

TI_GERICHTE 32.2019.27 vom 14. Dezember 2018

TI Tribunale d'appello, 2018-12-14, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2019.27

FR: TI_GERICHTE 32.2019.27 du 14 décembre 2018

IT: TI_GERICHTE 32.2019.27 del 14 dicembre 2018

Erwägungen

E. 28

cpv. 2 LAI prescrive che gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPGa il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., p. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a piè pagina n. 264). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84). Secondo la giurisprudenza per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (cfr. DTF 129 V 222). 2.5.

Trattandosi dell'attribuzione di una rendita limitata nel tempo, per costante giurisprudenza, quando l'amministrazione con un'unica decisione attribuisce una rendita per un certo periodo e, contemporaneamente, la riduce o la sopprime per un periodo successivo, devono essere applicate per analogia le regole sulla revisione di decisioni amministrative ex art. 17 LPGa (DTF 131 V 164, 131 V 120, 125 V 143; SVR 2006 IV Nr. 13; STFA I 597/04 del 10 gennaio 2006; I 689/04 del 27 dicembre 2005; I 38/05 del 19 ottobre 2005; I 12/04 del 14 aprile 2005; I 528/04 del 24 febbraio 2005 e I 299/03 del 29 giugno 2004). L'art. 17 cpv. 1 LPGa stabilisce che se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. I principi giurisprudenziali sviluppati in materia di revisione di rendite sotto il regime del vecchio art. 41 LAI sono applicabili anche in merito all'art. 17 LPGa (DTF 130 V 343 consid. 3.5). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché

è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole. L'art. 29bis è applicabile per analogia (art. 88a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STF 8C_94/2013 dell'8 luglio 2013 consid. 4.1 e STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 137). L'art. 88a cpv. 2 OAI è applicabile nei casi in cui al momento del cambiamento determinante il diritto a prestazioni esisteva già un'invalidità che dava diritto ad una rendita (STF 8C_303/2012 e 8C_340/2012 del 6 dicembre 2012, consid. 5.3). Giusta l'art. 29bis OAI, se la rendita è stata soppressa a causa dell'abbassamento del grado di invalidità e l'assicurato, nel susseguente periodo di tre anni, presenta di nuovo un grado di invalidità suscettibile di far nascere il diritto alla rendita per incapacità al lavoro della stessa origine, il periodo precedente la prima erogazione verrà dedotto dal periodo d'attesa impostogli dall'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI. Infine, una diversa valutazione di uno stato di fatto rimasto invariato ed inizialmente approfonditamente esaminato non costituisce né un caso di revisione né di riconsiderazione (STFA I 8/04 del 12 ottobre 2005 pubblicata in Plaidoyer 1/06, pag. 64).

2.6. Nel caso in esame, dopo la STCA di rinvio l'Ufficio AI ha ordinato al _____ una perizia pluridisciplinare di decorso. Dal rapporto datato 6 agosto 2018 (doc. 200 inc. AI) risulta che i periti hanno fatto capo ad una consultazione internistica interna ed a consultazioni specialistiche esterne di natura neurologica (dr. _____) e reumatologica (dr. med. _____). Dopo aver proceduto al consueto riassunto degli atti (punto no. 2 della perizia), all'anamnesi (punto no. 3) ed alla valutazione dei reperti (punto no. 4.2), i periti hanno poi proceduto ad una valutazione globale. Quale diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa (punto B.1) i periti hanno rilevato: - sindrome panvertebrale cronica con/su - componente cervicospindilogenica a destra; - osteocondrosi plurisegmentali cervicali e dorsali; - discopatie lombari, - disturbi statici del rachide, - dimestria degli arti inferiori, - decondizionamento e sbilancio muscolare, - obesità; - periatropatia omeroscapolare a destra; - nota rizartrosi bilaterale; - piedi traverso piatti bilaterali. Tra le diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa, i periti hanno posto una sindrome dello stretto toracico superiore e una sindrome delle apnee da sonno di tipo ostruttivo di grado severo, attualmente sotto ottimale terapia con C-PAP nasale (punto B2). Non riscontrando patologie internistiche invalidanti, in assenza di un peggioramento della situazione reumatologica e neurologica (quest'ultima risultata migliorata) rispetto alla precedente perizia del 23 novembre 2015, confermate quindi le limitazioni a livello reumatologico/ortopedico valutate nel 2015, i periti hanno confermato una capacità lavorativa dell'80% quale perito tecnico-industriale (e addetto alla vendita). In altre attività rispettose dei limiti funzionali e di carico indicati dal perito reumatologo, la capacità lavorativa è stata confermata nella misura dell'80%. Con complemento del 12 dicembre 2018 i periti specialisti in reumatologia e neurologia, analizzata la documentazione medica prodotta dall'assicurato con le osservazioni al progetto di decisione (rapporto 29 agosto 2018 del medico curante dr. med. _____; rapporti radiologici del 17 agosto e 22 agosto 2018 del dr. med. _____; rapporti 7 agosto e 21 settembre 2018 del dr. med. _____, vice-primario della _____), hanno confermato la perizia di novembre 2018 (doc. 218 inc. AI). Con la risposta di causa l'Ufficio AI ha prodotto il rapporto 25 febbraio 2019 (VI) del _____ il quale, dopo aver interpellato i periti dr. med. _____ e dr. med. _____, ha preso posizione in merito alla nuova

