

TI_GERICHTE 32.2018.19 vom 19. Dezember 2017

TI Tribunale d'appello, 2017-12-19, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2018.19

FR: TI_GERICHTE 32.2018.19 du 19 décembre 2017

IT: TI_GERICHTE 32.2018.19 del 19 dicembre 2017

Regeste

Attribuzione di rendita AI temporanea. Perizia pluridisciplinare. Certificati dei curanti, già valutati dai periti, non comprovano una situazione peggiore. Va ritenuta un'inabilità del 50% in qualsiasi attività. Calcolo grado AI 31%. No principio del parallelismo dei redditi perché è un indipendente

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). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TF ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 1994, pag. 332). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA

I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Occorre ancora evidenziare che l'allora TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel." (...). Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). L'Alta Corte, nella sentenza 9C_142/2008 del 16 ottobre 2008 -concetto ribadito ancora nella STF 9C_721/2012 del 24 ottobre 2012 in un caso ticinese -, per quanto riguarda le divergenze di opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice, ha precisato quanto segue: " (...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352)

qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert." (...). Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007).

2.6. Nell'evenienza concreta, si tratta di stabilire lo stato di salute del ricorrente rispettivamente la sua capacità lavorativa e di guadagno, sostanzialmente dal 3 ottobre 2016 in poi, giacché per il periodo precedente, ossia dallo scadere dell'anno di attesa nel giugno 2016 fino a quel momento, l'assicurato non ha contestato le conclusioni tratte dall'Ufficio AI di concessione di una rendita intera (grado AI 100% stante un'incapacità lavorativa totale nell'attività precedente) e ciò fino al 31 gennaio 2017, ovvero fino a tre mesi dopo l'intervenuto miglioramento dello stato clinico stabilito medicalmente ad inizio ottobre 2016. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente sia stato accuratamente vagliato dall'Ufficio AI prima dell'emanazione della decisione impugnata, dopo attenta analisi di tutta la documentazione medica agli atti conferma l'operato dell'amministrazione. Su invito del Servizio Medico Regionale, è infatti stata disposta una perizia pluridisciplinare che ha approfonditamente indagato tre campi: reumatologico, neurologico e psichiatrico. Per questa valutazione indipendente sono stati nominati tre medici specializzati nelle singole discipline. Per fare ciò, gli specialisti del Servizio Accertamento Medico, che sono intervenuti su invito dell'Ufficio assicurazione invalidità, hanno preso atto di tutti gli atti medici prodotti dall'assicurato con le sue osservazioni al progetto di decisione del 13 dicembre 2016. Essi hanno potuto così valutare le condizioni di salute del ricorrente su un arco temporale dal 2011 fino al luglio 2017 e, più specificatamente, dalla caduta del giugno 2015 fino agli esami che hanno effettuato di persona sull'assicurato due anni dopo. Inoltre, gli esperti hanno individualmente esaminato di persona l'assicurato, addentrandosi nell'anamnesi, nei disturbi soggettivi, nell'esame clinico oggettivo da essi stessi eseguito, nelle terapie in atto, negli esiti di esami diagnostici effettuati in passato e di quelli da loro stessi disposti e hanno posto le rispettive diagnosi di competenza, traendo infine le proprie conclusioni sulla capacità lavorativa del ricorrente nella sua abituale attività di gerente e titolare di un bar, in attività adeguate e di casalingo. Alla luce delle considerazioni specialistiche espresse nella perizia pluridisciplinare, la scrivente Corte ritiene che la problematica alla schiena e alla gamba sinistra sia stata chiarita in modo soddisfacente dagli esperti, i quali hanno fornito una valutazione dettagliata e completa sullo stato di salute dell'assicurato. Pertanto, l'affermazione ricorsuale secondo cui " la perizia interdisciplinare di cui al doc. C non ha minimamente tenuto conto della documentazione medica prodotta dal ricorrente in fase di contestazione del progetto di decisione AI, così come del suo reale stato di salute. " (doc. I punto 14 pag. 6), non può essere tutelata. In primo luogo, occorre qui evidenziare che quanto ha prodotto l'assicurato il 31 gennaio 2017 si riferisce agli anni dal 2011 al 2016. Considerato che fino al 2 ottobre 2016 le parti concordano nel sostenere che la capacità lavorativa dell'insorgente

