

TI_GERICHTE 32.2019.138 vom 25. Mai 2020

TI Tribunale d'appello, 2020-05-25, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2019.138

FR: TI_GERICHTE 32.2019.138 du 25 mai 2020

IT: TI_GERICHTE 32.2019.138 del 25 maggio 2020

Erwägungen

E. 19

febbraio 2019 il medico SMR, dr. med. _____, ha confermato il contenuto della perizia ed ha attestato un'incapacità lavorativa totale dal 1° giugno 2017 al 31 dicembre 2017 ed una capacità lavorativa del 50% nell'attività abituale e del 70% in attività adatta dal 1° gennaio 2018 (pag. 246 e seguenti incarto AI).

In una nota interna dell'UAI del 25 aprile 2019 figura che l'inizio della malattia di lunga durata è da far risalire al 29.05.2017 (data a partire dalla quale è iniziata l'assenza ininterrotta del lavoro e vi è stato l'annuncio all'assicuratore IPG) (pag. 253 incarto AI).

Il 3 aprile 2019 la consulente IP ha affermato che sulla base delle limitazioni date, vi sono attività esigibili, riconducibili alla categoria delle statistiche RSS svizzere in riferimento ad attività semplici e non qualificate (pag. 251 incarto AI). A titolo esemplificativo, e non esaustivo, la consulente ha citato attività che non necessitano di alcuna formazione e per le quali l'assicurato sarebbe reintegrabile in un mercato del lavoro in equilibrio: addetto qualità/imballaggio/confezione/etichettatura; lavori di controllo e sorveglianza; fattorino addetto alla distribuzione e consegna a domicilio di merce non troppo pesante (es. fiori, prodotti farmaceutici), addetto alla biglietteria, operaio generico nel settore della componentistica industriale, cassiere, venditore non qualificato, personale ausiliario addetto ad attività collaterali semplici, per lo più di tipo manuale (archivio, servizi meccanografici, di duplicazione, economato e similari).

Con il ricorso l'insorgente ha prodotto i certificati del medico curante, dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia _____, che dal mese di giugno 2017 al 31 dicembre 2017 ha attestato, a scadenza regolare, un'invalidità lavorativa del ricorrente del 100% (fino al 31 dicembre 2017 [doc. L7]) ed in seguito del 50% (doc. da L a L13 e da L16 a L24) e del dr. med. _____, FMH medicina generale, che ha attestato un'incapacità lavorativa del 100% dal 29 maggio 2017 e una settimana nel marzo 2017 (doc. L14 e L15).

2.3. 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 256consid.4 pag. 261;115 V 133consid. 2 pag. 134;114 V 310consid. 3c pag. 314;105 V 156consid.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).

Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2).

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) 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).

Va ancora evidenziato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile deve adempiere diverse condizioni (Cattaneo, ■La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali■, in RDAT 2003-II pag. 628-629, in particolare la nota 158, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294).

In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione.

Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorbo, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei suddetti criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psico-sociale della persona esaminata.

Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 inedita 27 settembre 2001; STFA I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352).

2.4. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il Tribunale federale delle assicurazioni (TFA, dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale: TF) ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165 = RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, pag. 10 consid. 3b; Locher/Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 2014, pag. 98).

Nella DTF 130 V 352 l'Alta Corte ha precisato i criteri per poter concludere che un disturbo da dolore somatoforme (ICD-10; F45.4) provoca un'incapacità di guadagno duratura (sul tema cfr. D. Cattaneo, Le perizie nelle assicurazioni sociali in Le perizie giudiziarie Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008, pagg. 254-257).

Nella STF I 770/03 del 16 dicembre 2004, pubblicata in DTF 131 V 49, l'Alta Corte, dopo avere confermato che l'esame dell'effetto invalidante di un disturbo da dolore somatoforme richiede una verifica completa della situazione sulla base dei criteri summenzionati, ha aggiunto che si devono considerare anche gli elementi a sostegno della non sussistenza dell'obbligo di prestazione sull'assicurazione per l'invalidità.