documentazione medica prodotta con il ricorso, ossia il rapporto 17 gennaio 2019 del dr. med. _____, Capoclinica del Servizio di Oftalmologia e Oftalmochirurgia presso l'Ospedale _____ di _____, in merito ad una consultazione ambulatoriale (doc. L), il rapporto 11 gennaio 2019 del dr. med. _____, Primario del Servizio ORL del citato nosocomio luganese sulla consultazione ambulatoriale del 7 gennaio 2019 (doc. M), il rapporto (incompleto) di dimissione datato 24 novembre 2018 della _____ relativo al ricovero dal 22 ottobre 2018 al 24 novembre 2018 (doc. P). In data 2 maggio 2019 (XIV) il _____, rispettivamente i suoi due specialisti in neurologia e reumatologia, hanno inoltrato le proprie osservazioni in merito al rapporto 24 novembre 2018 del dr. med. _____ della _____ inclusive delle due pagine mancanti (doc. P1), il rapporto 19 febbraio 2019 del prof. dr. med. _____ della _____ (doc. Q), il certificato 4 febbraio 2019 del dr. _____, odontoiatra (doc. R) e il certificato 25 febbraio 2019 del dr. med. _____, medico curante (doc. S). La suddetta documentazione medica è stata inviata dall'assicurato con lo scritto 5 aprile 2019 (X, cfr. consid. 1.6). Da ultimo, il 3 febbraio 2020 il _____ ha trasmesso le prese di posizioni dei periti dr. med. _____ e _____ riguardo alla documentazione inviata dall'assicurato il 14 gennaio 2020, ossia il certificato medico 22 agosto 2019 della dr.ssa med. _____, specialista in medicina fisica e riabilitativa (doc. T), il rapporto 19 giugno 2019 del dr. med. _____ relativo alla RM della colonna cervicale (doc. U) ed il certificato 12 agosto 2019 del medico curante (doc. V) (XX, cfr. consid. 1.8). Sussistendo una divergente valutazione tra i medici interpellati dall'assicurato ed il _____, come accennato questo TCA ha ordinato al _____ una perizia pluridisciplinare ORL, reumatologica e neurologica poi estesa anche in ambito maxillo-facciale (cfr. 1.12).

