

TI_GERICHTE 32.2017.28 vom 25. Januar 2017

TI Tribunale d'appello, 2017-01-25, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2017.28

FR: TI_GERICHTE 32.2017.28 du 25 janvier 2017

IT: TI_GERICHTE 32.2017.28 del 25 gennaio 2017

Regeste

Aumento della rendita in via di revisione. Per l'inizio del peggioramento vale la perizia di parte e non quella ordinata dall'amministrazione. Reintegrabilità in un'attività semplice e ripetitiva. Calcolo della rendita

Erwägungen

E. 1

luglio 2016 (doc. AI 248/815-819), poste le diagnosi note, ha confermato un peggioramento della patologia reumatologica dal 7 giugno 2016 (data della visita del dr. _____; cfr. doc. AI 247/1) attestando un'invalidità lavorativa continua del 75% nell'attività abituale di croupier e del 30% fino al 6 giugno 2016 e del 50% dal 7 giugno 2016 in un'attività adeguata rispettosa dei limiti funzionali posti. Dal canto suo il consulente in integrazione nella valutazione del 26 ottobre 2016 (doc. AI 251/822-823) ha concluso che "(...) dal lato medico vi è un'esigibilità lavorativa ridotta. Tenuto conto della CL ridotta e delle limitazioni presenti, non sono proposti provvedimenti professionali che non permetterebbero una riduzione del grado AI. Sarà da rivalutare la situazione medica e in funzione del decorso dello stato di salute, tenuto conto della giovane età, provvedimenti professionali potranno essere riesaminati. L'A. può richiedere sostegno nella ricerca di un impiego confacente alla sua situazione di salute. Su tale base si procede alla chiusura del mandato di reintegrazione-esame. (...)” (doc. AI 251/823). L'Ufficio AI, viste le risultanze suesposte e ritenute le tabelle allestite il 23 novembre 2016 con allegata la motivazione della riduzione al reddito da invalido del 25% (doc. AI 254/830-833 e 255/834), con decisione del 25 gennaio 2017 ha riconosciuto all'assicurato il diritto ad una rendita di tre quarti dal 1. settembre 2016 (tre mesi dopo il peggioramento dello stato di salute dal giugno 2016 ex art. 88a cpv. 2 OAI; cfr. consid. 1.2). 2.5. Per poter graduare l'invalidità, l'amministrazione (o il giudice in caso di ricorso) deve disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti. Il compito del medico consiste 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 (STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008; DTF 125 V 256 consid.

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/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2014, ad art. 28a, pag. 389). 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 bensì il suo contenuto (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 e 122 V 160 consid. 1c). 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). 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 LPGA (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie SAM, sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi vedi la DTF 136 V 376. In una sentenza 9C_323/2009 del 14 luglio 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 (cfr. anche la STF 9C_524/2010 del 27 ottobre 2010). Tuttavia, nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione dei pareri medici interni dell'assicurazione, non è possibile fondarsi su tali rapporti (STF 8C_839/2016 del 12 aprile 2017 consid. 3 e STF 8C_336/2015 del 25 agosto 2015 consid. 4.3 entrambe con riferimenti, in particolare, alla DTF 139 V 225 e 135 V 465). 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_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); Meyer/Reichmuth, op. cit., ad art. 28a, pag. 398) 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_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). 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, consid. 5.3). 2.6. Ritornando al caso concreto, dopo attento esame della documentazione medica agli atti, questo TCA, chiamato a verificare se lo stato di salute è stato accuratamente vagliato dall'Ufficio AI prima dell'emissione della decisione impugnata, non ha motivo per mettere in dubbio la valutazione peritale del dr. _____ (da considerarsi dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali ricordati al considerando precedente) secondo il quale l'insorgente è inabile al 70% nella sua attività abituale di _____ e al 50% in un'attività adeguata rispettosa dei limiti funzionali

posti. Per i motivi di seguito esposti, a mente di questo Tribunale, l'incapacità lavorativa del 50% in un'attività adeguata vale però a partire dall'agosto 2014 e non dal giugno 2016 (e meglio dalla data della visita effettuata il 7 giugno 2016) come stabilito dal dr. _____.

2.6.1. Per quanto riguarda l'aspetto somatico, la dettagliata ed approfondita perizia reumatologica del dr. _____ del 25 giugno 2016 (doc. AI 247/802-814; vedi anche il consid. 2.4) non è stata smentita da altri certificati da parte di medici specialisti attestanti nuove patologie ed è stata confermata dal medico SMR dr. _____ nel rapporto finale 1. luglio 2016 (doc. AI 248/815-819). In particolare l'insorgente, anche se ne ha avuto la possibilità (con ordinanza del 28 marzo 2017 il vicepresidente del TCA gli ha assegnato un termine per presentare eventuali altri mezzi di prova; V), non ha prodotto alcun atto medico e si è limitato a chiedere di far risalire il peggioramento dello stato di salute al momento della valutazione del dr. _____ (più precisamente all'agosto 2014 quando sono state effettuate le prime visite; cfr. doc. 219/702).