Pertanto, se le limitazioni nell'esercizio di un'attività risultano da un'esagerazione dei sintomi o simili, di regola non sussiste un danno alla salute che dà diritto a prestazioni dell'assicurazione. Questa situazione è data quando: vi è una notevole discrepanza tra i dolori descritti e il comportamento osservato/l'anamnesi; l'assicurato afferma di essere afflitto da dolori intensi, ma li caratterizza in modo vago; l'assicurato non fa richiesta di cure mediche o terapie; i lamenti dell'assicurato sembrano ostentati e quindi poco credibili al perito; l'assicurato sostiene di subire gravi limitazioni nella vita quotidiana, nonostante il contesto psicosociale sia pressoché intatto (Kopp/Willi/Klipstein, Im Graubereich zwischen

Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, pag. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster).

Nel 2015 il Tribunale federale ha quindi modificato la sua prassi per l'accertamento del diritto a una rendita AI in presenza di disturbi somatoformi senza cause organiche oggettivabili (dolori somatoformi) e analoghe affezioni psicosomatiche (DTF 141 V 281; comunicato stampa del Tribunale federale del 17 giugno 2015). In questi casi la decisione sul diritto a una rendita AI deve avvenire attraverso una procedura probatoria strutturata. In tale ambito, occorre valutare l'effettivo potenziale di rendimento raggiungibile dalla persona interessata, considerando da un lato i fattori di carico esterno di diminuzione del potenziale da un altro lato i fattori positivi di compensazione (risorse) in una valutazione complessiva commisurata al caso singolo. Determinanti come indicatori sono tra l'altro l'intensità della diagnosi e dei sintomi, l'assunzione effettiva di una terapia, il decorso e l'esito di terapie come anche gli sforzi per il reinserimento professionale, le patologie associate, sviluppo e la struttura della personalità, il contesto sociale della persona interessata e l'insorgenza delle limitazioni fatte valere nei diversi ambiti della vita (lavoro e tempo libero). Come in precedenza la persona assicurata sopporta l'onere della prova (cfr. comunicato stampa del TF del 14 dicembre 2017).

Inoltre, in due sentenze del 30 novembre 2017 (inc. 8C_841/2016 e 8C_130/2017), pubblicate in DTF 143 V 409 e 143 V 418, il Tribunale federale ha stabilito che la giurisprudenza sviluppata per i dolori somatoformi persistenti secondo cui la reale capacità lavorativa e di rendimento della persona interessata siano da accertare alla luce di indicatori, deve trovare applicazione per tutte le malattie psichiche. Ciò significa, in particolare per depressioni lievi fino a medio-gravi, che il precedente criterio della resistenza alle terapie come condizione necessaria per la concessione di una rendita AI non vale più in maniera assoluta (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). In tali due sentenze il TF è giunto alla conclusione che la descritta procedura deve essere applicata all'esame di tutti i casi ove è richiesta una rendita AI in presenza di disturbi psichici, ossia in particolare anche nell'eventualità di depressione lieve fino a medio-grave. Le malattie psichiche possono essere individuate e dimostrate in linea di principio soltanto in maniera limitata con criteri oggettivi. Anche se una classificazione medica è necessaria e secondo la scienza è presupposta una diagnosi, dal profilo giuridico non è possibile accontentarsi solo di questo. Piuttosto è decisiva la questione delle ripercussioni funzionali di un disturbo. Per la valutazione delle conseguenze di un'affezione psichica la diagnosi non è più centrale.

Soltanto da tale elemento non emerge alcuna attestazione sulle prestazioni lavorative della persona toccata. È proprio per questa ragione che per tutte le malattie psichiche deve essere applicata una procedura probatoria fondata su indicatori, soprattutto in presenza di simili disturbi che in sostanza si accomunano per problemi probatori. Eventualmente si dovrà secondo la specifica sindrome nella valutazione dei singoli indicatori provvedere ad alcuni adattamenti. Per motivi scaturenti dal principio di proporzionalità, si potrà prescindere da un procedimento probatorio strutturato, laddove si dimostrasse inutile o addirittura inadatto. La realizzazione di questa evenienza deve essere valutata secondo la necessità probatoria concreta. La prova di un'invalidità pensionabile può in genere essere ritenuta apportata, se nell'ambito di un esame complessivo risulta un quadro coerente di limitazione della capacità lavorativa in tutti gli ambiti della vita. La mancanza di tale indicazione fa comportare

conseguentemente l'assenza di prova atta a dimostrare una limitazione della capacità lavorativa, aspetto che si ripercuote conseguentemente a sfavore della persona toccata.