era nulla sia nell'attività esercitata da ultimo dall'assicurato sia in altre adeguate, di conseguenza non v'è alcun motivo per mettere in discussione una tale conclusione. Ciò, nemmeno alla luce di alcuni rapporti prodotti dal ricorrente al TCA, i quali sono stati redatti nell'anno 2015 e l'11 maggio 2016 e quindi non hanno alcuna influenza sulla capacità lavorativa già nulla fino al 2 ottobre 2016. Inoltre, per il periodo seguente, la tesi dell'assicurato di essere tuttora inabile in qualsiasi attività (doc. I punto 14 pag. 7) è contraddetta perfino dal suo stesso medico curante. Il dr. med. _____, il 3 ottobre 2016 (doc. 66), ha infatti affermato che il decorso era sostanzialmente stazionario, in quanto il suo paziente continuava a lamentare dei dolori lombo-sciatalgici con disestesie e riduzione della forza all'arto inferiore sinistro, con adeguato controllo algico con Zaldiar e occasionale assunzione di anti infiammatori. Il curante ha ricordato che nel corso del 2016 l'assicurato è stato visto dallo specialista dr. med. _____, il quale ha proceduto a delle infiltrazioni che, a detta del paziente, gli avevano dato beneficio. Rispondendo infine al medico SMR che l'aveva espressamente interpellato, egli ha affermato quanto segue: “Concordo con Lei che un'attività in piedi al 100% non sia possibile vista la situazione clinica attuale, un'attività al 50% come gerente dal mio punto di vista e fattibile, salvo eventuali ulteriori aggravamenti clinici. Concordo anche con Lei che per il paziente potrebbe giovare una attività leggera prevalentemente sedentaria, al 50% a causa dei dolori e continuo cercare la posizione antalgica adeguata per avere meno dolori.”. Queste conclusioni sono state condivise e fatte proprie tre giorni dopo dal dr. med. _____ (doc. 67), il quale il 6 ottobre 2016 ha affermato che la sindrome lombare cronica aveva influito in ragione del 100% dal 6 giugno 2015 sulla capacità lavorativa dell'assicurato, ma che dal 3 ottobre 2016, come rilevato dal medico curante, egli poteva essere ritenuto abile al lavoro al 50% in qualsiasi attività, da intendere come riduzione del rendimento. La capacità lavorativa del ricorrente, così stabilita non solo dal curante, ma anche dal Servizio Medico Regionale, non è stata validamente contestata neppure dagli altri referti offerti al TCA. In effetti, il rapporto del dr. med. _____ del 16 febbraio 2017 prodotto con il ricorso, si pronuncia da un canto sul nesso di causalità fra la caduta dalle scale e la rottura delle viti peduncolari. D'altro canto, esso riferisce soltanto che l'interessato continuava regolarmente ad effettuare valutazioni presso il suo studio per le problematiche lombari e che all'ultimo consulto del 13 gennaio 2017 era stata posta l'indicazione all'esecuzione di una nuova infiltrazione spinale sotto controllo TC (poi eseguita una settimana dopo) per il controllo dei sintomi, i quali non erano migliorati dall'evento traumatico del 2015. Inoltre, a suo dire non era probabile un sicuro miglioramento futuro nemmeno prendendo in considerazione trattamenti più invasivi quali una revisione chirurgica: vista la presenza e il tipo di rottura dei mezzi di sintesi, le garanzie di successo con un nuovo gesto chirurgico apparivano difficilmente raggiungibili. Questo referto nulla dice di particolare sullo stato di salute del ricorrente e neppure sulla sua capacità lavorativa, perciò su tale base non è assolutamente possibile concludere né che la perizia pluridisciplinare sia errata non avendo tenuto conto delle sue reali condizioni di salute né che egli sia inabile al lavoro al 100%. Il 27 settembre 2017, come noto, il Servizio Accertamento Medico ha reso la sua perizia pluridisciplinare, giungendo alla conclusione che l'inabilità lavorativa dell'assicurato era determinata unicamente dalle patologie descritte in ambito reumatologico e che le stesse gli causavano, dal 3 ottobre 2016 come riferito dal medico curante e confermato dal medico SMR, un'incapacità lavorativa del 50%, mentre per il periodo precedente il dr. _____ si è allineato al grado del 100%. In sostanza, dunque, non v'erano stati degli importanti mutamenti dal giorno in cui il dr. _____ ha da ultimo stabilito le capacità lavorative

