

## **TI\_GERICHTE 32.2017.50 vom 23. Februar 2017**

TI Tribunale d'appello, 2017-02-23, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2017.50](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2017.50)

FR: TI\_GERICHTE 32.2017.50 du 23 février 2017

IT: TI\_GERICHTE 32.2017.50 del 23 febbraio 2017

### **Erwägungen**

#### **E. 29**

maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 p. 137). Circa gli effetti della modificazione di un diritto ad una rendita d'invalidità (o ad un assegno per grandi invalidi), l'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI stabilisce che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione. L'art. 88bis cpv. 2 lett. b OAI prevede che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante se l'erogazione illecita è causa dell'ottenimento indebito di una prestazione per l'assicurato o se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'articolo 77 OAI. 2.4. Per costante giurisprudenza (cfr. STF 9C\_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato ( DTF 125 V 256 consid. 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 (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). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008). 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\_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). 2.5. Nella presente fattispecie, l'Ufficio AI ha ordinato una perizia presso la Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_. Dal referto datato 3 maggio 2016 (doc. 104 incarto AI) risulta che la dr.ssa \_\_\_\_\_, fondandosi sulla documentazione medica presente agli atti, dopo aver proceduto ad una visita, ha posto le seguenti diagnosi: " (...) Sindrome dolorosa panvertebrale con: · Componente lombare e sacrale su gravi alterazioni spondilartrosiche L4-L5 e soprattutto L5-S1 senza segni di irritazione radicolare ed importante artrosi sacroiliaca bilaterale più grave a destra, · Dolore di tipo mio-fasciale a livello cervico-dorso-lombare. (...)" (pag. 319 incarto AI Essa ha concluso quanto segue: " (...) Alla luce dell'anamnesi e dell'esame clinico, nella sua ultima attività svolta come posatore di serramenti che si occupa solo di attività lavorative leggere (rilievo misure, controllo della qualità di posa, organizzare il lavoro d'equipe e prendere contatti con la clientela), impiego svolto alternando le posture, che non richiede il trasporto di pesi o attività fisicamente pesanti, si ritiene giustificata una inabilità lavorativa del 30%, da intendersi come riduzione consensuale del rendimento nell'arco di una giornata di 8 ore, a decorrere dal 29.04.2016. L'attività lavorativa svolta attualmente è già adeguata alle proprie condizioni cliniche globali. (...)" (pag. 320 incarto AI) Con rapporto 15 giugno 2016 la succitata sanitaria ha confermato la perizia (cfr. doc. 120 incarto AI). L'aspetto psichiatrico è stato valutato dal dr. \_\_\_\_\_ del CPAS. Nel rapporto 14 settembre 2016 il citato specialista in psichiatria e psicoterapia, diagnosticato un episodio depressivo di lieve media gravità ancora in fase subacuta (ICD 10 F32.20), ha proceduto alle seguenti conclusioni: " (...) In conclusione ritengo che l'assicurato, a partire dal maggio 2016 (rilievo di peggioramento clinico come riportato dall'assicurato stesso e richiesta di presa in carico specialistica), presenti una IL del 25% intesa come diminuzione del rendimento di ogni attività. Le limitazioni precedenti non sembrano essere attribuibili ad una specifica patologia psichiatrica. Sul piano medico teorico, nell'attività equivalente a quella di casalinga, l'assicurato presenta una CL piena. Con un trattamento adeguato (farmacoterapia antidepressiva) l'assicurato potrebbe a mio avviso raggiungere un miglioramento clinico e con esso della capacità lavorativa nell'arco di sei mesi stimabile in almeno un 10%. Molto indicato un aiuto al collocamento che potrebbe favorire ulteriormente la resilienza (in un lavoro ovviamente confacente alle limitazioni somatiche e possibilmente nel campo lavorativo da sempre svolto e di suo precipuo interesse); ritengo invece che, qualora l'assicurato permanga in uno stato di inattività, si favorirebbe una cronicizzazione e potenzialmente anche un aggravamento del quadro psicopatologico che verosimilmente comporterebbe un ulteriore peggioramento del suo funzionamento." (pag. 393 incarto AI) Dal punto di vista cardiologico, con rapporto 14 marzo 2016 lo specialista dr. \_\_\_\_\_ ha valutato l'assicurato abile al 100% nella sua ultima attività lavorativa, definita di "... natura intellettuale e (...) impegno fisico di natura lieve ", precisando che un lavoro pesante non è più esigibile (pag. 285 incarto AI). Infine,