Secondo la giurisprudenza precedente del TF riguardante le depressioni da lievi a medio gravi, le malattie corrispondenti potevano essere considerate invalidanti, solo se era stata dimostrata una "resistenza alle terapie". Con il cambiamento di prassi adottato questo concetto non vale più in maniera assoluta.

Ora invece, come nelle altre malattie psichiche, la questione decisiva è se la persona interessata riesca a presentare sulla base di un metro di valutazione oggettivo la prova di un'incapacità lavorativa e al guadagno invalidante. La possibilità di terapia, in genere ammessa, in presenza di depressioni lievi fino a medio-gravi deve ad ogni modo ancora essere considerata complessivamente nell'apprezzamento delle prove, tuttavia considerando esigibile una terapia conseguente e adeguata (cfr. comunicato stampa del TF del 14 dicembre 2017).

Con sentenza 9C_845/2016 del 27 dicembre 2017 il TF, con riferimento alle pronunzie 8C_841/2016 e 8C_130/2017 del 30 novembre 2017, al consid. 3.5.1., ha ribadito che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale (STCA 32.2017.116 del 22 febbraio 2018, consid. 2.3 e 32.2017.137 del 26 febbraio 2018, consid. 2.3).

Questa giurisprudenza è stata confermata in una sentenza 8C_409/2017 del 21 marzo 2018, pubblicata in DTF 144 V 50 (STCA 32.2017.176 del 14 agosto 2018, consid. 2.6). Il Tribunale federale ha confermato la giurisprudenza di cui alle DTF 143 V 409 e 143 V 418 anche nelle STF 9C_672/2017 dell'11 luglio 2018 (consid. 3.3.1 e 3.3.2), STF 8C_6/2018 del 2 agosto 2018 (consid. 4.1-4.3), STF 8C_309/2018 del 2 agosto 2018 (consid. 3.2) e STF 9C_77/2018 dell'8 agosto 2018 (consid. 2.2).

Infine, in DTF 145 V 215 il TF ha stabilito che le sindromi da dipendenza primaria, come tutte le malattie psichiche, devono essere sottoposte, in linea di principio, a una procedura probatoria strutturata secondo la DTF 141 V 281.

2.5. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emanazione della decisione impugnata, dopo attento esame della documentazione medica agli atti deve confermare le conclusioni della perizia psichiatrica del 1° febbraio 2019 del dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia (pag. 366 e seguenti incarto AI).

Al referto va attribuita piena forza probante.

Il ricorrente contesta la valutazione peritale, sostenendo che essa non corrisponde al suo reale stato di salute, poiché il curante, dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, ha regolarmente attestato un'incapacità lavorativa del 50%.

A questo proposito il ricorrente evidenzia come il perito, al punto 6 del referto, ha affermato che la sua caricabilità dev'essere considerata ridotta, anche se questo avviene in misura maggiore quando sottoposto a pressioni o a richieste incalzanti, o che necessitano di rapidità di esecuzione e che ovviamente in un luogo di lavoro con maggior carico cognitivo, con picchi di lavoro, bassa tolleranza, ampia conflittualità e necessità di lavoro in squadra e in

tempi piuttosto rapidi, la sua CL risulterebbe deficitaria ancora nella misura di almeno il 50%■.

L■insorgente evidenzia di lavorare presso la _____ di _____, che si compone di tre entità, ossia l■ _____ di _____, la _____ e la _____ di _____. Tutti e tre gli istituti fanno capo ad un■unica amministrazione, pertanto, oltre a svolgere le altre mansioni citate dal perito, deve gestire i centralini telefonici di tre _____ (con richieste diverse, ospiti, fornitori, ecc.). Il ricorrente ricopre una posizione di centrale importanza, ciò che provocherebbe un■elevata caricabilità.