dell'interessato – confermate dall'SMR - a quando, nel luglio 2017, il perito l'ha esaminato di persona in ambito reumatologico. Nella sua valutazione egli ha infatti evidenziato che “ Non essendoci stato da quest'ultima presa di posizione del servizio medico regionale dell'1.12.2016, un cambiamento sostanziale dello stato di salute dell'assicurato nel mio ambito di specialità, la valutazione della capacità lavorativa ritenuta dal servizio medico regionale in attività solita rispettivamente in un lavoro adatto allo stato di salute, viene da me riconfermata. ”. Infine, quanto al più recente certificato del 26 gennaio 2018 (doc. L), l'unico prodotto con il ricorso che non era già stato valutato dal SAM e in cui è stato indicato un possibile peggioramento clinico e proposto per il futuro di cambiare la terapia medicamentosa rendendola più aggressiva a causa dei continui dolori sia lombari sia radicolari, va innanzitutto osservato che è posteriore alla decisione impugnata, perciò il suo contenuto non può essere posto alla base del presente giudizio, a meno che esso riferisca di una situazione antecedente alla decisione contro cui l'assicurato ha ricorso. Infatti, conformemente alla consolidata giurisprudenza, il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legittimità delle decisioni impuginate in base allo stato di fatto esistente al momento in cui la decisione litigiosa è stata presa (STF 9C_443/2009 del 19 agosto 2009, consid. 2.2; DTF 132 V 215 consid. 3.1.1, DTF 109 V 179, DTF 107 V 5), quindi nel dicembre 2017. Inoltre, questo referto è stato oggetto di attenta disamina da parte del dr. _____ dell'SMR, il quale ha affermato che il parere del neurochirurgo non era in grado di confutare le conclusioni dei periti del Servizio Accertamento Medico giacché, fino all'emanazione della decisione impugnata, lo stato funzionale ivi riportato era praticamente paragonabile, dal profilo oggettivo, a quanto riscontrato dai periti sei mesi prima sia in ambito reumatologico sia neurologico. Per contro, nella misura in cui il dr. med. _____ ha riferito di avere suggerito, da quel dì, di intraprendere un trattamento farmacologico più aggressivo per ovviare ai dolori lamentati dal ricorrente, il medico SMR ha giustamente proposto, semmai, una rivalutazione della situazione clinica funzionale nell'ambito di una revisione e qualora nel tempo vi sarebbe stato un durevole e reale cambio di terapia come prescritto il 26 gennaio 2018. Questa Corta evidenza, al riguardo, che per i motivi appena esposti un eventuale peggioramento delle condizioni di salute del ricorrente non può fare infatti oggetto di disamina nel presente ricorso, dovendo il TCA valutare la legittimità delle decisioni impuginate in base allo stato di fatto esistente al momento in cui la decisione litigiosa è stata presa. In conclusione, non va dato seguito alle affermazioni del ricorrente secondo cui la perizia pluridisciplinare del SAM sarebbe lacunosa, non spiegando per esempio i motivi per cui lo stato di salute dell'assicurato sarebbe peggiorato e, come visto, tenuto soprattutto conto che i rapporti medici da esso prodotti non sono affatto tali da suffragare le sue lamentele. La scrivente Corte conclude dunque che lo stato di salute del ricorrente è stato compiutamente valutato dagli specialisti del Servizio Accertamento Medico sulla base del rapporto peritale allestito il 27 settembre 2017, i quali hanno accertato che, al momento della loro valutazione, la capacità lavorativa dell'assicurato tanto nella sua precedente attività di gerente e titolare di bar quanto in altre attività adeguate era del 50% . Alla luce di ciò, vanno confermate le inabilità lavorative stabilite dal dr. med. _____ nel parere del 5 ottobre 2017 (inabilità del 100% dal 6 giugno 2015 e del 50% dal 3 ottobre 2016 in qualsiasi attività, da intendere quale riduzione del rendimento) e da esso implicitamente ribadite l'8 febbraio 2018 dopo avere preso conoscenza dell'ultimo certificato del dr. med. _____. Non v'è infatti motivo di modificare le conclusioni tratte dall'SMR, visto che specifici, validi e più dettagliati pareri medici contrari non ne sono stati trasmessi pendente causa dall'insorgente. L'SMR, quantomeno fino alla data

