua, ha postulato l'applicazione di un reddito da valido di fr. 71'213.-- nel 2009 e 2010, di fr. 71'408.10 nel 2011, di fr. 72'513.10 nel 2012 e di fr. 73'188.-- nel 2013 (cfr. doc. I, pag. 2/3). Questi importi erano già stati fatti valere dall'avv. Untersee nel ricorso in ambito LAINF (cfr. sentenza 35.2013.92, pag. 16). Il TCA non ha tuttavia motivo di distanziarsi dal reddito da valido esposto nella sentenza di questa Corte dell'11 giugno 2014 che non è stato contestato dinanzi al Tribunale federale. Come vedremo inoltre (cfr. consid. 2.9.4.) anche applicando questi importi il risultato finale non cambia. Secondo l'assicuratore infortuni (cfr. doc. 191, 192, incarto LAINF 35.2013.92), l'insorgente avrebbe guadagnato, qualora non fosse rimasto vittima dell'infortunio, un importo annuo nel 2010 di fr. 66'413.10 (5'108.70 x 13), mentre nel 2013 di fr. 68'390.14 (fr. 5'260.78 x 13).

2.9.2. Per quanto riguarda invece il reddito da invalido, contestato dal ricorrente, va ricordato che lo stesso è determinato sulla base della 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 ("Soziallohn") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in

particolare perché l'assicurato non ha intrapreso una attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 p. 332 consid. 3c, 1989 p. 485 consid. 3b). Inoltre, va rilevato che, secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. Il TFA ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, 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 (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). L'Alta Corte ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, 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 (SVR 2007 UV nr. 17, STFA del 5 settembre 2006 nella causa P., I 222/04). Con sentenza del 7 aprile 2008 (32.2007.165) questa Corte, fondandosi sulla sentenza U 8/7 del 20 febbraio 2008, ha stabilito che "(...) quando il salario da valido conseguito in Ticino in una determinata professione è inferiore al salario medio nazionale in quella stessa professione, anche il reddito da invalido va ridotto nella medesima percentuale (al riguardo cfr. L. Grisanti, art.cit., in RtiD II-2006 pag. 311 seg., in particolare pag. 326-327) (...)". In un'altra sentenza 8C_399/2007 del 23 aprile 2008 al consid. 6.2 il TF ha lasciato aperta la questione a sapere se l'adeguamento va ammesso solo nel caso in cui il valore fosse chiaramente sotto la media ("deutliche Abweichung"). Tale è di regola stata ritenuta una differenza del 10% (SVR 2004 UV no. 12 pag. 45 consid. 6.2; dell'8% nella sentenza U 463/06 del 20 novembre 2007). La questione è stata definitivamente risolta dalla nostra Massima Istanza, la quale nella sentenza 8C_44/2009 del 3 giugno 2009 ha ricordato che: "3.3 In una recente sentenza 8C_652/2008 dell'8 maggio 2009 (ndr: DTF 135 V 297), il Tribunale federale, precisando la propria giurisprudenza, ha stabilito che quando il reddito effettivamente conseguito differisce di almeno il 5% rispetto al salario statistico riconosciuto nel corrispondente settore economico, esso deve essere considerato considerevolmente inferiore alla media nel senso della DTF 134 V 322 e può - in caso di adempimento degli altri presupposti - giustificare un parallelismo dei redditi di raffronto (consid. 6.1.2). A questo parallelismo si procederà però soltanto limitatamente alla parte percentuale eccedente la soglia determinante del 5% (consid. 6.1.3). Questa Corte ha nella stessa sentenza confermato che i fattori estranei all'invalidità di cui si dovesse già aver tenuto conto con il parallelismo non possono essere presi in considerazione una seconda volta nell'ambito della deduzione per circostanze personali e professionali." In applicazione della giurisprudenza sviluppata nella sentenza del 7 aprile 2008 (inc. 32.2007.165), utilizzando i dati forniti dalla tabella TA1 elaborata dall'Ufficio federale di statistica, il ricorrente, svolgendo nel 2010 una professione che presuppone qualifiche inferiori nel settore privato svizzero (a proposito della rilevanza delle condizioni salariali nel settore