Secondo l■assicurato una diversa valutazione dell■incidenza del danno alla salute sulla capacità di guadagno deve essere considerata in misura maggiore sulla base dei certificati medici prodotti, poiché non si sarebbe tenuto conto della mole di lavoro a cui è sottoposto quotidianamente. L■interessato aggiunge che ■la situazione lavorativa () è infatti cambiata rispetto a quando è stata svolta la perizia. Egli non lavora più presso la _____, bensì è impiegato unicamente presso la _____ di _____. Il ricorrente ricopre una posizione di centrale importanza che gli provoca un■elevata caricabilità. Egli riveste attualmente un ruolo contraddistinto da un maggiore carico cognitivo, ciò di cui non è stato tenuto conto nella perizia e che giustifica il riconoscimento di un■invalidità pari almeno al 50%■ (doc. VI).

2.6. Le censure del ricorrente vanno respinte.

Il referto del dr. med. _____ tiene conto della circostanza che l■insorgente non lavora più come impiegato di commercio nell■ambito _____ presso un _____, ma che svolge la propria attività presso una _____ (cfr. anamnesi lavorativa, pag. 9-12 della perizia). La perizia è del resto stata allestita il 1° febbraio 2019, ossia ad un anno esatto dall■inizio della nuova attività professionale (cfr. pag. 136 incarto AI) che lo specialista ha attentamente esaminato nell■ambito della valutazione dello stato di salute del ricorrente. Il dr. med. _____ ha spiegato che ■se prendiamo quindi in considerazione l■attività di impiegato di commercio ultima svolta alla _____ nonostante le formazioni specialistiche acquisite negli anni e la grande esperienza accumulata pare difficile che per la richiesta di precisione ed adesione ai protocolli (che comunque sono sempre in evoluzione), di volumi, di reggere la pressione di un ambiente che è diventato maggiormente richiestivo in termini di autonomia, l■assicurato possa essere in grado di aver un rendimento superiore al 50% per il deficit di organizzazione, flessibilità competenze ed assertività, oltre che di integrazione con il gruppo. Nella mansione che sta svolgendo e che, ripeto, dalla descrizione fornita appare essere decisamente meno impegnativa della precedente e dove svolge per lo più mansioni di segreteria e di receptionist in _____ (e dunque non in un hotel), certamente i limiti, pur presenti sono molto meno evidenti e il carico totale per l■assicurato è minore per cui si■ ritiene ■che sia in grado di svolgere un tempo lavoro anche del 70%. La recente esperienza di due mesi (novembre e dicembre 2017 [recte: 2018]) al 100%, pur avendolo lasciato provato e avendo fatto sì che riducesse le mansioni domestiche, dimostrano una sua tenuta anche se probabilmente nel tempo si potrebbero manifesta segnali di minor tenuta■.

I certificati del curante, dr. med. _____, prodotti dall■insorgente unitamente al ricorso, non sono atti a sovvertire le conclusioni peritali, poiché si limitano ad attestare un■incapacità lavorativa dapprima al 100% (confermata dal perito) ed in seguito al 50% senza tuttavia confrontarsi con le convincenti e motivate valutazioni del dr. med.

_____.

La documentazione medica prodotta in sede di ricorso, peraltro già agli atti, si esaurisce nella conferma, da parte del curante, in una frase, di un'incapacità lavorativa del 50%, ma non contiene alcuna indicazione circa la possibilità, per l'insorgente, di svolgere un'attività confacente ed adatta al suo stato di salute.

Il perito, del resto, non ha ommesso di valutare le attestazioni prodotte dal dr. med. _____. Egli ha citato le prese di posizione maggiormente motivate del curante tra gli estratti degli atti considerati ai fini della valutazione psichiatrica (cfr. pag. 5 e 6 perizia) ed ha avuto un colloquio con lo psichiatra curante il 1° febbraio 2019 (pag. 2 della perizia). Nell'ambito della valutazione psichiatrica e medico-assicurativa ha poi spiegato i motivi per i quali è giunto, per quanto concerne la capacità lavorativa in attività adatte, ad un'incapacità lavorativa del 30% (pag. 17- 20 perizia).