2.7. 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, 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; Meyer/Reichmuth, op. cit., art. 28a, pag. 398-399) 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). Infine, in caso di perizia medico giudiziaria, il giudice – di principio – non si scosta, senza ragioni imperative, dalle conclusioni del perito medico, il cui compito è proprio quello di mettere a disposizione della giustizia le sue specifiche conoscenze allo scopo di chiarire gli aspetti sanitari di una determinata fattispecie (STF 8C_524/2008 del 2 aprile 2009 consid. 7.2 e 8C_103/2008 del 7 gennaio 2009 consid. 9, entrambe con riferimenti). Ragioni che possono indurre a non fondarsi su tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia o altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (DTF 125 V 351, consid. 3b/aa, pag. 352 e sentenze ivi citate; 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). Deve tuttavia essere sottolineato che il perito giudiziario –contrariamente al perito di parte o allo specialista che si esprime sotto un'altra veste – ha uno statuto speciale nel senso che egli esercita, in virtù del mandato giudiziario che lo sottopone alla comminatoria secondo l'art. 307 del Codice penale, una funzione qualificata al servizio della giustizia (STFA U 288/99 del 15 gennaio 2001, consid. 3a, nonché dottrina e giurisprudenza ivi citate). Quindi, nell'ambito del libero apprezzamento delle prove, una perizia amministrativa riveste un valore probatorio limitato rispetto ad una perizia giudiziaria (STFA del 15 gennaio 2001 succitata, consid. 3a: "Ein Administrativgutachten lässt sich somit hinsichtlich seines Stellenwerts im Rahmen der Beweiswürdigung und Rechtsfindung nur sehr beschränkt mit einer gerichtlich angeordneten Expertise vergleichen"). 2.8. Nella fattispecie in esame, come detto, su incarico del TCA il _____ ha allestito una perizia pluridisciplinare in ambito ORL (specialità medica non contemplata nella perizia 6 agosto 2018 del _____; cfr. risposta alla domanda no. 8.4.6, pag. 49 della perizia), reumatologico, neurologico e maxillo-facciale. Dal dettagliato

ed esaustivo rapporto 18 marzo 2022 di 132 pagine si evince come i periti hanno dapprima proceduto al consueto esame degli atti. Ogni perito ha poi eseguito la visita specialistica, l'esame dei referti ed ha riportato le constatazioni oggettive; ha in seguito posto le diagnosi ed eseguito una valutazione medico-assicurativa, rispondendo alle domande delle parti (comprese quelle riguardanti la residua capacità lavorativa nella precedente attività ed in quelle adeguate). I periti hanno infine proceduto ad una valutazione globale. Quali diagnosi con effetto sulla capacità lavorativa hanno posto (cfr. pag. 127 della perizia): " Syndrome du défilé droit de type neurologique et veineux, sans vol sous-clavier. G.54.0; Canal cervical étroit (CIM10:M48.02); Douleur cervicale avec parasthésis sur discrète hernie discale C6-C7 comprimant la racine C7 droite. M54.2; Douleur lombaire sans irradiation sur arthrose inter-apophysaire postérieure. M54", ossia: sindrome dello stretto toracico (diversamente dal _____, che l'ha