

TI_GERICHTE 32.2019.64 vom 27. April 2020

TI Tribunale d'appello, 2020-04-27, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2019.64

FR: TI_GERICHTE 32.2019.64 du 27 avril 2020

IT: TI_GERICHTE 32.2019.64 del 27 aprile 2020

Erwägungen

E. 31

della Lptca -prevede che quando siano proposti davanti alla stessa autorità più ricorsi il cui fondamento di fatto sia il medesimo, l'autorità può ordinare la congiunzione delle istruttorie, decidere i ricorsi con una sola decisione o sospendere una o più procedure in attesa dell'istruzione o della decisione delle altre.

Nella concreta evenienza, visto che i ricorsi sono presentati dal medesimo insorgente, che sono diretti contro due decisioni emesse da un'unica autorità e che sussiste una connessione tra le due pronunzie (soppressione retroattiva della rendita ed ordine di restituzione), si giustifica la congiunzione delle cause e la pronuncia di una sola sentenza (DTF 128 V 124 consid. 1; SVR 2005 AHV N. 15 p. 48; STF 8C_295/2007 e 8C_327/2007 del 30 maggio 2008).

nel merito

2.2. Oggetto del contendere è sapere se rettamente l'Ufficio AI ha soppresso con effetto retroattivo al 1° gennaio 2016 il diritto alla rendita intera che l'assicurato percepiva e se altrettanto correttamente l'amministrazione ha chiesto la restituzione delle rendite versate indebitamente nel periodo 1° gennaio 2018 - 30 novembre 2018.

2.3. Decisione del 25 febbraio 2019 di soppressione della rendita intera di invalidità con effetto retroattivo dal 1° gennaio 2016 (inc. 32.2019.64)

2.3.1. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGa, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno.

Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Duc, L'assurance invalidité, in: Meyer (Hrsg.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2a ed., 2007, p. 1411, n. 46).

Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGa).

L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili.

Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata.

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b).

L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto ad una rendita se: a. la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGA) almeno al 40%.

L'art. 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).

2.3.3. Se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una modifica, che incide in modo rilevante sul diritto alla rendita, questa sarà, per il futuro, aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta (art. 17 cpv. 1 LPGA).

Qualsiasi cambiamento importante delle circostanze suscettibile di incidere sul grado d'invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita, può fondare una revisione giusta l'art. 17 LPGA.

La rendita può essere oggetto di revisione non soltanto nel caso di una modifica sensibile dello stato di salute, ma anche qualora le conseguenze dello stesso sulla capacità di guadagno, pur essendo esso stato rimasto immutato, abbiano subito una modificazione notevole (DTF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; vedi pure DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b).

Una semplice valutazione diversa delle circostanze di fatto, che sono rimaste sostanzialmente invariate, non giustifica comunque una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGA (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b).

Per stabilire in una situazione concreta se vi sia motivo di revisione, da un punto di vista temporale vanno in particolare paragonati i fatti esistenti al momento della decisione formale iniziale con quelli esistenti nell'istante della pronuncia della nuova decisione (DTF 130 V 351 consid. 3.5.2; cfr. anche DTF 133 V 108). Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 125 V 369, 109 V 262, 105 V 30).

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. 88 a 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 (art. 88 a 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 (STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 137).

Circa gli effetti della modificazione di un diritto ad una rendita d'invalidità (o ad un assegno per grandi invalidi), l'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI stabilisce che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione.

L'art. 88bis cpv. 2 lett. b OAI prevede che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante se l'erogazione illecita è causa dell'ottenimento indebito di una prestazione per l'assicurato o se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'articolo 77 OAI.

2.3.4. Secondo l'art. 25 LPGA applicabile in forza del combinato disposto degli articoli 2 LPGA e 1 LAI le prestazioni indebitamente riscosse devono essere restituite. La restituzione non deve essere chiesta se l'interessato era in buona fede e verrebbe a trovarsi in gravi difficoltà (cpv. 1; cfr. art. 4 OPGA).

Il capoverso 2 prevede che il diritto di esigere la restituzione si estingue dopo un anno a decorrere dal momento in cui l'istituto d'assicurazione ha avuto conoscenza del fatto, ma al più tardi cinque anni dopo il versamento della prestazione. Se il credito deriva da un atto punibile per il quale il diritto penale prevede un termine di prescrizione più lungo, quest'ultimo è determinante. I principi applicabili alla restituzione secondo la LPGA sono dedotti dalla legislazione e dalla giurisprudenza anteriore che conserva pertanto la sua validità (DTF 130 V 318).