I certificati del curante si esauriscono pertanto in una diversa valutazione dell'incapacità lavorativa fondata sullo stesso stato valetudinario e non riescono a scalfire le conclusioni del referto del dr. med. _____ del 1° febbraio 2019.

Va del resto qui rammentato che il TF ha più volte avuto l'occasione di ribadire che la differente valutazione medica tra il medico che prende in cura l'assicurato e il perito è spiegabile con la diversità degli incarichi assunti (a scopo di trattamento piuttosto che di perizia: cfr. sentenza 9C_697/2013 del 15 novembre 2013 consid. 3.2, sentenza 9C_151/2011 del 27 gennaio 2012, cfr. anche sentenza 9C_949/2010 del 5 luglio 2011, nonché sentenza 9C_9/2010 del 29 settembre 2010).

Al ricorrente va ugualmente ricordato 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 (cfr. ad esempio sentenza citata 9C_721/2012 consid. 4.4 con riferimento; sentenza 9C_697/2013 del 15 novembre 2013, consid. 3.2).

Con sentenza 9C_757/2016 del 10 febbraio 2017 il TF ha inoltre ricordato, al consid. 4.2, che il fatto che il medico curante la segua da più tempo non è un criterio ritenuto dalla giurisprudenza per apprezzare il valore probatorio di un rapporto valetudinario (cfr. DTF 125 V 351 consid. 3b/aa pag. 352 con riferimenti) e che al contrario, la prassi prevede che, di principio, deve essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti a causa dei particolari legami che essi hanno con il paziente (cfr. DTF 125 V 351 consid. 3b/cc pag. 353), per cui, secondo esperienza comune, il medico curante tende generalmente, in caso di dubbio, a pronunciarsi in favore del proprio paziente in ragione del rapporto di fiducia che lo unisce a quest'ultimo.

Quanto alla circostanza che tutti e tre _____ per i quali lavora fanno capo ad un'unica amministrazione e pertanto, oltre a svolgere le altre mansioni citate dal perito, deve gestire i centralini telefonici di tre _____ (con richieste diverse, ospiti, fornitori, ecc.) e dunque ricopre una posizione di centrale importanza, ciò che provocherebbe un'elevata caricabilità, va rammentato che il dr. med. _____ ha rilevato che l'attività svolta attualmente consiste per lo più in mansioni di segreteria e receptionist in una _____ e non in un albergo.

Per cui, anche se egli deve far fronte a telefonate che concernono tre strutture diverse, i limiti, pur presenti, sono meno evidenti ed il carico totale è minore rispetto alla precedente

attività dove la capacità lavorativa era del 50%. Il perito ha del resto evidenziato che per due mesi (novembre e dicembre 2018), a causa di un infortunio di una collega di lavoro, ha lavorato al 100% (pag. 11 della perizia), dimostrando una qual certa tenuta, anche se a scapito delle attività domestiche che sono state tralasciate.

Non va poi dimenticato che l'attività attualmente esercitata al 50% e che secondo il perito lo può essere nella misura del 70%, non è l'unica attività adatta allo stato di salute del ricorrente. Il perito ha infatti evidenziato che un'attività adatta è quella attualmente svolta () (pag. 20 perizia, sottolineature del redattore). Egli può di conseguenza svolgere altre attività lavorative confacenti al suo stato valetudinario, con le limitazioni (di caricabilità) contenute nella perizia.

A questo proposito va ribadito che 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 (DTF 125 V 256consid.4 pag. 261;115 V 133consid. 2 pag. 134;114 V 310consid. 3c pag. 314;105 V 156consid.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).

In concreto la consulente in integrazione ha elencato un ampio ventaglio di professioni che l'insorgente potrebbe ancora svolgere nella misura del 70%: addetto qualità/imballaggio/confezione/etichettatura; lavori di controllo e sorveglianza; fattorino addetto alla distribuzione e consegna a domicilio di merce non troppo pesante (es. fiori, prodotti farmaceutici), addetto alla biglietteria, operaio generico nel settore della componentistica industriale, cassiere, venditore non qualificato, personale ausiliario addetto ad attività collaterali semplici, per lo più di tipo manuale (archivio, servizi meccanografici, di duplicazione, economato e similari; pag. 251 incarto AI).