2.6.2. Il dr. _____, rispondendo ai seguenti quesiti: "(...) Facendo riferimento all'anamnesi, da quando (mese e anno) la capacità lavorativa indicata dal perito nell'attività abituale può essere considerata valida? (...)") (doc. AI 247/810) e "(...) Facendo riferimento all'anamnesi, da quando (mese e anno) la capacità lavorativa indicata dal perito nell'attività adeguata può essere considerata valida? (...)") (doc. AI 247/811), ha risposto che "(...) è difficile dirlo, dal fatto che il paziente non ha avuto valutazioni né trattamenti da parte di reumatologi in questi 4 anni, non è perciò possibile valutare da quando. Ritengo che il tutto possa essere considerato valido dal giorno della mia perizia, in quanto non trovo valutazioni precedenti ben chiare. Anche la perizia del Dr. _____ è stata fatta da un Ortopedico e non da un Reumatologo. Il dr. _____ stesso nella perizia sottolinea l'importanza di una valutazione da un reumatologo. (...)") (doc. AI 247/810) rispettivamente che "(...) è difficile dirlo, dall'anamnesi non si riesce ad ottenere una data precisa, personalmente ritengo a partire dal giorno della mia visita. (...)") (doc. AI 247/811). Questo Tribunale, come accennato (cfr. consid. 2.6), non può seguire il dr. _____ laddove conclude che l'incapacità lavorativa del 50% in un'attività adeguata vale dal 7 giugno 2016 (giorno della sua visita) per le seguenti ragioni: • circa il peggioramento dello stato di salute il dr. _____ ha addotto che "(...) personalmente mi baso sulla perizia del Dr. _____ che è anche lui Reumatologo, rispetto a questa vi è un peggioramento della mobilità e probabilmente anche a livello radiologico, anche se non ho potuto vedere le radiografie di allora. Questo peggioramento è dettato dalla persistenza di un morbo di Bechterew attivo e aggressivo non curato, che ha portato ad aumento dell'incapacità lavorativa che valuto ad un 50% in attività leggera. (...)") (doc. AI 247/808); • anche se il dr. _____, nella perizia del 26 febbraio 2015 (doc. A/4; con prima visita il 7 agosto 2014), ha concluso per una capacità lavorativa del 50% in un'attività adeguata – "(...) Possibile al massimo ancora un lavoro in ufficio per esempio un lavoro in un chiosco come desidera il paziente dove il paziente potrebbe lavorare non più che di 50%. Dolori costanti alla colonna vertebrale, al torace, al ginocchio sinistro e al polso destro fanno che il paziente è anche limitato nella sua concentrazione. Potrebbe lavorare alternativamente in posizione seduta o in piedi senza portare pesi (al massimo qualche volta fino a 3 chili) senza fare movimenti ripetitivi con la colonna vertebrale il torace, il ginocchio sinistro e il polso destro. (...)") (doc. A/4 pagg. 10-11) –, il dr. _____ non ha preso posizione in merito. Infatti, al punto 8.3 che chiedeva espressamente di "(...) prendere posizione sulle inabilità lavorative precedentemente certificate dai diversi curanti/periti soprattutto se vi sono discrepanze (...)") (doc. AI 247/808, la sottolineatura è del redattore), il dr. _____ non ha addotto nulla; • dopo