privato, cfr. RAMI 2001 U 439, p. 347ss. e SVR 2002 UV 15, p. 47ss.), avrebbe potuto realizzare, in media, un salario mensile lordo pari a fr. 4'901.--. Riportando questo dato su 41.6 ore (cfr. tabella B 9.2, pubblicata in *La Vie économique*, 9-2011, p. 94), esso ammonta a fr. 5'097.04 mensili oppure a fr. 61'164.48 per l'intero anno (fr. 5'097.04 x 12, ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa, cfr. STFA del 18 febbraio 1999 nella causa B., U 274/98, p. 5 consid. 3a). Utilizzando invece i dati forniti dalla tabella TA1 2012 elaborata dall'Ufficio federale di statistica, il ricorrente, svolgendo nel 2012 una professione che presuppone qualifiche inferiori nel settore privato svizzero (a proposito della rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439, p. 347ss. e SVR 2002 UV 15, p. 47ss.), avrebbe potuto realizzare, in media, un salario mensile lordo pari a fr. 5'210.--. Riportando questo dato su 41.7 ore (cfr. tabella B 9.2, pubblicata in *La Vie économique*, 3/4-2015, p. 88), esso ammonta a fr. 5'431.42 mensili oppure a fr. 65'177.10 per l'intero anno (fr. 5'431.42 x 12, ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa, cfr. STFA del 18 febbraio 1999 nella causa B., U 274/98, p. 5 consid. 3a). Dopo adeguamento all'indice dei salari nominali (" Nominallohnindex" - cfr. DTF 126 V 81 consid. 7a e STCA del 20 febbraio 2001 nella causa R.), si ottiene, per il 2013 (cfr. tab. B 10.3, pubblicata in *La Vie économique*, 3/4-2015, p. 89, e la stima trimestrale dell'evoluzione dei salari nominali dell'Ufficio federale di statistica), un reddito mensile di fr. 5'469.45 oppure di fr. 65'633.35 per l'intero anno (+0,7 per il 2013).

2.9.3. In ossequio alla giurisprudenza federale, occorre, in seguito, esaminare le 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) e, se del caso, procedere ad una riduzione percentuale del salario statistico medio. La riduzione massima consentita ammonta al 25%, percentuale che consente "... di tener conto delle varie particolarità che possono influire sul reddito del lavoro" (cfr. DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). In una sentenza del 25 luglio 2005 nella causa J., I 147/05, consid. 2, il TFA ha proceduto ad una riduzione del 15% sul reddito statistico da invalido, trattandosi di un assicurato straniero, nato nel 1953 e al beneficio di un permesso di domicilio, che, a causa del danno alla salute, era stato giudicato in grado di svolgere un'attività adeguata in misura del 60%. La nostra Corte federale ha ritenuto suscettibili di incidere sul livello di reddito ancora conseguibile dall'assicurato, gli impedimenti funzionali derivanti dal danno alla salute (10%), così come il fatto di poter lavorare soltanto a tempo parziale (5%). In un'altra pronunzia del 25 luglio 2005 nella causa Y., U 420/04, consid. 2 - riguardante un assicurato straniero, nato nel 1961 e al beneficio di un permesso di domicilio, totalmente abile in attività lavorative leggere da un profilo dell'impegno fisico - lo stesso TFA ha nuovamente applicato una decurtazione del 15% . In una sentenza 35.2004.104 del 25 aprile 2005, il TCA ha fornito alcune indicazioni circa le modalità secondo le quali deve essere applicata la riduzione percentuale sul reddito statistico da invalido, argomentando: " Su quest'ultimo punto, il TCA ha attentamente esaminato alcune recenti sentenze federali e ne ha ricavato l'impressione di una prassi non sempre coerente. A titolo di esempio, in una sentenza del 14 febbraio 2005 nella causa T., I 594/04, consid. 2.3, il TFA ha indicato che l'età dell'assicurato (47 anni al momento del rilascio della decisione impugnata) non rappresentava un fattore di riduzione, stabilendo inoltre che i lavoratori ausiliari, su un mercato equilibrato del lavoro, vengono richiesti a prescindere dalla loro età e quindi che, in queste attività, l'età di per sé non influisce sul livello retributivo. Per conto, in una pronunzia del 20 gennaio 2005 nella causa R., I 138/04, consid. 4.3., la stessa Alta Corte federale ha applicato una riduzione sul reddito statistico da invalido, trattandosi di un