determinante della decisione in lite (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1), non ha ammesso uno stato di salute dell'assicurata peggiore rispetto a quello determinato dagli specialisti intervenuti su mandato - aleatorio - dell'Ufficio assicurazione invalidità. In tali circostanze le contestazioni dell'assicurato, non sufficientemente circostanziate, devono essere respinte, siccome prive (anche) di sostrato medicalmente oggettivabile. L'aspetto medico stabilito dai periti del Servizio Accertamento Medico alla base della decisione dell'Ufficio AI di attribuire al ricorrente una rendita temporanea di invalidità va pertanto confermato. 2.7. Per quanto concerne l'aspetto economico, accertata quindi dagli specialisti una capacità lavorativa residua del 50% dal 3 ottobre 2016 in attività lucrativa adeguata rispettosa dei limiti funzionali, l'Ufficio AI ha utilizzato, per la determinazione del grado di invalidità, il consueto metodo ordinario mettendo a confronto il reddito che l'assicurato avrebbe conseguito senza il danno alla salute nella professione precedente (Fr. 40'850.-) calcolato sulla media degli ultimi due anni (Fr. 29'600.- nel 2014 e Fr. 52'100.- nel 2013) antecedenti al danno alla salute (2015) (reddito da valido), con quello risultante da un'attività leggera non qualificata desunto dai salari statistici conseguibile nel 2014 per 41,7 ore alla settimana (Fr. 66'169,75) (reddito da invalido) e, senza applicare il parallelismo dei redditi ritenendo che l'interessato si sia accontentato del (modesto) reddito conseguito, ha ridotto quest'ultimo dato dapprima del 50% per tenere conto della capacità lavorativa residua e poi del 15% per motivi personali, ottenendo un grado di invalidità del 31%. Paragonando quindi il reddito da valido di Fr. 40'850.- con il reddito ipotetico da invalido di Fr. 28'122.-, l'Ufficio AI è giunto a un grado AI del 31%. Non contestando né il reddito da valido né il reddito statistico da invalido di partenza stabiliti dall'amministrazione, il ricorrente ha però preteso l'applicazione del principio del raffronto dei redditi per quanto concerne la determinazione del reddito da invalido da paragonare al reddito conseguito come esercente. L'interessato ha infatti sostenuto che l'enorme impegno profuso negli anni nella sua attività di gerente dell'osteria dimostri chiaramente come egli non si sia mai accontentato di un reddito modesto. Pertanto, sarebbero date le condizioni per stabilire il gap salariale fra il suo reddito da valido di Fr. 40'850.- e quanto egli avrebbe ipoteticamente guadagnato per la medesima attività nella ristorazione. La differenza percentuale del 28% così ricavata (33% - 5%) andrebbe applicata al reddito statistico da invalido di Fr. 66'169,75, per ottenere, considerata una capacità lavorativa residua del 50% e una riduzione per motivi personali del 15%, un reddito ipotetico da invalido di Fr. 20'247,90, che porta a una perdita di guadagno del 50% e quindi a una mezza rendita di invalidità anche dopo il 31 gennaio 2017. 2.8. Per quanto concerne la determinazione del reddito ipotetico da invalido, nella STF 8C_44/2009 del 3 giugno 2009 la nostra Massima Istanza ha definitivamente risolto la questione relativa alla differenza fra il salario da valido conseguito in Ticino in una determinata professione e il salario medio nazionale in quella stessa professione, ricordando che: " 3.3 In una recente sentenza 8C_652/2008 dell'8 maggio 2009, non ancora pubblicata nella Raccolta ufficiale, 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." (...). Nella STF 9C_21/2014 del 2 aprile 2014, al considerando 3 il Tribunale federale ha ribadito di avere già avuto modo di affermare che se una persona assicurata, per motivi estranei all'invalidità (per esempio a causa della sua carente formazione scolastica o professionale, delle sue carenti competenze linguistiche, delle limitate possibilità di assunzione dovute a uno statuto di lavoratore stagionale, ecc.), ha realizzato un reddito considerevolmente inferiore alla media dei salari nazionali conseguibili nello stesso ambito professionale (cfr. ad esempio RtiD 2009-II pag. 194, 9C_83/2008) - tale limite essendo stato fissato al 5% - e altresì non vi è motivo di ritenere che fosse intenzionata ad accontentarsi di un reddito modesto, si procede a un parallelismo dei due redditi di paragone per la parte percentuale eccedente la soglia del 5% e quindi i medesimi fattori che hanno influenzato negativamente il reddito da valido devono essere considerati anche per fissare il reddito da invalido (cosiddetto principio del "parallelismo" dei dati da porre a confronto: DTF 135 V 297). 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 (DTF 134 V 322). In una seconda fase, occorre poi esaminare la questione di un'eventuale deduzione dal reddito da invalido ottenuto sulla base dei valori medi statistici. I fattori estranei all'invalidità di cui si è già tenuto conto tramite il parallelismo dei redditi non possono essere presi in considerazione nell'ambito della deduzione per circostanze personali e professionali (DTF 134 V 322 consid. 5.2 e 6.2 pag. 328 e 329 seg.). Questa giurisprudenza intende garantire che i due redditi di riferimento vengano stabiliti sulla medesima base. Ora, se una persona assicurata realizzava nell'attività svolta senza danno alla salute un salario considerevolmente inferiore alla media per determinati motivi estranei all'invalidità poiché le sue qualità personali rendevano impossibile il conseguimento di un salario medio previsto dalle tabelle, non si può presumere che la stessa persona con il pregiudizio alla salute possa realizzare (anche solo in proporzione) un salario medio (DTF 135 V 58 consid. 3.4.3 pag. 62; sentenza 9C_488/2008 del