Con rapporto del 29 ottobre 2018, il dr. _____, spec. FMH in neurologia, rispondendo alle domande postegli dal legale dell'assicurato, a proposito della capacità lavorativa dell'interessato ha in particolare affermato che considerata l'attività come dipendente del padre, aiutato da terze persone, in un'attività soprattutto di pubbliche relazioni, ho valutato il signor RI 1 abile al lavoro nella misura del 50%, questo finché possa lavorare in un ambiente familiare. Dal punto di vista fisico la sua capacità lavorativa è ridotta dalla difficoltà nell'utilizzare il membro superiore destro, dovendo scrivere con il braccio sinistro, pur non essendo mancino, qualche difficoltà di elocuzione nel trovare termini appropriati, labilità affettiva, difficoltà di concentrazione, di adattamento. In un'altra attività, non in famiglia, avrebbe sicuramente molte più difficoltà e il grado di incapacità aumenterebbe. Il dr. _____ ha aggiunto che, a suo parere, l'assicurato sopravvaluti le sue capacità neuropsicologiche e non lo ritengo capace di una gestione da solo di un'attività commerciale, rilevando che il fatto di poter lavorare in un team di persone competenti, che lo sostiene dal punto di vista professionale, è senz'altro utile, soprattutto sul piano psicologico e anche neuropsicologico, per mantenere la sua qualità di vita e non cadere in uno stato depressivo reattivo (doc. 103 incarto 32.2019.64).

Da parte sua, con rapporto del 31 ottobre 2018, il dr. _____, spec. FMH in neurologia, interpellato dal curante dell'assicurato per una seconda opinione, ha rilevato:

2.3.6. Chiamato a pronunciarsi, questo Tribunale ritiene che, come meglio verrà esposto qui di seguito, a prescindere da ogni considerazione a proposito degli aspetti medici, l'assicurato, nonostante il danno alla salute e le conseguenti limitazioni da essi derivanti, abbia dimostrato, nei fatti, di avere saputo mettere a frutto, con profitto dal profilo economico, la sua residua capacità lavorativa nell'attività imprenditoriale di famiglia.

Al di là della quantificazione della capacità lavorativa residua dell'interessato che a parere del dr. _____ è del 50% (doc. 103 incarto 32.2019.64), mentre secondo il dr. _____ è del 30% (doc. 102 incarto 32.2019.64) - resta il fatto che entrambi gli specialisti in neurologia hanno concordato nel considerare che l'attività dirigenziale svolta presso la ditta del padre, in ambito familiare e con il supporto di persone competenti, sia l'unica nella quale l'assicurato può sfruttare appieno le proprie risorse. Sia il dr. _____ che il dr. _____ hanno, infatti, evidenziato il possibile peggioramento derivante da un cambiamento di attività (cfr. doc. 102 e 103 incarto 32.2019.64).

Il TCA condivide il parere con il quale il medico del SMR ha considerato che l'attività dell'assicurato presso _____ sia conforme al danno alla salute, aggiungendo che vi sia stato, nel corso del tempo, un progressivo adattamento dei compiti dell'interessato alle sue limitazioni funzionali (doc. 108 incarto 32.2019.64).

Va, infatti, evidenziato che l'attività, di tipo imprenditoriale, svolta dall'interessato presso la ditta di famiglia, appare particolarmente idonea, consentendogli di tenere ritmi e orari lavorativi irregolari e permettendogli di fare le pause di cui necessita allorquando si sente stanco (cfr. al riguardo quanto da egli stesso indicato in occasione del colloquio del 2 ottobre 2018, doc. 96 incarto 32.2019.64).

In simili circostanze, dunque, questa Corte non ritiene necessario allestire la chiesta perizia neurologica, poiché, come detto, i fatti hanno dimostrato che l'assicurato dispone di una residua capacità lavorativa sfruttabile nella propria attività commerciale/imprenditoriale. Al proposito va ricordato che, per costante giurisprudenza, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso

delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato (valutazione anticipata delle prove), si rinuncerà ad assumere altre prove (cfr. STF 9C_632/2012 del 10 gennaio 2013; STF 9C_231/2012 del 24 agosto 2012), senza che ciò costituisca una lesione del diritto di essere sentito sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata).

Il TCA non può far proprie le critiche sollevate in sede ricorsuale a proposito del presunto carattere non probante della valutazione del dr. _____ del SMR, a causa della sua specializzazione in tutt'altra materia rispetto a quella qui in oggetto.

Tali obiezioni non hanno ragione d'essere, visto che il medico del SMR, analizzata la documentazione all'incarto, in pieno accordo con quanto valutato dagli specialisti interpellati dall'assicurato stesso, ha constatato l'esigibilità, dal profilo medico, dell'attività imprenditoriale svolta presso la ditta di famiglia.

Al riguardo va, del resto, ricordato 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 LPGa - 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 nuovo disposto come pure del nuovo 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 del SMR, l'Ufficio AI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (cfr. STF 9C_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 p. 174, con riferimenti).

