

## **TI\_GERICHTE 32.2023.4 vom 6. Dezember 2022**

TI Tribunale d'appello, 2022-12-06, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2023.4](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2023.4)

FR: TI\_GERICHTE 32.2023.4 du 6 décembre 2022

IT: TI\_GERICHTE 32.2023.4 del 6 dicembre 2022

### **Regeste**

Soppressione della rendita. Conferma della valutazione medico-teorica del SMR. Conferma del reddito da valido contestato dall'assicurato

### **Erwägungen**

#### **E. 4**

pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2022, art. 28a n. 227, pag. 375). 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). Inoltre, circa il ruolo del medico SMR, va rammentato 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 del 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). 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, n. 263, pag. 385 ) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C\_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). 2.4. Nel caso concreto, sulla base della documentazione medica acquisita agli atti, con annotazioni del 12 marzo 2021 – quale complemento a quelle precedenti dell'11 settembre 2020 (doc. 168) – il dr. \_\_\_\_\_ del SMR ha posto le seguenti diagnosi con e senza influsso sulla capacità lavorativa: " (...) 2.1 Diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa (CL) Cod.infermità: 738 Danno funz.: 10 · St. d. intervento chirurgico (08.10.2020) di aponeurectomia sel. Sec. Hueston IV e V raggio della mano sinistra. · Intervento (23.04.2020) in anestesia loco-regionale di aponeurectomia selettiva sec. Hueston e Z-plastiche di copertura al III, IV e V raggio mano sx. · Morbo di Dupuytren bilaterale, IV° e V° raggio mono dx stadio 3 e III° e IV° raggio mono sx stadio 1-2: stato dopo intervento operatorio a dx 20.09.2018. · Sindrome da attrito sottoacromiale spalla sx in stato dopo intervento operatorio in artroscopia tre anni fa. · Sindrome lombospondilogenica cronica in esiti chirurgici dopo due interventi operatori effettuati circa 20 anni fa: discectomia L5/S1 a dx, stabilizzazione posteriore L4-S1, PLIF L5/51 per ernia discale a dx e instabilità del segmento lombare l5/S1. · Sindrome da disadattamento con reazione mista ansioso depressiva (ICD10 F:43.22), in tratti di personalità borderline ed abuso etilico. 2.2 Diagnosi senza ripercussione sulla CL · Diabete mellito in cura farmacologica da circa 10 anni. · Incipiente gonartrosi bilaterale. · Incipiente coxartrosi bilaterale. · Epatite B cronica. (...)” (pag. 528 inc. AI) A titolo di limitazioni funzionali il dr. \_\_\_\_\_ ha rilevato: carico massimo fino a 2/3 chili, necessità di alternanza della postura, difficoltà nello svolgere lavori di precisione, nessuna necessità di pause supplementari, diminuita caricabilità per la schiena e per la spalla sinistra, limitazioni nelle attività manuali, in particolare nella presa di oggetti anche non pesanti. Riguardo alle attività adeguate e riqualificate, a far da tempo dal 25 gennaio 2021 il medico SMR ha ritenuto data una piena abilità, ciò che corrisponde ad un miglioramento della capacità lavorativa. Per quel che concerne l'aspetto psichico, con le osservazioni al progetto di decisione l'assicurato ha prodotto il certificato 17 settembre 2021 in cui lo psichiatra curante ha attestato un'inabilità del 50% dal 17 settembre al 10 ottobre 2021 (pag. 554 inc. AI). Su richiesta dell'Ufficio AI, lo psichiatra curante ha compilato in data 11 novembre 2021 il consueto rapporto. Ha in particolare risposto che il trattamento ambulatorio ha avuto inizio il 15 febbraio 2019 e che l'ultimo controllo è avvenuto il 17 settembre 2021, che il paziente viene visto circa ogni 6 mesi, che la capacità lavorativa è del 50% quale consulente e tecnico, che attualmente egli ha grossi problemi di sonno e infine che assume Stilnoy cp 10mg, Mianserine 30 mg. Quale diagnosi egli ha posto una personalità con struttura borderline in stato depressivo reattivo (ICD10: F32), precisando che la prognosi è difficile vista la cronicità della malattia (pag. 571 inc. AI). Il suddetto rapporto è stato valutato dal dr. \_\_\_\_\_, specialista in