E. 5

settembre 2008 consid. 6.4, riassunta in RSAS 2008 pag. 570; sentenze del Tribunale federale delle assicurazioni I 428/04 del 7 giugno 2006 consid. 7.2.2 e I 630/02 del 5 dicembre 2003 consid. 2.2.2). Di conseguenza, se si prende in considerazione un salario senza invalidità che per i detti motivi si situava considerevolmente al di sotto della media, allora si deve tenere conto degli stessi fattori estranei all'invalidità anche per determinare il reddito ipotetico da invalido. Il parallelismo dei redditi tiene così conto della circostanza che la persona assicurata, da invalida, non è realisticamente in grado di realizzare il salario statistico medio, per cui occorre riconoscerle un salario da invalida conseguentemente più basso. Non si giustificerebbe in effetti in alcun modo contrapporre a un reddito senza invalidità nettamente al di sotto della media (nazionale) un reddito da invalido medio (nazionale: SVR 2007 UV n. 17 pag. 56, U 75/03) realisticamente irrealizzabile. Per converso, laddove un reddito da invalido di fascia media è realisticamente conseguibile rispettivamente ragionevolmente esigibile, un reddito da valido inferiore alla media (per motivi economici) non deve essere adattato al livello medio (DTF 135 V 58 consid. 3.4.3 e 3.4.4 pag. 61 segg.; cfr. pure sentenza 9C_179/2013 del 26 agosto 2013 consid. 4.4). I dati di riferimento vanno adeguati in base al principio del parallelismo dei redditi soltanto se è comprovato che l'assicurato non intendeva accontentarsi di un salario modesto. Non vi è infatti una presunzione in tal senso (STF 9C_21/2014 del 2 aprile 2014 consid. 4.2; STF