Alla luce di quanto sopra esposto questo TCA non ha pertanto alcun motivo per scostarsi dalla valutazione peritale del dr. med. _____ del 1° febbraio 2019, le cui conclusioni sono pure state confermate dal medico SMR, dr. med. _____.

A proposito del medico SMR non va dimenticato che per l'art. 59 cpv. 2bis LAI i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPG - di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi.

Scopo e senso del disposto come pure dell'art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni dell'SMR l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. sentenza 9C_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174, con riferimenti).

In conclusione va confermato che l'insorgente completamente inabile al lavoro da fine maggio 2017 in qualsiasi attività, dal 1° gennaio 2018 è abile al lavoro al 50% nella sua precedente attività di impiegato di commercio nell'ambito delle indennità giornaliere ed al 70% in attività adatte, tra le quali quella attualmente esercitata.

2.7. Va ora esaminato se il calcolo del grado d'invalidità è corretto.

Un salario di punta può essere ammesso solo se vi sono circostanze particolari che lo giustificano (RCC 1980 pag. 560 con riferimenti). I salari medi pagati nel settore hanno in ogni caso la precedenza sui salari fissati in base a contratti collettivi di lavoro (RCC 1986 pag. 434 consid. 3b). Siccome di norma una simile valutazione professionale parte dal presupposto che, senza il danno alla salute, l'assicurato avrebbe continuato ad esercitare la precedente attività lucrativa, devono essere considerati eventuali adeguamenti ed aumenti salariali (RAMI 1993 Nr. U 168 pag. 100s. consid. 3b, ZAK 1990 pag. 519 consid. 3c).

In concreto l'UAI, con la decisione impugnata, ha preso in considerazione un importo di fr. 76'614.20, pari alla media del reddito, comprendente le gratifiche straordinarie variabili, degli ultimi cinque anni (2012-2016) precedenti il danno alla salute.

Con la risposta di causa, come chiesto dal ricorrente, l'amministrazione ha proposto di aggiungere, all'ammontare di fr. 76'614.20, l'importo relativo ai premi dell'assicurazione malattie che il datore di lavoro ha pagato per lui, figuranti nei certificati di salario degli anni in esame e che sono parte integrante dei salari percepiti (cfr. doc. H), per una media di fr. 81'072.60.

L'amministrazione evidenzia che si tratta di un importo versato regolarmente, facente parte del salario quale reddito in natura fiscalmente imponibile.

Infatti, con e-mail dell'8 maggio 2019 il precedente datore di lavoro ha affermato che si tratta d'un revenu en nature, fiscalement imposable conformément au règlement de frais approuvé par le fisc _____ du _____, _____ (pag. 269 incarto AI).

A ragione.

Per l'art. 25 cpv. 1 OAI sono considerati redditi del lavoro secondo l'articolo 16 LPGA i redditi annui presumibili sui quali sarebbero riscossi i contributi disposti dalla LAVS, esclusi quelli elencati alle lettere da a a c.

Ai sensi della cifra marginale 3014 della Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità (CIGI), sono considerati reddito senza invalidità e d'invalido determinanti i redditi da lavoro presumibili sui quali sarebbero riscossi contributi AVS (art. 25 cpv. 1 OAI; RCC 1986 pag. 432; STF 9C_699/2008). Non sono prese in considerazione altre fonti di reddito, quali i proventi del patrimonio, le rendite, le pensioni, le prestazioni d'assistenza, gli assegni familiari e gli assegni per figli e i diritti nei confronti di altre assicurazioni.

In concreto il contributo per il pagamento dei premi dell'assicurazione malattie fa manifestamente parte del reddito salariale soggetto a contribuzione AVS in quanto vantaggio salariale dell'assicurato (cfr. art. 6 cpv. 1 OAVS) ed è dunque a ragione che l'UAI ne propone la presa in considerazione (cfr. anche STCA 30.2019.30 del 10 febbraio 2020).