aver rilevato che “(...) non trovo valutazioni precedenti ben chiare (...)” (doc. AI 247/810), il dr. _____ non si è espresso sulla perizia del dr. _____ del 26 febbraio 2015 limitandosi ad osservare che “(...) la perizia del Dr. _____ è stata fatta da un Ortopedico e non da un Reumatologo (...)” (doc. AI 247/810). Al riguardo va evidenziato che nella STF 9C_965/2008 del 23 dicembre 2009, confermando la precedente sentenza 36.2008.126 di questa Corte, il TF ha già avuto modo di sottolineare, che “(...) come in altri settori specialistici della medicina, i confini dell’area di competenza del neurologo, dell’ortopedico e del reumatologo non sono assolutamente netti e, in generale, dipendono dal tipo di affezioni studiate e dalla terapia praticata. (...)” (STF 9C_965/2008 del 23 dicembre 2009, consid. 4.2; in argomento vedi anche la STF 9C_793/2016 del 3 marzo 2017, consid. 4.1.1); • menzionata la perizia del dr. _____ – “(...) 26.02.2015 perizia del Dr. med. _____, FMH Chirurgia, con diagnosi di morbo di Bechterew assiale periferico dal 2003, con progressione soggettiva e progressione oggettivabile per la colonna vertebrale, sia per polso dx che ginocchio sx. Egli fa notare che il paziente non ha ripreso una cura reumatologica mirata in merito al morbo di Bechterew, ma che si cura unicamente con analgesici, fa notare come il paziente non sia abile a lavorare in qualsiasi attività manuale, in un lavoro d'ufficio potrebbe lavorare non più del 50% a causa dei dolori costanti. (...)” (doc. AI 247/803) – il dr. _____, chiamato a “(...) chiarire gli aspetti contraddittori dell’incarto, soprattutto le discrepanze diagnostiche e quelle funzionali (...)” (doc. AI 247/808), ha attestato che “(...) personalmente non vedo discrepanze diagnostiche funzionali (...)” (doc. AI 247/808). Da ciò discende che il parere del dr. _____ non può essere completamente accantonato. Questo Tribunale – conformemente alla giurisprudenza circa la forza probatoria di un atto medico (cfr. consid. 2.5), viste le suesposte emergenze (ribadito che i confini dell’area di competenza del neurologo, dell’ortopedico e del reumatologo non sono assolutamente netti) e in base al grado della verosimiglianza preponderante valido nell’ambito delle assicurazioni sociali (STF 9C_316/2013 del 25 febbraio 2014 consid. 5.1; DTF 138 V 218 consid. 6 pag. 221; 129 V 177 consid. 3 pag. 181; 126 V 353 consid. 5b pag. 360 e 125 V 193 consid. 2 pag. 195) – deve pertanto concludere che (a differenza di quanto ritenuto dal dr. _____) già al momento della prima visita presso il dr. _____ (meglio il 7 agosto 2014) l’incapacità lavorativa dell’insorgente in un’attività adeguata era del 50%. In particolare, ritenuto come il dr. _____ si è espresso sulla capacità lavorativa, non è possibile concludere diversamente – come sembrerebbe indicare il dr. _____: “(...) Il dr. _____ stesso nella perizia sottolinea l’importanza di una valutazione da un reumatologo. (...)” (doc. AI 247/810) – solo per il fatto che il dr. _____ ha “(...) consigliato al paziente di farsi controllare da un reumatologo e di seguire una terapia mirata. (...)” (doc. A/4, pag. 11). Neanche è possibile concludere diversamente avuto riguardo all’annotazione del 19 giugno 2015 del dr. _____ che – invitato a prendere posizione sulla “Richiesta di riesame dell’08.06.2015” (doc. AI 220/716 che rinvia alla perizia del dr. _____) e ancorché non specialista in materia – ha concluso che “(...) la situazione clinica odierna è sovrapponibile a quella del dr. _____ nella sua perizia specialistica del 2012. Vi sono minimi differenti interpretazioni soggettive sulla misura della capacità lavorative, ma anche a questo punto non vi sono discordanze. Una rivalutazione clinica non si giustifica. (...)” (doc. AI 224/723). Secondo questo Tribunale – viste le difficoltà nell’esprimere una valutazione retroattiva e ritenute le risultanze della valutazione del 26 febbraio 2015 del dr. _____ che si è espresso quale perito di parte (cfr. consid. 2.4), tenuto inoltre conto che il dr. _____ si è espresso dettagliatamente e compiutamente sullo stato di salute

dell'insorgente – non si giustifica di procedere ad ulteriori accertamenti medici specialistici.

2.7. L'insorgente sostiene che “(...) lavori semplici come quelli nei Kiosk, che pensavo di poter fare quando effettuai la perizia con il dott. _____, mi hanno confermato gli stessi dipendenti, richiedono comunque il dover sollevare molti pesi e dover conoscere le lingue nazionali svizzere che non conosco. (...)” (I). Al riguardo va rilevato che la giurisprudenza federale ha, in maniera costante, già avuto modo di stabilire che nel mercato occupazionale aperto a personale non qualificato o semi qualificato, vi è una sufficiente offerta di occupazioni, in particolare nell'industria, in cui possono venir eseguite mansioni di sorveglianza e controllo, che non comportano aggravii fisici, che consentono il cambiamento frequente di posizione e che non richiedono necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale (cfr., tra le altre, STF 8C_563/2012 del 23 agosto 2012 consid. 3.3, che ha interamente confermato la STCA 35.2012.17 del 18 giugno 2012; 9C_635/2007 del 21 agosto 2008 consid. 3.3 e 9C_10/2007 del 26 marzo 2008 consid. 4.6.3). Il consulente in integrazione professionale, nel rapporto del 26 ottobre 2016 (doc. AI 251/821-823) – ritenuto “(...) esigibile un'attività lavorativa parziale (50%), leggera con la possibilità di cambiare posizione e non debba sollevare pesi > 5 kg, effettuare movimenti ripetuti con i polsi, movimenti di anteflessione e camminare su terreni sconnessi oltre 100 m. Indicata attività di tipo sedentario. (...)” (doc. AI 251/822) – ha concluso che “(...) dal lato medico vi è un'esigibilità lavorativa ridotta. Tenuto conto della CL ridotta e delle limitazioni presenti, non sono proposti provvedimenti professionali che non permetterebbero una riduzione del grado AI. Sarà da rivalutare la situazione medica e in funzione del decorso dello stato di salute, tenuto conto della giovane età, provvedimenti professionali potranno essere riesaminati. L'A. può richiedere sostegno nella ricerca di un impiego confacente alla sua situazione di salute. (...)” (doc. AI 251/823). Secondo la giurisprudenza, se è vero che vanno indicate possibilità di lavoro concrete, all'amministrazione rispettivamente al giudice non vanno poste esigenze esagerate. È infatti sufficiente che gli accertamenti esperiti permettano di fissare in maniera attendibile il grado di invalidità. In proposito, va rilevato che il TF ha in particolare già ritenuto corretto il rinvio ad attività nel settore industriale e commerciale, composto di lavori leggeri di montaggio, compiti di controllo e sorveglianza che non comportano aggravii fisici, che consentono il cambiamento frequente di posizione e che non richiedono necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale (per es. attività d'incasso, d'assemblaggio, di confezione prodotti, di controllo ecc.; cfr. la già citata STF 8C_563/2012 del 23 agosto 2012, consid. 3.3 con riferimenti). Si può, quindi, senz'altro ipotizzare – senza far riferimento alla difficoltà concreta di reperimento di posti di lavoro dovuta all'eccedenza della domanda, difficoltà che viene assicurata dall'assicurazione contro la disoccupazione e non dall'assicurazione contro l'invalidità (DTF 110 V 276 consid. 4c; RCC 1991 pag. 332 consid. 3b; P. Omlin, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, Friburgo 1995, pag. 83) – che il ricorrente sia in grado di mettere a frutto la sua residua capacità lavorativa in attività professionali idonee. Del resto deve essere ricordato che il principio dell'esigibilità configura un aspetto di quello della proporzionalità. Questo principio permette di pretendere da una persona un determinato comportamento anche se presenta degli inconvenienti, anche in virtù del principio della riduzione del danno. Ai fini dell'accertamento dell'invalidità ci si deve fondare su un mercato del lavoro equilibrato e quindi fittizio; ci dev'essere cioè un certo equilibrio tra domanda e offerta di posti di lavoro e un'offerta di posti diversificati in relazione con le capacità professionali, intellettuali e fisiche. Si tratta pertanto di un concetto teorico e