ritenuta senza influsso sulla capacità lavorativa), canale cervicale stretto, dolore cervicale con parestesie C7 su discreta ernia discale C6-C7 comprimente la radice C7 destra, dolore lombare senza irradiazione su artrosi interapofisaria posteriore. Quali diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa, i periti hanno posto: " Syndrome d'apnée du sommeil traitée correctement par CPAP. Légère deviation de la cloison. Inégalité de longueur des membres inférieurs aux dépens du côté droit, appareillée par une talonnette. Hallux valgus bilatéral opéré à droite. Rhizarthrose à droite. Dysfonction musculaire facial (bruxisme) CIM f458. Subluxation condylienne bilatérale" ossia: sindrome delle apnee del sonno poiché trattata correttamente con CPAP, leggera deviazione del setto nasale, diseguale lunghezza dei membri inferiori verso la parte destra compensata con un rialzo a livello del tallone, alluce valgo bilaterale operato a destra, rizartriosi a destra, disfunzione muscolare facciale (bruxismo) e sublussazione dei condili bilaterale. Dal punto di vista ORL la perita dr.ssa _____, poste le diagnosi di sua competenza, non ha riscontrato alcuna inabilità lavorativa (cfr. pag. 41 della perizia). L'aspetto reumatologico è stato vagliato dal dr. _____. Accertate le patologie reumatologiche invalidanti e non (riportate sopra), egli ha poi esposto i limiti funzionali, rispecchianti sostanzialmente un'attività leggera, con alternanza della postura. Egli ha infatti rilevato: " Limitations fonctionnelles: pas d'effort de soulèvement à partir du sol de plus de 5 kg, inférieur ce poids l'effort doit être ponctuel, pas de porte-à-faux du buste, pas de porte-à-faux du rachis cervical ni de rotation répétée du rachis cervical, port de charge ponctuelle limité a 5 kg proche du corps. Pas d'efforts du bras droit. Pas d'effort de pronation ou de prono-supination répetl de la main droite. Pas de mouvement en abduction antépulsion du membre supérieur droit. Activité sédentaire et sans effort avec changement de position régulier." (Risposta alla domanda no. 7.4, pag. 65 della perizia). Il perito ha valutato un'abilità dell'80% in un'attività svolta al 100% sia nell'abituale che in altre attività, dal giugno 2015. Rispetto alle perizie _____ del 23 novembre 2015 e del 6 agosto 2018 non sono stati riscontrati dei peggioramenti. Egli ha riportato quanto detto dal peritato, vale a dire che il suo stato di salute è leggermente migliorato, ed ha poi considerato che non si constata più un edema al membro superiore destro e che l'esame neurologico è risultato normale (risposta alle domande 8.1 e 8.2, pagg. 66 e 67 della perizia). La specialista ha confermato la perizia 6 agosto 2018 del _____, come pure il miglioramento ivi accertato (cfr. risposta alla domanda no. 8.4.6. pag. 75). La componente neurologica è stata esaminata dalla dr.ssa _____, la quale ha anche eseguito una ENMG il 23 settembre 2021 (cfr. il relativo rapporto allegato alla perizia) ed ha fatto capo al consulto esterno del 10 dicembre 2021 del prof. _____ (cfr. il relativo rapporto allegato alla perizia). La specialista ha posto le diagnosi di sua pertinenza, discostandosi