assicurato di 35 anni, dichiarato completamente abile in attività semplici e ripetitive nel settore dei servizi, “en regard de l’âge de l’assuré et des limitations résultant de l’atteinte à sa santé” (la sottolineatura è del redattore). In un’altra sentenza del 23 febbraio 2004 nella causa M., B 67/04, consid. 3.3.2 - concernente un assicurato di 54 anni al beneficio di un permesso di domicilio - l’Alta Corte non ha ritenuto che l’età costituisca un fattore di riduzione. Del resto, con riferimento all’art. 28 cpv. 4 OAINF (cfr. consid. 2.4.), la giurisprudenza federale ha stabilito che questa disposizione torna applicabile agli assicurati che, alla data di inizio della rendita di invalidità, hanno un’età attorno ai 60 anni (cfr. DTF 123 V 419 consid. 1b; SVR 1995 UV 35, p. 105 consid. 2b). Al fine di garantire l’uguaglianza di trattamento fra assicurati (circa la necessità di introdurre dei criteri obiettivi allo scopo di evitare disparità di trattamento, cfr. DTF 123 V 104 consid. 3e, DTF 115 V 138ss. consid. 6-7, 405ss., consid. 4-6; STFA del 24 febbraio 2005 nella causa S., U 80/04, consid. 4.2.1), questo Tribunale – chiamato peraltro, in talune circostanze, a direttamente quantificare la riduzione percentuale (cfr., ad esempio, la STFA del 25 febbraio 2003 nella causa P., U 329 + 330/01) – e visto che il problema si pone in modo analogo in alcuni importanti settori delle assicurazioni sociali (assicurazione per l’invalidità, previdenza professionale, assicurazione contro gli infortuni e assicurazione contro le malattie), ritiene di dover fornire le seguenti indicazioni. Ad ognuno dei fattori di rilievo indicati dalla giurisprudenza federale corrisponde una decurtazione del 5%. Per quanto riguarda specificatamente la riduzione percentuale legata alla limitazione addebitabile al danno alla salute, l’esistenza, in un caso concreto, di impedimenti di una particolare gravità, che in genere limitano l’assicurato anche nell’esercizio di un’attività sostitutiva, può comunque giustificare l’applicazione di una riduzione più elevata (cfr., in questo senso, la STFA del 16 febbraio 2005 nella causa C., I 559/04, consid. 2.2, in cui la Corte federale ha avallato la riduzione decisa dall’amministrazione (15%), trattandosi di un assicurato abile soltanto parzialmente in attività leggere, la STFA del 17 febbraio 2005 nella causa B., I 1/04, consid. 4.3.4, in cui è stata applicata una decurtazione del 10% per tenere conto delle difficoltà legate al danno alla salute e la STFA del 23 febbraio 2005 nella causa B., I 632/04, consid. 4.2.2, in cui è stata confermata una riduzione del 15% per ragioni di salute). La presenza cumulativa di più fattori legittima l’applicazione della riduzione massima del 25% (cfr., in questo senso, la STFA del 4 febbraio 2003 nella causa S., U 311/02, consid. 4.3). Nella già citata sentenza del 23 febbraio 2004 nella causa M., il TFA ha applicato una deduzione globale del 15% motivata dagli impedimenti legati al danno alla salute, ritenendo assenti gli altri fattori di riduzione (anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione)." (STCA succitata, consid. 2.11.) Questa indicazione, posta sulla base dello studio della giurisprudenza federale, di accordare ad ognuno dei fattori di rilievo una decurtazione del 5%, è stata poi ribadita da questo Tribunale nella STCA 32.2012.36 del 31 gennaio 2013, nella quale il TCA - distanziandosi dalla prassi adottata autonomamente dall’Ufficio AI del Canton Ticino sulla base di una direttiva interna che prevede, tra l’altro, delle deduzioni percentuali varianti dall’1% al 10% in funzione delle limitazioni nel portare i pesi - ha evidenziato che l’applicazione della riduzione percentuale deve avvenire utilizzando esclusivamente dei multipli di 5. Con sentenza 9C_179/2013 del 26 agosto 2013, il Tribunale federale ha interamente confermato quanto stabilito da questo Tribunale, sviluppando le seguenti considerazioni: " (...) 5.5. La decisione del Tribunale cantonale di distanziarsi dalla deduzione operata dall’UAI a titolo di circostanze particolari non viola il diritto federale né configura altrimenti un abuso o un eccesso nell’esercizio del potere di apprezzamento poiché poggia su un valido motivo.