Ne segue che quale reddito da valido va utilizzato l'importo di fr. 81'072.60, aggiornato al 2018, anno d'inizio del diritto alla rendita, a fr. 81'803.88 (+ 0.4% nel 2017; + 0.5% nel 2018 [cfr. stima trimestrale dell'evoluzione dei salari nominali in: bfs.admin.ch]).

2.8. Circa 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 una attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 p. 332 consid. 3c, 1989 p. 485 consid. 3b).

L'Alta Corte ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17, STFA del 5 settembre 2006 nella causa P., I 222/04).

In concreto, l'insorgente svolge un'attività al 50% presso la _____ di _____ (cfr. pag. 136 incarto AI), per la quale consegue un reddito mensile di fr. 2'116.70 da luglio 2018, ossia fr. 25'400.40 all'anno (fr. 2'116.70 X 12 [fr. 27'517.10 in caso di tredicesima {fr. 2'116.70 x 13}], pari a fr. 50'800.80 (fr. 55'034.20 in caso di tredicesima) se lavorasse al 100%. Questo reddito, come si vedrà di seguito, è inferiore rispetto a quanto potrebbe conseguire in un'attività semplice e ripetitiva, secondo quanto evinto dai dati salariali risultanti dalla tabella TA1. In virtù del principio dell'obbligo di ridurre il danno, occorre pertanto prendere in considerazione questi ultimi dati. Ciò che de resto non viene contestato. Egli deve infatti mettere a frutto la sua capacità lavorativa residua nei lavori dove può conseguire un reddito maggiore.

Dall'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari 2016 (cfr., a proposito del 2012, la sentenza 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 2016 `tirage_skill_level` (NOGA08, RSS 2016; salario mensile lordo [valore centrale] secondo il ramo economico, il livello di competenze e il sesso; cfr., per il 2012, la sentenza 9C_632/2015 del 4 aprile 2016 pubblicata in DTF 142 V 178), emerge 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; cfr. sentenza 9C_632/2015 del 4 aprile 2016 pubblicata in DTF 142 V 178, consid. 2.5.7) 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. 64'080.- (Fr. 5'340.- x 12 mesi).

Questi dati si riferiscono, però, ad un tempo lavorativo di 40 ore alla settimana. Riportando queste cifre su un orario medio di lavoro settimanale nelle aziende di 41,7 ore computabili nel 2016 (cfr. per questo aspetto, STFA I 203/03 del 21 luglio 2003, consid. 4.4; vedi anche sentenza U 8/07 del 20 febbraio 2008 e la tabella: **Durée normale du travail dans les**

entreprises selon la division économique), il salario lordo medio ipotetico nazionale da invalido per un uomo ammonta a fr. 66'803.40 (fr.64'080: 40 x 41,7), ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa (STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a).

Aggiornando questo dato al 2017, costante l'orario di lavoro settimanale (41.7), il reddito ammonta a fr. 67'123 (66'803 : 104.1 X 104.6).

Nel 2018, con orario di lavoro sempre di 41.7 ore a settimana, si ottiene un reddito di fr. 67'443 (67'123 : 104.6 X 105.1).

2.9. 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.

L'Alta Corte 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).

Con sentenza 9C_179/2013 del 26 agosto 2013, a proposito della riduzione del salario statistico tramite l'utilizzo di multipli di 5, il Tribunale federale ha affermato che nella sua prassi applica abitualmente alle deduzioni a titolo di circostanze particolari dei multipli di 5. L'applicazione di tassi più frazionati si rivelerebbe invece problematica, poiché siffatte riduzioni sarebbero difficilmente concretizzabili e quindi anche difficilmente verificabili in sede giudiziaria.

Il 17 gennaio 2014 l'Alta Corte ha rammentato nella sentenza 8C_80/2013 che non è necessario procedere con deduzioni distinte per ogni fattore entrante in considerazione come le limitazioni legate all'età, gli anni di servizio, la nazionalità, la categoria del permesso di soggiorno o il tasso d'occupazione.