con rapporto 23 settembre 2016 il dr. \_\_\_\_\_ del SMR ha globalmente valutato l'assicurato inabile al 30% sia nell'ultima professione sia in attività con mansioni leggere dal 29 aprile 2016 (giorno successivo alla visita peritale dell'assi-curato presso la dr. ssa \_\_\_\_\_ della Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_), preceduta da una totale inabilità lavorativa in qualsiasi attività dal 25 novembre 2014 (doc. 129 incarto AI). Ora, viste le succitate conclusioni mediche, frutto di accurate e complete valutazioni, questo TCA non ha motivo per distanziarsene, ritenuto inoltre che non sono state smentite da certificati medico-specialistici attestanti delle patologie maggiormente invalidanti, in grado di influire sulla capacità lavorativa residua dell'interessato. In sede di ricorso egli ha unicamente fatto valere: " (...) Con riferimento alla perizia della dott.ssa \_\_\_\_\_ osservo che sono stato dalla stessa per un tre quarti d'ora al massimo e non mi ha fatto particolare visita. Mi ha fatto camminare, alzare un peso di 5 kg, controllato il movimento, mentre il mio problema è la resistenza. Come succede per l'attività che svolgo ora: ogni 20 minuti (di più non resisto) mi devo alzare e camminare per almeno 10 minuti buoni. Questa mia condizione non è stata presa in considerazione. Mi sembra quindi che l'accertamento medico doveva incentrarsi anche su questo aspetto, ciò che chiedo di fare." (doc. I) A prescindere che, come si legge alla prima pagina del rapporto peritale della dr.ssa \_\_\_\_\_, l'esame è durato dalle 13.05 alle 15.00 (pag. 314 incarto AI), il TF ha già avuto modo di rilevare che il valore probatorio di un rapporto medico non dipende, di massima, dalla durata della visita, quanto piuttosto dalla sua completezza e concludenza (cfr. sentenza 9C\_1013/2008 del 23 dicembre 2009, I 1094/06 del 14 novembre 2007, in RSAS 2008 pag. 393 consid. 3.1.1 con riferimenti). A tal proposito, questo Tribunale non ha motivo per mettere in dubbio la perizia della dr.ssa \_\_\_\_\_. Essa ha tenuto conto dei disturbi elencati dall'assicurato (cfr. sub "Descrizione dei disturbi", pag. 317 incarto AI), compreso quindi il problema segnalato nel ricorso, tant'è che nella valutazione della parziale incapacità lavorativa la perita ha inserito quale limitazione fisica anche quella di alternare le posture. Ne consegue che la valutazione medico-teorica operata dall'Ufficio AI va confermata. 2.6. In merito all'esigibilità in attività adeguate, nel caso concreto nel rapporto 18 maggio 2016 la consulente in integrazione professionale, ripercorso l'iter formativo e professione dell'assicurato, ha ritenuto: " (...) A livello medico l'A. risulta abile nella misura del 70% in attività consone allo stato di salute. Viene inoltre definito che, il lavoro svolto presso la \_\_\_\_\_, con mansioni leggere è esigibile nella misura del 70%. L'attuale contratto di lavoro è stato sciolto ciò non toglie che l'A. possa svolgere una simile mansione (rilievo misure, controllo cantieri, organizzare lavoro di équipe, contatti con la clientela) presso un ulteriore datore di lavoro. L'A. potrebbe inoltre svolgere lavori di rappresentanza. (...)" (pag. 334 incarto AI) Va poi rilevato, come giustamente evidenziato in sede di risposta, che l'effettiva reintegrabilità lavorativa dell'assicurato – nonostante la sua età (classe 1956) e visto che il

### **E. 30**

aprile 2015 ha terminato l'attività presso \_\_\_\_\_ (cfr. questionario 16 settembre 2016 dell'ex datore di lavoro; doc. 80 incarto AI) – è concretamente suffragata dalla stipulazione – dopo il periodo di prova – del contratto di lavoro (del 20 aprile 2017) con la \_\_\_\_\_ con compiti di " gestione dei lavori sui cantieri ed il rapporto con fornitori ed operai ", attività leggera ed adeguata svolta nella misura dell'80% (doc. IV/3; cfr. consid. 1.4). Infine, nelle osservazioni 11 maggio 2017 l'assicurato sostiene che, nonostante la buona volontà, non è sicuro di essere in grado di continuare la succitata attività a causa dei grossi problemi alla schiena. A tal riguardo, si ricorda al ricorrente che il presente giudizio non