astratto (STF 9C_277/2016 del 15 marzo 2017, consid. 4.1 che conferma la DTF 110 V 273, consid. 4b pag. 276). Un assicurato non può pertanto avvalersi dell'impossibilità congiunturale di trovare un posto di lavoro per pretendere una rendita (ZAK 1984 pag. 347). Ciò non è il caso se – ipotesi non realizzata nella fattispecie – l'attività ammissibile è possibile solo in forma talmente limitata, che il mercato generale del lavoro praticamente non la conosce o se il suo esercizio è reso possibile solo grazie alla collaborazione irrealistica di un datore di lavoro medio (STF 9C_277/2016 del 15 marzo 2017; ZAK 1989 pag. 322 consid. 4a). Quanto agli aspetti legati al “(...) dover conoscere le lingue nazionali svizzere che non conosco. (...)” (I) va, infine, rilevato quanto segue. Che l'assicurato, che parla l'italiano, non conosca le altre lingue nazionali non significa giocoforza la non reperibilità di un'attività. Al riguardo il TCA sottolinea di avere già più volte stabilito, in linea con la giurisprudenza federale, che anche degli assicurati analfabeti e privi di formazione, costretti ad abbandonare la loro originaria professione, di tipo manuale, a causa del danno alla salute, possono reperire sul mercato generale del lavoro un'attività fisicamente leggera e che non presupponga particolari attitudini intellettuali (vedi, tra le altre, la STCA 32.2014.44 del 20 gennaio 2015 consid. 2.8; 32.2013.157 del 29 settembre 2014 consid. 2.10.2.1; 32.2013.133 del 1. aprile 2014 consid. 2.8 e la 32.2013.117 del 4 febbraio 2014 consid. 2.9 e riferimenti). 2.8. In merito alla valutazione economica – considerati i dati del 2014 (anno in cui vi è stato il peggioramento dello stato di salute; cfr. consid. 2.6) – va rilevato quanto segue. 2.8.1. L'Ufficio AI, viste le tabella allestite il 23 novembre 2016 (doc. AI 254/830 e 255/834), ha stabilito che nel 2014 il salario annuo dell'insorgente sarebbe stato di fr. 75'430.--. Secondo giurisprudenza, riassunta nella STF 9C_501/2013 del 28 novembre 2013, 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, tenuto conto delle sue capacità professionali e delle circostanze personali. 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 adeguandolo all'evoluzione dei salari. Soltanto in presenza di circostanze particolari ci si potrà scostare da questo valore e ricorrere ai dati statistici risultanti dall'ISS (DTF 134 V 322 consid. 4.1 pag. 325; 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224 con riferimenti). Questo sarà in particolare il caso qualora dovessero mancare indicazioni riguardanti l'ultima attività professionale dell'assicurato o se l'ultimo salario da lui percepito non corrisponde manifestamente a quello che egli sarebbe stato in grado di conseguire con ogni verosimiglianza in qualità di persona valida; per esempio se l'assicurato, prima di essere riconosciuto definitivamente incapace al lavoro, si trovava in disoccupazione o aveva già delle difficoltà professionali a causa del deterioramento progressivo del suo stato di salute o ancora percepiva una remunerazione inferiore alle usuali norme salariali. Entra ugualmente in linea di conto la situazione in cui il posto di lavoro della persona assicurata prima dell'insorgenza del danno alla salute non esiste più al momento determinante della valutazione dell'invalidità (STF 9C_416/2010 del 26 gennaio 2011 consid. 3.2 con riferimenti). Questo Tribunale, conformemente alla succitata giurisprudenza e ritenuto che detto salario annuo è rimasto incontestato – con il ricorso l'insorgente censura il mancato aggiornamento al 2017: “(...) Il mio stipendio di _____ preso in considerazione come guadagno possibile risale all'anno 2014 e non è adeguato all'anno 2017. (...)” (I) –, può pertanto ritenere quale reddito da valido per il 2014 l'importo di fr. 75'430.--. Va qui

osservato che questo dato è confermato anche dalla nuova tabella prodotta con la risposta di causa (IV e allegato IV/1). Quanto al mancato aggiornamento dei dati al 2017 si dirà al consid. 2.8.4. 2.8.2. Per quel che concerne il reddito da invalido, 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 un'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 pag. 332 consid. 3c, 1989 pag. 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 I 222/04 del