Occorre piuttosto procedere ad una valutazione globale, nei limiti del potere di apprezzamento, degli effetti di questi fattori sul reddito da invalido, tenuto conto dell'insieme delle circostanze concrete. Non è dunque possibile procedere separatamente, in maniera schematica, sommando i singoli fattori di deduzione, ma la riduzione va fatta complessivamente tenendo conto di tutte le circostanze del singolo caso, ma non può superare il 25% (STF 9C_211/2016 del 18 ottobre 2016 consid. 6.2.1).

In concreto l'UAI ha riconosciuto una riduzione del 15% per altri fattori di riduzione, contestata dal ricorrente che domanda una deduzione di almeno il 20%, tenuto conto, oltre che della sua parziale incapacità lavorativa, della sua età, essendo nato nel 1963.

La richiesta va respinta. Il fattore età statisticamente, non solo non si ripercuote negativamente sul reddito ipotetico da invalido, ma addirittura incide favorevolmente su di esso (sentenza 9C_524/2010 del 27 ottobre 2010, consid. 4.3; sentenza 9C_1013/2008 del 23 dicembre 2009, consid. 6.2: Non entrano invece realisticamente in linea di considerazione altri motivi di riduzione. In particolare, contrariamente a quanto invoca il ricorrente, l'età (56 anni al momento della decisione amministrativa) non solo non si

ripercuote negativamente sul reddito ipotetico da invalido, ma addirittura incide favorevolmente su di esso (cfr. ISS 2004, pag. 65, TA9).

Tenuto conto del riserbo di cui deve dare prova il giudice delle assicurazioni sociali nel sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione (cfr. DTF 137 V 71, 132 V 393 consid. 3.3), questa Corte ritiene che, operando una decurtazione del 15%, l'UAI non abbia abusato del proprio potere di apprezzamento.

In particolare il TCA, ritiene che, mediante la riduzione in questione, l'UAI abbia debitamente tenuto conto degli effetti legati al danno alla salute di cui è affetto l'assicurato.

Del resto se, per pura ipotesi di lavoro, si volesse prendere in considerazione una riduzione del 20% o addirittura del 25%, il diritto a mezza rendita AI non cambierebbe.

Raffrontando il reddito da valido di fr. 81'803.88, con quello da invalido di fr. 67'443, ridotto del 30% (incapacità lavorativa) a fr. 47'210.1 e del 15% (riduzione sociale) a fr. 40'128.585, si ottiene un grado d'invalidità del 50.9%, arrotondato, conformemente alla giurisprudenza (DTF 130 V 121), al 51% che dà diritto a mezza rendita AI (art. 28 cpv. 2 LAI).

Raffrontando il reddito da valido di fr. 81'803.88, con quello da invalido di fr. 67'443, ridotto del 30% (incapacità lavorativa) a fr. 47'210.1 e, per pura ipotesi di lavoro, del 20% (riduzione sociale) a fr. 37'768.08, si ottiene un grado d'invalidità del 53.8%, arrotondato, conformemente alla giurisprudenza (DTF 130 V 121), al 54% che dà sempre diritto a mezza rendita AI (art. 28 cpv. 2 LAI).

Infine, raffrontando il reddito da valido di fr. 81'803.88, con quello da invalido di fr. 67'443, ridotto del 30% (incapacità lavorativa) a fr. 47'210.1 e, per pura ipotesi di lavoro, del 25% (riduzione sociale) a fr. 35'407.575, si ottiene un grado d'invalidità del 56.7%, arrotondato, conformemente alla giurisprudenza (DTF 130 V 121), al 57% che dà sempre diritto a mezza rendita AI (art. 28 cpv. 2 LAI).

In queste condizioni, come proposto dall'UAI in sede di risposta, il ricorso va parzialmente accolto e le decisioni impugnate vanno modificate nel senso che l'insorgente, dal 1° maggio 2018, è posto al beneficio di mezza rendita AI.

L'importo della rendita mensile dovrà essere ricalcolato dalla Cassa di compensazione competente.

Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.-- vanno poste nella misura di fr. 200.-- a carico dell'insorgente e di fr. 300.-- a carico dell'UAI che verserà le ripetibili all'assicurato rappresentato in causa (art. 61 lett. g LPG).

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