2.3.7. Passando all'esame degli aspetti economici, il TCA constata che l'Ufficio AI, nella decisione di soppressione della rendita, ha rilevato come il Servizio Ispettorato dell'AI, nel rapporto d'inchiesta 26 novembre 2018, poi integrato con il complemento d'inchiesta del 12 dicembre 2018, abbia potuto evidenziare il rilevante ruolo dell'interessato all'interno della ditta, stabilizzatosi a partire dal mese di gennaio 2016, momento a partire dal quale egli ha dimostrato di sapersi appieno auto-reintegrare nell'azienda di famiglia, pressoché azzerando il discapito economico derivante dal danno alla salute (cfr. doc. A3 incarto 32.2019.64).

2.4. Decisione del 27 febbraio 2019 di restituzione delle rendite AI indebitamente riscosse nel periodo dal 1° gennaio 2018 al 30 novembre 2018 (incarto 32.2019.65).

2.4.1. La restituzione è soggetta al termine relativo di prescrizione di un anno. A questo proposito la nostra Massima istanza ha stabilito che i termini dell'art. 25 cpv. 2 LPGa (art. 47 vLAVS), contrariamente al tenore letterale della norma, costituiscono un termine di perenzione (DTF 133 V 579 consid. 4.1; DTF 127 V 484; DTF 124 V 380; DTF 122 V 274; DTF 119 V 431 consid. 3a; Kieser, Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung, Zurigo 1996, pag. 192; Carigiet/Koch, Ergänzungsleistungen

zur AHV/IV, 2a ed., 2009, pag. 100).

I termini di perenzione non possono essere né interrotti né sospesi e devono essere applicati d'ufficio (DTF 111 V 135 consid.3b;Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1997, N. 36-37, pag. 59-60 e N. 12-13, pag. 311-312).

Per giurisprudenza costante, i termini sono salvaguardati se prima del loro scadere è stata emessa una decisione formale e se la medesima è stata correttamente notificata alla persona che deve restituire le prestazioni (DTF 119 V 434;Kieser, op. cit., n. 30 ad art. 25, pag. 286).

Come rammentato dal Tribunale federale con STF 9C_925/2012 del 19 marzo 2013 (cfr. anche STF 9C_663/2014 del 23 aprile 2015; STF 8C_918/2012 del 29 gennaio 2013; STF 9C_744/2012 del 15 gennaio 2013, consid. 6.2), il termine annuo di perenzione comincia normalmente a decorrere nel momento in cui l'amministrazione, usando l'attenzione da essa ragionevolmente esigibile e avuto riguardo alle circostanze, avrebbe dovuto rendersi conto dei fatti giustificanti la restituzione (DTF 119 V 431 consid. 3a pag. 433; 110 V 304). Ciò si verifica quando l'amministrazione dispone di tutti gli elementi decisivi nel caso concreto dalla cui conoscenza risulti di principio e nel suo ammontare l'obbligo di restituzione di una determinata persona (DTF 111 V 14 consid. 3 pag. 17). Il termine annuo di perenzione comincia in ogni caso a decorrere non appena dagli atti emerge direttamente l'irregolarità della corresponsione delle prestazioni (consid. 5.1 non pubblicato in DTF 133 V 579, ma in SVR 2008 KV n. 4 pag. 11 [K 70/06]; cfr. pure sentenza 9C_1057/2008 del 4 maggio 2009 consid. 4.1.1).Il Tribunale federale ha inoltre pure avuto modo di precisare (come ricorda la STF 8C_64/2011 del 7 novembre 2011) che a prescindere da una eventuale violazione del principio inquisitorio, il termine annuo di perenzione di cui all'art. 25 cpv. 2 LPGA non può cominciare a decorrere prima che le prestazioni siano state decise ed erogate (SVR 2010 ELNr. 12 [9C_795/2009]). Secondo giurisprudenza, questo termine viene salvaguardato con la resa del progetto di liquidazione del caso (DTF 133 V 579consid. 4.3.1;119 V 431consid. 3c; SVR 2011 IV Nr. 52[8C_699/2010] consid. 2).Infine, è utile osservare che secondo un principio posto dalla giurisprudenza, in presenza di un errore dell'amministrazione occorre di regola un secondo motivo - nel senso di una presa di coscienza dell'errato versamento delle prestazioni sulla base di un ulteriore indizio - per fondare il momento della conoscenza ragionevolmente esigibile dell'azione di restituzione (DTF 110 V 306;STF 8C_64/2011 del 7 novembre 2011).

Stante quanto sopra esposto, anche la decisione di restituzione del 27 febbraio 2019 appare, dunque, corretta e va, di conseguenza, confermata.

2.5. 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 del ricorrente.

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