E. 5

settembre 2006). In una sentenza del 7 aprile 2008 (32.2007.165) questa Corte, fondandosi sulla sentenza U 8/07 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) (...)". Con sentenza 8C_399/2007 del 23 aprile 2008 al consid. 6.2 il TF ha lasciato aperta la questione di 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 Nr. 12 pag. 45 consid. 6.2; dell'8% nella sentenza U 463/06 del 20 novembre 2007; nella sentenza pubblicata in SVR 2008 IV Nr. 49 consid. 2.3 l'Alta Corte non ha ritenuto rilevante un gap salariale del 4%). La questione è stata definitivamente risolta con la DTF 135 V 297, sentenza in cui la nostra Massima Istanza ha stabilito che se il guadagno effettivamente conseguito diverge di almeno il 5% dal salario statistico usuale nel settore, esso è considerevolmente inferiore alla media ai sensi della DTF 134 V 322 consid. 4 pag. 325 e può giustificare – soddisfatte le ulteriori condizioni – un parallelismo dei redditi da raffrontare. Questo parallelismo si effettua però soltanto per la parte percentuale eccedente la soglia del 5%. Inoltre, le condizioni per una deduzione a titolo di parallelismo e per circostanze personali e professionali sono

interdipendenti, nel senso che i medesimi fattori che incidono sul reddito non possono giustificare contemporaneamente una deduzione a titolo di parallelismo e una deduzione per circostanze personali e professionali. Questa giurisprudenza è stata confermata nella DTF 141 V 1 consid. 5. Nel caso in esame, ritenuto che l'insorgente non ha intrapreso un'attività lucrativa da lui esigibile, per il calcolo del reddito da invalido vanno applicati i dati statistici. Dall'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari 2014 (vedi, a proposito del 2012, la STF 9C_632/2015 del 4 aprile 2016 pubblicata in DTF 142 V 178, in particolare consid. 2.5.7), edita dall'Ufficio federale di statistica, più precisamente dalla tabella TA1 2014 skill level (NOGA08), risulta che il salario lordo mediamente percepito in quell'anno dagli uomini per un'attività semplice di tipo fisico o manuale (ossia il livello 1 di competenze) di 40 ore settimanali nel settore privato (circa la rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439 pag. 347 segg. e SVR 2002 UV 15 pag. 47 segg.), corrisponde ad un importo di fr. 63'744.-- (5'312 x 12 mesi). Questi dati si riferiscono, però, ad un tempo lavorativo di 40 ore alla settimana. Considerato che nel 2014 le ore settimanali normali di lavoro totali ammontavano a 41.7, si ottiene un reddito da invalido di fr. 66'453.12 ($63'744 \times 41.7 : 40$), ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa (STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a). Ritenuta la capacità lavorativa del 50% in un'attività adeguata e applicando la riduzione del 25% (cfr. la tabella allestita il 23 novembre 2016 con allegata la motivazione della riduzione al reddito da invalido del 25% sub. doc. AI 254/830-833), il reddito da invalido nel 2014 si attesta a fr. 24'919.92 ($66'453.12 \times 50\%$ ridotti del 25%). 2.8.3. Confrontando ora il reddito da invalido di fr. 24'919.92 (cfr. consid. 2.8.2) con quello da valido di fr. 75'430.-- (cfr. consid. 2.8.1), si ottiene un grado d'invalidità del 67% ($[(75'430 - 24'919.92) \times 100 : 75'430 = 66.96\%$ arrotondato al 67% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121). Anche volendo ammettere che il reddito da valido non avrebbe dovuto essere aggiornato per l'anno 2014 – nella risposta l'Ufficio AI ha addotto che “(...) si rileva inoltre che in detto provvedimento l'UAI ha aggiornato il salario sebbene l'ex datore di lavoro dell'assicurato – mediante scritto 3 agosto 201 6 (doc. 250 incarto AI) – abbia dichiarato che la remunerazione di RI 1 non avrebbe subito rincari negli anni 2014 e 2015. (...)” (IV, pag. 2) – il risultato non cambia. Infatti in questo caso il reddito da valido sarebbe stato di fr. 74'849.-- (cfr. la tabella sub IV/1; dato valido per il 2013) che, confrontato con il reddito da invalido di fr. 24'919.92, avrebbe portato comunque ad un grado d'invalidità del 67% ($[(74'849 - 24'919.92) \times 100 : 74'849 = 66.70\%$ arrotondato al 67% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121). Di transenna questo Tribunale rileva che – chiamato a pronunciarsi in merito al ricorso inoltrato contro la decisione del 18 marzo 2008 con cui l'Ufficio AI gli aveva riconosciuto quale indennità giornaliera l'importo di fr. 140.80 (doc. AI 46/118 e 46/119-120) – con la STCA 32.2008.53 del 27 gennaio 2009 (doc. AI 81/219-227) aveva rinviato gli atti all'amministrazione per accertamenti circa il reddito da lavoro. L'Ufficio AI, con decisione del 16 marzo 2009 (doc. AI 90/239-240), aveva quindi corretto l'importo dell'indennità giornaliera aumentandola a fr. 152.80. Di seguito questo Tribunale – nella succitata STCA 32.2013.156 del 25 giugno 2014 (doc. AI 210/643-669) confermata dal TF con la STF 9C 613/2014 del 30 aprile 2015 (doc. AI 21 5/691-697) – per stabilire il reddito da valido per il 2010 ha aggiornato i redditi procedendo come segue: “(...) nel 2010 – partendo da un salario annuo per il 2007 di fr. 69'470.--(importo, questo, già considerato anche per il calcolo dell'indennità giornaliera; cfr. doc. 73/1, 74/2-3, 82/1 e 85/2-3) aggiornato al 2010 (aumentati del 2% per il 2008, del 2.1% per il 2009 e dello 0.8% per il 2011 [cfr. la tabella B10.2 relativa all'evoluzione dei salari nominali totali pubblicata in La Vie économique