pregiudica eventuali suoi diritti nei confronti dell'assicurazione federale per l'invalidità insorti in epoca successiva all'emissione della decisione contestata (in casu: 23 febbraio 2017), che delimita il potere cognitivo del giudice (cfr. DTF 130 V 140 e 129 V 4). Infatti, in caso di peggioramento rilevante delle condizioni di salute, comprovato da pertinente documentazione medica, il ricorrente potrà in futuro presentare una nuova domanda di prestazioni. 2.7. Occorre ora procedere alla graduazione dell'invalidità mediante il metodo ordinario (cfr. consid. 2.3), il cui calcolo, rimasto incontestato, è stato esposto nella decisione impugnata. 2.7.1. Secondo giurisprudenza, riassunta nella STF 9\_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 (v. 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 (DTF 134 V 322 consid. 4.1 pag. 325; cfr. STF 9C\_416/2010 del 26 gennaio 2011 consid. 3.2). Nel caso in esame, l'Ufficio AI ha determinato il reddito da valido in fr. 70'200.--, corrispondente al salario percepito da \_\_\_\_\_ così come risulta dal già citato questionario dell'ex datore di lavoro (doc. 80 incarto AI), adeguato al 2014 (cfr. pag. 324 incarto AI). Tale importo è del resto maggiore di quello utilizzato (fr. 51'721.-- di reddito da indipendente) nella decisione 21 marzo 2013 di rendita temporanea (cfr. consid. 1.1). 2.7.2. 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 5 settembre 2006). Se una persona assicurata, per motivi estranei all'invalidità, ha realizzato un reddito considerevolmente inferiore alla media senza che vi si sia spontaneamente accontentata, si procede in primo luogo a un parallelismo dei due redditi di paragone. In pratica, questo parallelismo può avvenire a livello di reddito da valido aumentando in maniera adeguata il reddito effettivamente conseguito oppure facendo capo ai valori statistici oppure ancora a livello di reddito da invalido mediante una riduzione adeguata del valore statistico. In una seconda fase, occorre esaminare la questione di una deduzione dal reddito da invalido ottenuto sulla base dei valori medi statistici. A questo riguardo, va tenuto presente che i fattori estranei all'invalidità di cui si dovesse già aver tenuto conto con il parallelismo dei redditi di raffronto non possono essere presi in considerazione una seconda volta nell'ambito della deduzione per circostanze personali e professionali (DTF 134 V 322). Quando il reddito da valido differisce considerevolmente dal salario statistico riconosciuto nello specifico settore economico, il TF ha nel frattempo stabilito, anche in casi ticinesi (cfr. ad esempio sentenza 8C\_44/2009 del 3 giugno 2009 consid. 4), 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 di paragone, fermo restando però che questo parallelismo si effettua soltanto per la parte percentuale eccedente la soglia del 5% (STF 9C\_1033/2008 e 9C\_1038/2008 del 15 gennaio 2010 consid. 5.5). Ritornando al caso in esame, come risulta dalla decisione impugnata, l'Ufficio AI ha proceduto come segue: "(...) Salario da invalido Attività abituale Nella sua professione di responsabile cantieri al 70% ne risulta un salario annuo di CHF 49'140.-- . Attività adeguata A seguito della sentenza del Tribunale cantonale delle assicurazioni del 12 giugno 2006 e delle indicazioni della Corte plenaria del Tribunale federale delle assicurazioni è stata stabilita l'inapplicabilità dei valori regionali (tabella TA13) che erano stati utilizzati finora. La nuova giurisprudenza impone quindi che il reddito da invalido vada d'ora in poi determinato in applicazione dei valori nazionali (tabella TA1). Utilizzando i dati forniti dalla citata tabella elaborata dall'Ufficio federale di statistica nel 2014 lei avrebbe potuto realizzare un salario mensile di CHF 5'289.35 (attività semplici e ripetitive, valore mediano). Riportando questo dato su 41.7 ore esso ammonta a CHF 5'514.15 mensili oppure a CHF 66'169.75 per l'intero anno. Si ritiene opportuno effettuare una riduzione del 30% per motivi medico-teorici, del 5% per attività leggera e del 5% per svantaggi salariali derivanti da contingenze particolari. Ne risulta un reddito da invalido di CHF 41'686.90. (...)” (pag. 418 incarto AI) Ritenuto come l'assicurato metta a maggior frutto la sua residua capacità nell'originaria attività svolta al 70%, giustamente

l'amministrazione ha cifrato il reddito da invalido in fr. 49'140, pari a fr. 4'095 al mese, importo che sostanzialmente corrisponde al salario mensile pattuito con la \_\_\_\_\_ (fr. 4'000; cfr. rapporto 18 aprile 2017 della consulente in IV/2). Dal raffronto tra i redditi si giunge ad un grado d'invalidità del 30% ( $[70'200 - 49'140] \times 100 : 70'200$ , arrotondato secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2). L'Ufficio AI ha di conseguenza correttamente soppresso la rendita intera dal 1° agosto 2016, ossia tre mesi dopo il miglioramento della capacità lucrativa - fissato al 29 aprile 2016 - come prescritto dall'art. 88a cpv. 1 OAI (cfr. consid. 1.2 ). In conclusione, visto quanto sopra, la decisione contestata merita conferma, mentre il ricorso va respinto. 2.8. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese per fr. 500.-- sono poste a carico del ricorrente.

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