9C_205/2011 del 10 novembre 2011 consid. 8.4, in RtiD 2012 II pag. 414 segg.). Il TF (STF 9C_430/2013 del 22 luglio 2013 consid. 5.2) ha inoltre rilevato che l'eventuale parallelismo dei redditi non si giustifica unicamente in ragione della differenza considerevole (fissata al 5%) tra il reddito effettivamente conseguito e quello mediamente realizzabile (a livello nazionale) nel settore specifico (sui motivi alla base della decisione di prendere in considerazione solo la parte eccedente la soglia del 5%, cfr. DTF 135 V 297 consid. 6.1.3 pag. 304 seg.), ma anche e soprattutto per l'involontarietà di questa differenza. L'assicurato non può infatti fare ricadere sulla collettività degli assicurati, altrimenti chiamata a rispondere solo per gli effetti di un'incapacità lucrativa dovuta a motivi legati all'invalidità (DTF 134 V 322 consid. 6.2 pag. 329), le conseguenze di una sua scelta personale. In simile evenienza nessun intervento, anche solo parziale, può essere richiesto dall'AI. Differenziando - ai fini del riconoscimento di un adeguamento del reddito da valido o di una riduzione del reddito da invalido - a seconda che l'assicurato si sia spontaneamente accontentato o meno di un salario considerevolmente inferiore alla media, la giurisprudenza in materia non crea alcuna distinzione inammissibile che non trovi corrispondenza nella diversità delle fattispecie da esaminare e non è pertanto contraria al principio dell'uguaglianza di trattamento (cfr. DTF 136 I 1 consid. 4.1 pag. 5; 135 V 361 consid. 5.4.1 pag. 369 con riferimenti). A questo proposito, come emerge sempre dalla citata sentenza 9C_205/2011 del 10 novembre 2011, va posto in evidenza che la situazione dei lavoratori in proprio non è identica a quella dei lavoratori dipendenti, già per il fatto che non esistono dati statistici sufficienti da porre a confronto (su questo tema vedi Hardy Landolt , Invaliditätsbemessung bei Schlecht-verdienenden - Ein Methoden- oder auch ein Gerechtigkeits-problem?, in Sozialversicherungsrechtstagung 2006, San Gallo 2006, pag. 31 segg., in particolare pag. 59 e 64-65). Inoltre nel primo caso il successo dell'attività e quindi anche l'ammontare degli introiti dipende in gran parte dall'impegno, dalle doti imprenditoriali e dalla volontà del titolare dell'azienda, rispettivamente dipende da tali fattori in misura nettamente superiore rispetto alla seconda categoria (RCC 1981 pag. 40 consid. 2, 1962 pag. 125; si confronti anche sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 696/01 del 4 aprile 2002 consid. 4b). Tuttavia si deve senz'altro riconoscere che anche il reddito da indipendente viene influenzato da fattori estranei all'invalidità, quali ad esempio le condizioni del mercato del lavoro, oppure le carenze linguistiche o di formazione. Il mancato adeguamento di un reddito da valido quale indipendente potrebbe pertanto discriminare ingiustamente un lavoratore in proprio rispetto ad un dipendente, nella misura in cui l'importo esiguo del reddito è riconducibile a motivi estranei all'invalidità - rilevanti - (si veda in proposito DTF 135 V 58; 131 V 151; sentenza 9C_488/2008 del 5 settembre 2008 consid. 6.4, riassunta in RSAS 2008 pag. 570), quali ad esempio la citata situazione del mercato del lavoro (Hardy Landolt , op. cit., pag. 56). D'altro canto, accertare quale parte del reddito dipende dalle condizioni del mercato del lavoro e quale dall'impegno dell'assicurato, rispettivamente dall'uso che egli fa del proprio potenziale economico o da altri fattori (si confronti sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 696/01 del 4 aprile 2002 consid. 4b), risulta impresa alquanto ardua (malgrado ne sia stata negata l'applicazione diretta, potrebbe essere eventualmente d'aiuto, a titolo di indizio, la tabella TA13 relativa alle grandi regioni: si veda in proposito sentenza 9C_310/2009 consid. 4.1.1, in cui si fa espresso riferimento, alla luce della citata tabella, alla diversa realtà del mercato del lavoro nel Cantone Ticino). 2.9. Nell'evenienza concreta, l'amministrazione ha considerato, che pur esercitando la propria professione di indipendente dal 2006, l'assicurato si è sempre accontentato del reddito che ha guadagnato