6-2012 pag. 95) –, il reddito da valido ammonta a fr. 72'926.22 (...)” (doc. AI 210/659). È dunque a ragione che l’Ufficio AI ha riconosciuto il diritto ad una rendita di tre quarti ritenuto che ciò vale, per quanto addotto al consid. 2.6, dall’agosto 2014 (cfr. consid. 2.2).

2.8.4. Premesso che l’anno determinante è il 2014 (anno in cui vi è stato il peggioramento dello stato di salute e dopo il quale dagli atti non risultano esservi stati degli ulteriori peggioramenti, cfr. consid. 2.6), questo Tribunale rileva che anche volendo aggiornare i dati al 2017 (anno in cui è stata resa la decisione impugnata) il risultato non cambia. Infatti nel 2017 il reddito da valido ammonterebbe a fr. 76'946.98 (75'430.-- aumentati dello 0.5 per il 2015, del 1.2 per il 2016 [Tabella T1.1.10 Indice dei salari nominali, Uomini, 2011-2016, ramo economico 90-96 attività artistiche, di intrattenimento e di divertimento, altre attività di servizi; pubblicata dall’Ufficio federale di statistica] e dello 0.3 per il 2017 [stima trimestrale per il secondo quartale del 2017, pubblicata dall’Ufficio federale di statistica]) e quello da invalido a fr. 25'212.65 (63'744.-- aggiornati al 2016 [63'744.-- : 103.2 x 104.1; Tabella T1.1.10 Indice dei salari nominali, Uomini, 2011-2016] e aumentati dello 0.3 per il 2017; riportati all’orario medio di lavoro settimanale nelle aziende di 41.7 [ultimo dato disponibile valido per il 2016]; considerata la capacità lavorativa residua del 50% e applicata la riduzione del 25%) . Confrontando ora il reddito da invalido di fr. 25'212.65 con quello da valido di fr. 76'946.98, si ottiene, anche per il 2017, un grado d’invalidità del 67% ($(76'946.98 - 25'212.65) \times 100 : 76'946.98 = 67.23\%$ arrotondato al 67% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121) che dà diritto a tre quarti di rendita. 2.9.

L’insorgente, come accennato (cfr. consid. 1.7 e 1.9), ha contestato il calcolo delle rendite AI riconosciutegli con le decisioni del 26 agosto 2015 (doc. AI 231/738-742 e 232/743-747) e chiesto al TCA “(...) di poter emettere una decisione anche su questa problematica (...)” (XII). Al riguardo questo Tribunale rileva che le succitate decisioni sono cresciute incontestate in giudicato. Di conseguenza, nella misura in cui non fosse d’accordo con le medesime, l’insorgente deve rivolgersi all’amministrazione. Infatti, la revisione processuale di una decisione va proposta davanti a chi l’ha emanata (art. 53 cpv. 1 LPGa). In particolare, nella misura in cui volesse sostenere che la presente contestazione fosse tempestiva in quanto, come sostenuto (cfr. gli scritti del 18 e 24 luglio nonché del 18 agosto 2017 sub. XII, XIV e XVIII), mai debitamente informato circa le modalità del calcolo e essendo in buona fede – vedi, in particolare, i seguenti estratti: “(...) Considerato che la decisione del lodevole Tribunale delle assicurazioni mi ha concesso un diritto ad $\frac{1}{4}$ di rendita nel 2015, secondo le Direttive sulle rendite (DR) dell’assicurazione federale per la vecchiaia, i superstiti e l’invalidità, valide dal 1° gennaio 2003, vi invito a voler considerare tutte le mie richieste precedenti, a voler quindi ricalcolare la rendita di partenza pari ad $\frac{1}{4}$ per un grado di invalidità del 47%, a concedermi una risposta in merito che attendo da quasi due anni, tempo che ho comunque impiegato per sollecitare sia voi che la cassa di compensazione precedente senza ricevere mai una risposta sulle motivazioni, senza delle quali comprendere l’esattezza dei conteggi e quindi opporsi alla decisione di agosto 2015 mi è stato impossibile per motivi e colpe a me non riconducibili. (...)” (XIV) e “(...) avendo tentato invano e in buona fede di ricevere delle risposte in passato come anche recentemente ed avendo inoltre molti dubbi sia riguardo alle modalità di calcolo adottate sin dal principio che nell’interpretazione dei regolamenti di legge su cui sono stati basati gli stessi calcoli, mi permetto di chiedere che sia presa una decisione in merito all’ammontare della rendita iniziale (...)” (XVIII) – va rilevato quanto segue. Le decisioni del 26 agosto 2015, composte entrambe da 5 pagine, indicavano le basi di calcolo e quale rimedio di diritto il ricorso al TCA entro il termine di 30 giorni (cfr. doc. AI 231/738-742 e 232/743-747). Di