Come fanno giustamente notare i giudici di prime cure, nella sua prassi il Tribunale federale applica infatti abitualmente a questo genere di deduzioni dei multipli di 5 quando non si limita semplicemente ad avallare - a causa dell'ininfluenza del calcolo per l'esito della valutazione - il giudizio dell'istanza precedente. L'applicazione di tassi più frazionati si rivelerebbe invece problematica poiché siffatte riduzioni sarebbero difficilmente concretizzabili e quindi anche difficilmente verificabili in sede giudiziaria (cfr. Ulrich Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], in: Murer/Stauffer [ed.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2a ed. 2010, pag. 314). In tali condizioni, rappresentando questo argomento già valido motivo per scostarsi dalla valutazione dell'amministrazione, non occorre verificare oltre l'altro motivo posto a fondamento della pronuncia impugnata e contestato in sede federale, ovvero quello dell' (in) applicabilità di una direttiva amministrativa interna che regoli autonomamente per il proprio Cantone le riduzioni sul reddito statistico da invalido. 5.6. L'UAI si richiama del resto a torto alle sentenze 9C_390/2011 del 2 marzo 2012 e 9C_299/2011 del 21 novembre 2011 per invocare l'esistenza di prassi parallele in altri cantoni. In realtà dalle citate sentenze non emerge nulla di tutto ciò. La "feuille de calcul" menzionata in dette sentenze null'altro è se non il calcolo interno dell'invalidità che precede l'emanazione della decisione amministrativa. Per il resto, è sufficiente il rilievo che anche in quelle vertenze, laddove applicata, la riduzione effettuata dall'ufficio AI interessato corrispondeva a un multiplo di 5." 2.9.4. In concreto, l'amministrazione ha applicato per il periodo dal 1° giugno al 30 settembre 2010 una riduzione dell'8% per ragioni sociali (doc. AI 85-2), mentre per il 2013 una riduzione dell'8% per attività leggere (doc. AI 85-2). 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)." Nel caso di specie, alla luce di quanto stabilito dal Tribunale federale nella sentenza del 26 agosto 2013 (cfr. consid. 2.9.3.), il TCA non può quindi condividere la scelta dell'Ufficio AI di applicare una riduzione dell'8% per ragioni sociali e dell'8% per attività leggere, ma ritiene più corretto applicare in entrambi i casi una riduzione del 10%. Procedendo quindi al raffronto dei redditi (periodo dal 1° giugno 2010 al 30 settembre 2010), partendo da un salario da invalido di fr. 61'164.48 ritenuta un'esigibilità dal profilo medico del 50% e ammettendo la riduzione del 10%, il reddito ipotetico dell'insorgente ammonta, quindi, a fr. 27'524.-- confrontando ora questo dato con l'ammontare del reddito da valido nel medesimo anno di fr. 66'413.10 (consid. 2.9.1) emerge un tasso d'invalidità del 58,5% arrotondato al 59% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid.