in qualità di indipendente in tutti questi anni. Non risulta infatti che egli abbia messo in atto sforzi particolari, in questo decennio, per cambiare attività e ottenere in questo modo un salario superiore. Inoltre, lo stesso assicurato ha affermato che, senza il danno alla salute, avrebbe continuato ad esercitare la propria attività di indipendente. Alla luce di ciò, l'Ufficio AI ha ritenuto era sua intenzione accontentarsi di un reddito modesto. In applicazione della giurisprudenza che prevede che se vi sono indizi secondo cui l'assicurato si è accontentato di un reddito più modesto non si adotta il principio del parallelismo dei redditi (DTF 135 V 297; DTF 135 V 58; DTF 134 V 322; STF 9C_966/2010; STF 9C_488/2008), l'amministrazione ha ritenuto quale reddito da invalido quello medio statistico nazionale, senza determinare quindi il gap salariale esistente fra il suo reddito da valido ed il reddito statistico nel ramo specifico della sua attività e quindi senza applicarlo poi al reddito statistico medio. Questo Tribunale si allinea alla soluzione adottata dall'Ufficio AI (STCA 36.2014.14 del 1° dicembre 2014), ritenuto che il Tribunale federale ha stabilito che, di regola, il parallelismo dei redditi per gli indipendenti non va attuato (DTF 135 V 58; STF 8C_626/2011 del 29 marzo 2012 consid. 4.4). Si deve infatti porre mente al fatto che se l'assicurato, anche quando la sua capacità lavorativa non era ancora ridotta, si è accontentato per diversi anni di un reddito modesto proveniente da un'attività lucrativa indipendente, questo reddito è determinante per la fissazione del reddito senza invalidità, anche se vi sarebbero state possibilità di svolgere attività meglio retribuite (STF 8C_626/2011 del 29 marzo 2012 consid. 4.4; N. 3020.1 CIGI [Circolare sull'invalidità e la grande invalidità]). Laddove un reddito da invalido di fascia media è realisticamente conseguibile rispettivamente ragionevolmente esigibile, un reddito da valido inferiore alla media per motivi economici non deve essere adattato al livello medio di tale reddito effettuando il parallelismo dei redditi. In ciò non è ravvisabile alcuna disparità di trattamento delle persone a basso reddito (DTF 135 V 58 consid. 3.4.1-3.4.6 [segnatamente consid. 3.4.4]). Di conseguenza, il reddito statistico da invalido per l'anno 2014 è stato correttamente ritenuto dall'Ufficio AI in Fr. 66'169,75 e non va applicato il parallelismo dei redditi né quindi un gap salariale. Di conseguenza, il reddito ipotetico da invalido da paragonare al reddito da valido di Fr. 40'850.-, quest'ultimo dato non essendo contestato, deve essere stabilito in Fr. 33'084,87 stante una capacità lavorativa residua del ricorrente del 50%. Su tale importo vanno poi ancora riconosciuti e quindi dedotti gli svantaggi salariali stabiliti dall'Ufficio AI nel 15%, percentuale che il TCA non ha motivo di mettere in dubbio e che, peraltro, è stata avallata dall'insorgente nel suo calcolo del grado AI. Di conseguenza, quale reddito ipotetico da invalido va ritenuto l'importo di Fr. 28'122,14 (Fr. 33'084,87 - 15%). Confrontando questo dato con l'ammontare di Fr. 40'850.- corrispondente al reddito che l'assicurato avrebbe conseguito da valido per un'attività a tempo pieno senza il danno alla salute, risulta un'incapacità al guadagno del 31,15% ([Fr. 40'850.- - Fr. 28'122,14] : Fr. 40'850.- x 100). Ne discende che è a giusta ragione che il grado del 31% non permette all'interessato di continuare a ricevere una rendita di invalidità (art. 28 LAI) trascorsi tre mesi dall'intervenuto miglioramento del suo stato di salute (art. 88a cpv. 1 OAI). 2.10. In queste circostanze, questo Tribunale non può dunque che confermare la decisione dell'Ufficio AI di attribuire al ricorrente una rendita temporanea di invalidità per il periodo dal 1° giugno 2016, e meglio a decorrere dal termine dell'anno di attesa iniziato il 6 giugno 2015 e fino a tre mesi dopo il miglioramento oggettivo dal SAM dal 3 ottobre 2016 e quindi fino al 31 gennaio 2017. Infatti, tenuto conto di una capacità lavorativa residua del 50% in altre attività adeguate dall'ottobre 2016, la perdita di guadagno del 31% stabilita da questa Corte fa sì che, in virtù dell'art. 88a cpv. 2 OAI, il

ricorrente non abbia più diritto al riconoscimento di una rendita (intera) dal 1° febbraio 2017. Il TCA non può quindi che confermare l'attribuzione di una rendita di invalidità limitata nel tempo così come stabilito dall'amministrazione con la decisione del 19 dicembre 2017. 2.11. Secondo l'art. 29 cpv. 2 LPTCA e 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 Fr. 200.- e Fr. 1'000.- 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.-vanno poste a carico dell'insorgente.

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