tuttavia dalla perizia _____ 6 agosto 2018 avendo ritenuto invalidante la sindrome dello stretto toracico: " Non je ne suis pas d'accord avec cette conclusion. Les experts concluent à une capacité de travail de 80 %, et ne retiennent comme diagnostic ayant un impact sur la capacité de travail, uniquement la cause orthopédique. Le syndrome du défilé thoraco brachial est considéré comme sans impact sur la capacité de travail. Je ne suis pas d'accord sur ce dernier point, le syndrome du défilé thoracobrahcial est incapacitant, comme l'analyse de la situation l'indique (assuré sans contacts sociaux, ménage étalé sur le jour et sur la semaine, a épuisé ses économies, est à l'aide sociale = poids des souffrances avéré et dans tous les domaines comparables de la vie) connu pour être douloureux, difficile à traiter, et incapacitant. Ma conclusion diffère de celle de l'expertise de 2018." (Risposta alla domanda no. 8.4.6 pag. 102). Essa ha concluso che l'assicurato può esercitare la sua abituale attività lucrativa nella misura del 24%, ritenendolo invece abile in altre attività al 40% (cfr. risposte alle domande no. 8.1 e 8.2 pagg. 91 e 92 della perizia). Da ultimo l'assicurato è stato esaminato dal dr. _____ per quel che concerne la problematica maxillo-facciale. Oltre a fondarsi, come gli altri periti, sulla documentazione agli atti egli ha pure esaminato una RM dell'articolazione temporo-mandibolare in bocca aperta eseguita in Ticino in vista della consultazione specialistica (cfr. rapporto 29 ottobre 2021 del dr. med. _____ allegata alla perizia). Egli ha diagnosticato una disfunzione muscolare facciale (bruxismo) e sublussazione dei condili bilaterale, facilmente trattabile. Questo a differenza di quanto rilevato nella perizia 6 agosto 2018 dal _____: " Concernant le diagnostic maxillo-facial évoqué "ptosis important des mâcheoires avec hypertrophie muquese" ainsi que l'affirmation d'une dysfunction crâniomandibulaire, je n'ai pas d'argument clinique, radiologique ainsi que d'élément ressortant du dossier permettant de confirmer ce diagnostic. Du point vue maxillo-facial, le patient souffre d'une dysfonction musculaire sur subluxation codylienne qui peut se retrouver chez bon nombre de patients et qui se traite de manière simple par physiothérapie et port d'une gouttière de libération occlusale". (Risposta domanda no. 8.4.6, pag. 122 della perizia). Ciononostante, al pari del _____, lo specialista non ha ritenuto la problematica maxillo-facciale influente sulla capacità lavorativa (cfr. punto no. 6.1 della perizia pag. 111). Per quel che concerne la valutazione della capacità lavorativa residua, dalla discussione tra i periti è emersa un'abilità del 24% (30% di rendimento su 80%) nell'attività precedentemente svolta e del 40% (50% di rendimento su 80%) in attività adeguate, il tutto dal giugno 2015 (pag. 130 della perizia). I periti hanno precisato che le incapacità lavorative derivano principalmente da fattori neurologici e che l'interazione con la sfera reumatologica non crea limitazioni maggiori di quelle neurologicamente accertate, motivo per cui l'apprezzamento (neurologico) tiene conto anche delle limitazioni reumatologiche ("Les incapacités de travail sont principalement du ressort de la neurologie. L'interaction avec la sphère rhumatologique ne crée pas de limitation supplémentaire à celle retenue par la neurologie, dont l'appréciation suffit à tenir compte des limitations rhumatologiques"; risposta alla domanda no. 4.8, pag. 131 della perizia). I periti hanno infine elencato i provvedimenti sanitari e le terapie con influenza sulla capacità lavorativa (pag. 131 della perizia). Tenuto conto di quanto sopra, ritenuto come gli esperti hanno proceduto ad una dettagliata ed approfondita perizia, alla stessa va conferito valore probatorio pieno (cfr. consid. 2.7). Del resto, la stessa perizia è stata avvallata dall'Ufficio AI con annotazioni del SMR di data 6 aprile 2022 (doc. LXXXI/1). Anche l'assicurato ha accolto favorevolmente la valutazione peritale giudiziaria, anche se con riserve irrilevanti ai fini del presente giudizio (cfr. consid. 1.14). 2.9. Occorre ora procedere alla graduazione dell'invalidità mediante il metodo