conseguenza – a maggior ragione visto che dispone di conoscenze giuridiche; dalla perizia del dr. _____ emerge infatti che “(...) ha studiato 3 anni giurisprudenza a _____ ma non ha finito (...)” (doc. A/4, pag. 5) – secondo questo Tribunale all’insorgente non poteva sfuggire che, anche solo per il fatto che non le ritenesse debitamente motivate, egli avrebbe dovuto impugnarle nei termini di legge. In questo senso – visto anche che non adduce e tantomeno prova che gli sarebbe stato detto che bastava rivolgersi alla cassa di compensazione competente e ciò non può essere dedotto dalla semplice frase riprodotta su entrambe le decisioni secondo cui “(...) se desiderate informazioni complementari, vi preghiamo di prendere contatto con _____ a _____ (tel. _____). Quest’ultima vi darà volentieri tutte le informazioni riguardo al calcolo delle prestazioni. (...)” (doc. AI 231/739 e 232/744) – non sono dati i motivi per una restituzione dei termini. Pertanto, visto quanto suesposto, la domanda “(...) di poter emettere una decisione anche su questa problematica (...)” (XII), è irricevibile. Quanto alla decisione del 25 gennaio 2017 (doc. AI 261/845-846 e la motivazione sub doc. AI 260/841-844; oggetto della presente vertenza) va rilevato quanto segue.

L’amministrazione, visto il nuovo grado d’invalidità del 67%, ha riconosciuto il diritto ad una rendita di tre quarti e fissato la prestazione mensile in fr. 332.--. L’insorgente ha contestato l’ammontare della prestazione adducendo che “(...) considerato che la decisione del lodevole Tribunale delle assicurazioni mi ha concesso un diritto ad $\frac{1}{4}$ di rendita nel 2015, secondo le Direttive sulle rendite (DR) dell’assicurazione federale per la vecchiaia, i superstiti e l’invalidità, valide dal 1° gennaio 2003, vi invito a voler considerare tutte le mie richieste precedenti, a voler quindi ricalcolare la rendita di partenza pari ad $\frac{1}{4}$ per un grado di invalidità del 47% (...)” (XIV, la sottolineatura è del redattore). Secondo il marg. 5629 delle “Direttive sulle rendite (DR) dell’assicurazione federale per la vecchiaia, i superstiti e l’invalidità”, valide dal 1° gennaio 2003 (stato 1° gennaio 2017), “(...) se con la modifica del grado d’invalidità cambia anche l’ammontare della rendita cui si ha diritto (intera, tre-quarti, mezza o quarto di rendita), per la nuova rendita sono determinanti le stesse basi di calcolo che per quella vecchia (scala della rendita e reddito annuo medio). Se anche l’altro coniuge è beneficiario di una rendita, occorre riesaminare il limite massimo (...)” . Questa direttiva è stata dichiarata conforme alla legge dal TF (DTF 126 V 157 consid. 6 [a quell’epoca era il marg. 5627]; cfr. anche la STF 8C_775/2015 del 21 marzo 2016 consid. 2.1.1. con riferimenti di giurisprudenza). In concreto, conformemente alla succitata direttiva, questo Tribunale deve confermare l’importo della prestazione mensile di fr. 332.--. Infatti la decisione impugnata riporta le medesime basi di calcolo (reddito annuo medio determinante 70’500.--, totale della durata di contribuzione 3 anni e 4 mesi e scala di rendite applicabile 9) che figurano sulla decisione del 26 agosto 2015 (lo si ribadisce cresciuta incontestata in giudicato e quindi vincolante) con la quale (conformemente a quanto stabilito da questo Tribunale e confermato dal Tribunale federale; cfr. consid. 1.1) l’assicurato è stato posto anche (oltre alla rendita intera dal 1. febbraio al 30 settembre 2006) al beneficio di un quarto di rendita dal 1. settembre 2012 in avanti (prestazioni mensili di fr. 109.00 dal 01.09.2012 al 31.12.2012, di fr. 110.00 dal 01.01.2013 al 31.12.2014 e di fr. 111.00 dal 01.01.2015). Quanto al reddito annuo medio la LAVS (a cui rinvia l’art. 36 cpv. 2 LAI) stabilisce che esso si compone dei redditi risultanti da un’attività lavorativa, degli accrediti per compiti e degli accrediti per compiti assistenziali (art. 29quater LAVS) e che per la sua determinazione la somma dei redditi dell’attività lucrativa è rivalutata in funzione dell’indice delle rendite previsto nell’art. 33ter. (art. 30 cpv. 1 LAVS). Secondo l’art. 33ter cpv. 1 LAVS di regola ogni due anni all’inizio dell’anno civile,