3.2. = SVR 2004 UV Nr. 11 pag. 41), percentuale che dà diritto ad una mezza rendita d'invalidità, come stabilito dall'amministrazione. Procedendo quindi al raffronto dei redditi per il 2013, partendo da un salario da invalido di fr. 65'633.35, ammettendo la riduzione del 10%, il reddito ipotetico dell'insorgente ammonta, quindi, a fr. 59'070.-- confrontando ora questo dato con l'ammontare del reddito da valido nel medesimo anno di fr. 68'390.14 (consid. 2.9.1) emerge un tasso d'invalidità del 13,6% arrotondato al 14% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2. = SVR 2004 UV Nr. 11 pag. 41), percentuale che non dà diritto né ad una rendita d'invalidità, né a provvedimenti professionali, come stabilito dall'amministrazione. Di conseguenza, l'Ufficio AI ha correttamente attribuito all'assicurato una mezza rendita d'invalidità dal 1° giugno 2010, versata dal 1° agosto 2010 ai sensi dell'art. 29 cpv. 1 LAI, e una rendita intera dal 1° marzo 2011 fino al 30 maggio 2013, in applicazione dell'art. 88a OAI – che prevede che se la capacità al guadagno dell'assicurato o la capacità di svolgere le mansioni consuete migliora oppure se la grande invalidità o l'assistenza dovuta all'invalidità si riduce, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante soppriime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (cfr. STF 9C_971/2009 del 14 giugno 2011 consid. 3.1). La decisione del 25 febbraio 2014 deve dunque essere confermata su questo punto. 2.10. Rimane da esaminare la questione del sovraindennizzo. Giusta l'art. 68 LPGa, le indennità giornaliere sono cumulabili con le rendite di altre assicurazioni sociali, salvo sovraindennizzo. La riserva relativa al sovraindennizzo, contemplata all'art. 68 LPGa, si riferisce all'ordinamento ancorato all'art. 69 LPGa (U. Kieser, ATSG Kommentar, Zurigo-Basilea-Ginevra 2003, ad art. 68, n. 17). A norma dell'art. 69 cpv. 1 LPGa, il concorso di prestazioni delle varie assicurazioni sociali non deve provocare un sovraindennizzo dell'avente diritto. Per il calcolo del sovraindennizzo sono considerate soltanto le prestazioni di medesima natura e destinazione fornite all'avente diritto in base all'evento dannoso. Vi è sovraindennizzo se le prestazioni sociali legalmente dovute superano il guadagno di cui l'assicurato è stato presumibilmente privato in seguito all'evento assicurato, incluse le spese supplementari provocate dallo stesso evento ed eventuali diminuzioni di reddito subite da congiunti (cpv. 2). Le prestazioni pecuniarie sono ridotte dell'importo del sovraindennizzo. Sono esenti da riduzioni le rendite dell'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti e dell'assicurazione per l'invalidità nonché gli assegni per grandi invalidi e per menomazione dell'integrità. Per le prestazioni in capitale è tenuto conto del valore della corrispondente rendita (cpv. 3). Sapere se le indennità giornaliere vanno ridotte (art. 69 cpv. 3 prima frase LPGa), rispettivamente, se quelle versate di troppo possono essere richieste in restituzione (art. 25 LPGa), va stabilito in base ad un conto globale per tutta la durata di percezione delle indennità giornaliere (DTF 117 V 394 consid. 3b). Secondo la RAMI 2000 U 376, p. 182, il calcolo globale deve essere operato unicamente dopo la fine della corresponsione delle indennità giornaliere. Il periodo di computo determinante per il calcolo globale ha inizio con la nascita del diritto all'indennità giornaliera (STFA del 21 marzo 2003 nella causa S., U 367/01, consid. 6 e STFA dell'8 novembre 1991 nella causa G., U 15/91). Secondo il ricorrente non è possibile riconoscere un "sovraindennizzo" all'assicuratore malattia Concordia e al precedente datore di lavoro, D.M. e Co SA in liquidazione, superiore a fr. 7'127.10. Ovvero, all'importo corrispondente alle rendite AI versate dal mese di agosto 2010 al 23 dicembre 2012, essendo poi subentrato l'infortunio (cfr. doc. I, pag. 2). Gli importi riconosciuti