ordinario (cfr. consi.2.2), il cui calcolo, dopo la ricezione della perizia _____, è stato effettuato il 7 aprile 2022 dal consulente IP (doc. LXXXI/2). 2.9.1. Per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido), come ricordato nella recente STF 9C_151/2020 del 5 maggio 2020 al considerando 6.1, decisivo non è il guadagno realizzato nell'ultima attività svolta, bensì il reddito che la persona assicurata conseguirebbe, secondo il grado della verosimiglianza preponderante, se non fosse diventata invalida. Tale reddito deve essere determinato il più concretamente possibile. Di regola ci si fonda sull'ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima del danno alla salute, se del caso adeguato al rincaro e all'evoluzione reale dei salari (DTF 144 I 103 consid. 5.3; DTF 134 V 322 consid. 4.1), o comunque sul salario che potrebbe essere conseguito in un posto di lavoro identico nella stessa azienda o in un'azienda simile. Questo perché normalmente, in base all'esperienza comune, la persona interessata avrebbe continuato la precedente attività in assenza del danno alla salute (RAMI 2000 pag. 381 consid. 2a). In tale contesto la normale evoluzione professionale va senz'altro considerata. Tuttavia gli indizi che l'assicurato avrebbe intrapreso una carriera e percepito un salario più elevato devono essere concreti (DTF 96 V 29 pag. 30; RAMI 1993 no. U 168 pag. 100 consid. 3b). La mera dichiarazione d'intenti non è pertanto sufficiente; necessario è infatti che tale intenzione sia suffragata da passi concreti, quale ad esempio la partecipazione a corsi, ecc. (Pratique VSI 2002 pag. 161 consid. 3b [I 357/01]). Nella citata STF 9C_151/2020 il Tribunale federale ha inoltre evidenziato che nel caso in cui non fosse possibile quantificare in maniera attendibile il reddito ipotetico che l'assicurato avrebbe potuto conseguire senza l'invalidità, in circostanze particolari ci si può scostare da questo valore e ricorrere ai dati statistici risultanti dalla Rilevazione svizzera della struttura dei salari (RSS) edita dall'Ufficio federale di statistica. Questo sarà in particolare il caso qualora dovessero mancare indicazioni riguardanti l'ultima attività professionale dell'assicurato o se l'ultimo salario da lui percepito non corrisponde manifestamente a quello che egli sarebbe stato in grado di conseguire con ogni verosimiglianza in qualità di persona valida; per esempio se l'assicurato, prima di essere riconosciuto definitivamente incapace al lavoro, si trovava in disoccupazione o aveva già delle difficoltà professionali a causa del deterioramento progressivo del suo stato di salute o ancora percepiva una remunerazione inferiore alle usuali norme salariali. Entra ugualmente in linea di conto la situazione in cui il posto di lavoro della persona assicurata prima dell'insorgenza del danno alla salute non esiste più al momento determinante della valutazione dell'invalidità (STF 9C_329/2014 del 1° luglio 2014, consid. 5.2). Ritornando al caso in esame, quale reddito da valido il consulente IP ha correttamente preso in considerazione il salario da valido di fr. 91'000 utilizzato nella precedente decisione del 27 settembre 2017, così come attestato dall'ex datore di lavoro il 31 maggio 2017 (doc. 389 inc. AI). Tale dato si riferisce al 2015, anno al quale il _____ ha fatto risalire il miglioramento della situazione valetudinaria. 2.9.2. 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; STF I 222/04 del 5 settembre 2006). Nel caso concreto, visto che l'assicurato può mettere a maggior frutto la sua residua capacità lavorativa in attività adeguate mai esercitate, il consulente IP ha correttamente utilizzato la citata tabella TA 1 (stato 2014) dell'inchiesta sulla struttura dei salari elaborata dall'Ufficio federale di statistica. Tenuto conto dei dati della tabella statistica relativa ad attività semplici e ripetitive, valore mediano, settore privato, genere maschile, il salario statistico (aggiornato al 2015) ammonta a fr. 66'697,27. Considerata una residua capacità lavorativa del 40%, nonché una riduzione sociale del 15%, l'amministrazione ha fissato il reddito da invalido in fr. 26'677,07. 2.9.3. Dal raffronto dei redditi risulta un grado d'invalidità del 75%, motivo per cui anche dopo il 1° agosto 2015 sussiste il diritto ad una rendita intera. Ne consegue che l'assicurato ha diritto ad una rendita intera dal 1° giugno 2014 in avanti. Il ricorso va pertanto accolto. Visto l'esito della vertenza, le spese per fr. 1'000 sono poste a carico dell'Ufficio AI. 2.10. Il ricorrente, patrocinato e vittorioso in causa, ha diritto ad un'indennità per ripetibili (art. 61 lett. g LPGA e 30 cpv. 1 Lptca; cfr. DTF 126 V 11 seg. consid. 2). L'importo delle ripetibili è determinato in base all'importanza della lite e alla complessità del procedimento, senza tener conto del valore litigioso (art. 61 lett. g LPGA e art. 30 cpv. 2 Lptca). L'art. 12 del Regolamento sulla tariffa per i casi di patrocinio d'ufficio e di assistenza giudiziaria e per la fissazione delle ripetibili (RL 178.310; di seguito Regolamento) stabilisce per le pratiche senza valore determinato o determinabile una tariffa oraria di riferimento, rimandando per il resto all'applicazione analogica dell'art. 11 cpv. 5, il quale, per la fissazione delle ripetibili, fa anch'esso riferimento al criterio della difficoltà e dell'importanza della lite (sulla commisurazione delle ripetibili tenendo conto dei suddetti due criteri cfr. Locher/Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 2014, § 76 n. 71-75, pagg. 609-610). Per quanto concerne le spese (spese di cancelleria, come quelle di spedizione, di comunicazione, delle fotocopie e di apertura e archiviazione dell'incarto), l'art. 6 cpv. 1 del Regolamento pone il principio secondo il quale al patrocinatore può essere riconosciuto un importo forfetario in per cento dell'onorario. Con le osservazioni 6 maggio 2022 l'avv. _____ della RA 1 ha prodotto la nota di onorario per l'attività di patrocinio dal 15 febbraio 2021 per un importo complessivo (con IVA) di fr. 6'162,50 pari a 24 ore e 39 minuti (in decimali 24,65). Essa ha poi chiesto di tenere anche conto nel riconoscere delle ripetibili anche quanto fatto dal precedente patrocinatore avv.