il Consiglio federale adegua le rendite ordinarie all'evoluzione dei prezzi e dei salari fissando, su proposta della Commissione federale dell'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità, un nuovo indice delle rendite. In questo senso non può essere seguito l'insorgente laddove osserva che "(...) lo stesso calcolo prende in considerazione lo stipendio di fr. 70'500 mentre nel tabulato fornito dallo stesso ufficio AI – lettera del 28 marzo 2017 al TCA – dovrebbe, per l'anno 2015 di 75'708 e andrebbe aggiornato al 2017. (...)” (XVIII). L'importo di fr. 75'708.-- (che risulta dalle tabelle allestite il 24 marzo 2017 e allegate alla risposta di causa; IV e IV/1-2) è il risultato dell'aggiornamento del salario da valido e non ha nulla a che fare con il reddito annuo medio ai sensi della LAVS. Al riguardo, interpellata dall'Ufficio AI (cfr. XVI), a ragione la cassa cantonale di compensazione AVS/AI/IPG (quale organo competente per calcolare l'importo delle rendite; cfr. art. 60 cpv. 1 lett. b LAI), nella lettera del 3 agosto 2016, ha osservato che "(...) con decisioni del 26 agosto 2015 - cresciute, incontestate, in giudicato - l'assicurato è stato posto al beneficio di una rendita intera d'invalidità (grado 100%) dal 1° febbraio 2006 al 30 settembre 2006 e di un quarto di rendita (grado 47%) dal 1° settembre 2012, calcolate in base alla scala delle rendite 9, una durata contributiva di 3 anni e 4 mesi ed un reddito annuo medio di fr. 64'500.- rispettivamente di fr. 70'500.-. In sede di revisione, con decisione del 25 gennaio 2017, l'assicurato è stato posto al beneficio di tre quarti-rendita (grado 67%) a decorrere dal 1° settembre 2016. Per determinare quest'ultima prestazione dovuta all'assicurato si è semplicemente fatto uso dei precedenti parametri (scala e reddito annuo medio) determinanti per la fissazione, prima, della rendita intera, poi, del quarto di rendita. Infatti, secondo la marginale 5629 delle Direttive sulle rendite (DR) "Se con la modifica del grado d'invalidità cambia l'ammontare della rendita cui si ha diritto (intera, tre-quarti, mezza o quarto di rendita), per la nuova rendita sono determinanti le stesse basi di calcolo che per quella vecchia (scala delle rendite e reddito annuo medio). Se anche l'altro coniuge è beneficiario di una rendita, occorre riesaminare il limite massimo". Conseguentemente, per determinare la prestazione spettante all'assicurata, la Cassa cantonale di compensazione AVS/AI/IPG - la quale fra l'altro calcola l'importo delle rendite (art. 60 cpv. 1 lett. b LAI) - ha fatto uso dei parametri del quarto di rendita per la fissazione del tre-quarti di rendita, i cui elementi sono parte integrante della decisione: scala delle rendite 9 (scala parziale), reddito annuo medio determinante fr. 70'500.- (stato 1.01.2015) e durata contributiva computabile 3 anni e 4 mesi. Ne deriva che la pretesa dell'assicurato di voler ridefinire la prestazione conteggiando i periodi contributivi avuti dal 2007 in poi non può in alcun modo essere accolta. Ugualmente contestato, per gli stessi motivi evidenziati sopra, risulta essere il quarto di rendita AI (decisione del 26 agosto 2015 peraltro cresciuta in giudicato). Anche per questa prestazione si è fatto capo ai parametri di calcolo di una precedente rendita intera AI, limitata al periodo 1° febbraio 2006 - 30 settembre 2006, che computava gli anni contributivi e i relativi redditi da attività lucrativa fino al 31 dicembre 2005 (cfr. artt. 3 cpv. 2 LAI e 29bis cpv. 1 LAVS). In questo caso sono risultate però determinanti le marginali 5630 e 5631 delle DR: "Le stesse basi di calcolo rimangono inoltre determinanti: per una persona già beneficiaria di una rendita a cui la rendita è versata nuovamente senza che sia insorto un nuovo evento assicurato, in ragione del fatto che i provvedimenti di integrazione ai sensi dell'articolo 8 LAI si sono rivelati interamente o solo parzialmente infruttuosi". Non rilevando errori nelle modalità di calcolo, gli importi assegnati risultano corretti. (...)” (XVI/1). 2.10. In simili condizioni, visto tutto quanto precede, la decisione impugnata, conformemente a quanto esposto ai consid. 2.6 e 2.8, è modificata nel senso che all'insorgente è riconosciuto il diritto ad una rendita di tre quarti

dal 1. novembre 2014 (tre mesi dopo il peggioramento dell'agosto 2014 ai sensi dell'art. 88a OAI). 2.11. Secondo l'art. 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. Visto l'esito della vertenza le spese, per fr. 500.--, sono poste a carico dell'Ufficio AI. La domanda di esenzione dalle spese (cfr. consid. 1.5) diventa pertanto priva di oggetto.

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