dall'UAI a favore dell'assicuratore malattia (fr. 3'006.--) e all'ex datore di lavoro (fr. 4'549.60) devono pertanto – secondo l'avv. RA 1 – essere adeguati a questo limite (cfr. doc. I, pag. 2). Egli, ha quindi contestato che il precedente datore di lavoro “ abbia diritto a percepire un importo a titolo di sovraindennizzo per le prestazioni AI ricevute ” ritenendo a titolo subordinato che faccia stato quale limite per il sovraindennizzo “ solo quanto eccede l'importo salariale lordo (comprensivo di tutte le indennità e AF) che l'assicurato avrebbe percepito presso il datore di lavoro senza danno alla salute ” (cfr. doc. I, pag. 2). In sede di risposta, l'Ufficio AI ha prodotto la seguente presa di posizione del 5 maggio 2014 della Cassa di compensazione _____: “Presa di posizione Secondo la decisione del 25.02.2014 l'assicurato ha diritto ad una rendita AI dal 01.08.2010 limitata fino al 31.05.2013. Il pagamento retroattivo ammonta in totale di Fr. 93'293.00 più l'interessi di mora. Le domande di compensazione di pagamenti retroattivi dell'AVS/AI e dell'IPG (indennità di maternità) sono state presentate alle istituzioni seguenti: _____ Cassa di disoccupazione _____ RI 1 _____ Secondo la decisione del 25.02.2014 sono stati effettuati i pagamenti seguenti a favore di: _____

	= Fr. 4'549.60 Cassa di disoccupazione _____ =	Fr. 6'888.10
	= Fr. 36'923.00 _____	
	= Fr. 3'006.00 RI 1	= Fr. 43'983.30

Verificando di nuovo il caso, abbiamo constatato che il pagamento per la ditta _____ non è corretto. Secondo le domande di compensazione fatte il 08.08.2013 hanno diritto ad un pagamento retroattivo la Cassa di disoccupazione _____, la _____, la _____ e l'assicurato. La _____ non ha chiesto compensazione. Il pagamento per la _____ per il periodo 01.08.2010 fino al 30.09.2010 è corretto (vedasi il conteggio e condizioni generali delle assicurazioni della _____ del 23.08.2013). In questo caso rivedremo la decisione del 25.02.2014 e verseremo il pagamento di Fr. 4'549.60 all'assicurato RI 1 e chiederemo tramite una decisione di restituzione il rimborso presso la ditta _____” (doc. IV). Alla luce della risposta della Cassa, il TCA non può che confermare la decisione impugnata. La D.M. e Co. SA in liquidazione aveva chiesto in data 8 agosto 2013 la compensazione delle prestazioni versate per il periodo dal 1° agosto al 30 settembre 2010, per un importo di fr. 4'549.60. Importo che è stato versato dalla Cassa con la decisione del 25 febbraio 2014 (doc. AI 97-3). Con la presa di posizione del 5 maggio 2014 la Cassa ha comunicato di aver erroneamente versato i fr. 4'549.60 alla _____ e che provvederà a chiederne il rimborso tramite una decisione di restituzione e a versarlo all'assicurato (cfr. doc. IV). Per contro, il pagamento di fr. 3'006.-- all'assicuratore malattia _____, per il periodo dal 1° agosto al 30 settembre 2010, è corretto (cfr. scritto _____ del 23 agosto 2013, doc. IV). Le conclusioni dell'amministrazione possono essere fatte proprie dal TCA. L'insorgente, con scritto del 28 maggio 2014, non ha più sollevato obiezioni sulla presa di posizione e le correzioni della Cassa (cfr. doc. VI+bis). Anche su questo punto la decisione del 25 febbraio 2015 deve essere accolta. 2.11. 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, 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.