_____ . Chiede inoltre di tener conto nella valutazione della sua nota d'onorario "delle varie difficoltà avute sia a causa della pandemia, sia a causa del comportamento poco professionale del _____ nella gestione delle visite peritali e nei rapporti con il mio mandante che hanno inevitabilmente comportato un dispendio di tempo non indifferente " (LXXXIII). Nella fattispecie in esame, tenendo conto dell'intervento del precedente rappresentante, come pure di quello attuale, appare giustificato riconoscere un onorario di complessivi fr. 5'500 (pari a 22 ore alla tariffa oraria di fr. 250). Tale ammontare risulta congruo, considerando il principio indagatorio vigente nel diritto delle assicurazioni sociali che allevia il lavoro del patrocinatore (DTF 114 V 87 consid. 4b, 110 V 365 consid. 3c) e il grado di difficoltà della causa in oggetto. In proposito nella STF I 50/01 del 26 ottobre 2001 la Corte federale ha stabilito che per trattare una vertenza relativa alla revisione di una rendita AI (aumento del grado d'invalidità) 6 o 7 ore di lavoro sono troppo poche, mentre 12,5 potrebbero essere troppe; il 23 agosto 2012 il TCA ha confermato un dispendio di 11 ore ed 1 minuto per una causa in cui l'insorgente, sentito nel corso di un'udienza svolta innanzi al Tribunale, ha chiesto di essere messo al beneficio di una rendita AI o di una riquifica professionale (inc. 32.2011.202) e con decreto del 3 maggio 2013 (inc. 32.2012.189), in cui si è trattato di stabilire se vi è stato un peggioramento dello stato di salute della ricorrente sulla base di una perizia del _____ e dove non è stata indetta alcuna udienza, questo Tribunale ha ridotto da 20 ore e trenta minuti a 10 ore il tempo lavorativo del legale che si è occupato della causa. Quale esempio di causa con un dispendio di oltre 12 ore di onorario va fatto presente, che con decreto 35.1998.57 del 22 gennaio 2002, questa Corte ha riconosciuto circa 20 ore di lavoro al patrocinatore di un'assicurata, trattandosi di una causa, definita di media-alta complessità che aveva necessitato la predisposizione di una perizia giudiziaria di livello universitario (perizia + complemento peritale). Con decreto 35.2006.21 del 23 gennaio 2008, il TCA ha ammesso un dispendio orario di 18 ore , trattandosi di una causa, definita di media-alta difficoltà per un avvocato versato nel diritto delle assicurazioni sociali. Anche in quel caso, era stato necessario ordinare una perizia giudiziaria. Infine, con decreto 35.2012.63 del 15 settembre 2014, questo Tribunale ha riconosciuto un dispendio orario pari a 16 ore , trattandosi di una causa, giudicata di media difficoltà ed è stata decisa alla luce delle risultanze di una perizia giudiziaria pluridisciplinare (perizia + complemento peritale). Infine, per quanto concerne l'asserito "... comportamento poco professionale del _____ nella gestione delle visite peritali", va rilevato che l'assicurato ha dovuto recarsi al _____ per ben tre volte (22/23 settembre 2021, 3/4 maggio 2021 e 9/10 dicembre 2021), circostanza, questa, che ragionevolmente non può aver avuto incidenza sull'attività di patrocinio, dagli atti risultano per altro che l'assicurato si è recato personalmente a _____. Visto quanto sopra, appare giustificato riconoscere ripetibili di complessivi fr. 6'462 (onorario di fr. 5'500, più spese di fr. 500 giusta l'art. 6 cpv. 1 del Regolamento, più IVA del 7.7% per fr. 462).

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