psichiatria e psicoterapia, con annotazioni 13 aprile 2022: " Ho preso visione del dossier e della documentazione medica. Nel rapporto medico del 11.11.2021 (GED 15.11.2021) del dr.med. \_\_\_\_\_, medico psichiatra e psicoterapeuta curante, non è oggettivata alcuna patologia psichiatrica, non sono descritti segni e sintomi caratteristici che consentano di formulare la diagnosi di episodio depressivo (nel rapporto medico viene descritta la codifica ICD10 F32) secondo il manuale diagnostico ICD10 e la descrizione strutturale di personalità borderline di per sè non costituisce patologia, fornisce informazioni sul funzionamento dell'assicurato a livello di personalità ma non costituisce per definizione causa di IL. L'unico sintomo descritto a carico dell'assicurato è l'insonnia. La gravità del sintomo in ogni caso non può essere tale da giustificare alcuna IL, in considerazione del fatto che la presa a carico consiste di un colloquio con il medico psichiatra ogni 6 mesi e che la terapia farmacologica prescritta consiste di un ipnoinducente e di un farmaco antidepressivo con azione benefica sul sonno entrambi titolati a dosaggi minimi, cosa non giustificabile da punto di vista medico in presenza di una sintomatologia invalidante. Lo Stilnox è prescritto a 10 mg/die, quando è presente sul mercato il dosaggio da 12,5 mg CR, la mianserina è titolata a 30 mg/die, quanto è possibile dosarla fino a 90 mg/die in sicurezza. A conferma ulteriore che il sintomo non abbia ripercussioni sulla CL dell'assicurato, nel rapporto medico del dr.med. \_\_\_\_\_ non sono concretamente descritte limitazioni funzionali. Dal punto di vista medico psichiatrico si conferma la precedente presa di posizione dell'Ufficio." (pag. 575 inc. AI) Ora, questo Tribunale non può che aderire alla dettagliata e convincente presa di posizione del SMR, confermando quindi l'assenza di una patologia psichiatrica con ripercussione sulla capacità lavorativa. Nemmeno il successivo rapporto 2 giugno 2022 dello psichiatra curante prodotto con il ricorso permette di modificare la succitata conclusione. In quel documento il dr. \_\_\_\_\_ rileva: " Il paziente descrive negli ultimi incontri del 9.05.2022 e 2.06.2022 un aggravamento della situazione con un'aumentata ansia, diminuita concentrazione, dolori alla schiena aumentati. L'inabilità al lavoro è attualmente al 50% dal 1.07.2021 e quindi oramai da un anno alla luce dell'inabilità attuale del 50% dal 1.06.2022 al 30.06.2022. Resto a Vostra disposizione per eventuali domande. In fede." (doc. C) Infatti, lo specialista riporta unicamente uno stato soggettivo di aumentata ansia, diminuita concentrazione e di dolori alla schiena, ribadendo la sua valutazione di un'incapacità lavorativa del 50% che, come riportato sopra, sulle basi delle pertinenti valutazioni del 13 aprile 2022 dello psichiatra del SMR (pag. 575 inc. AI) non può essere fatta propria dal TCA. Visto quanto sopra, tenuto conto delle affidabili e convincenti valutazioni del SMR, alle quali va conferito valore probatorio pieno (cfr. consid. 2.3), è da ritenere dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 139 V 218 consid. 5.3) che l'assicurato dal 25 gennaio 2021 è pienamente abile in attività adeguate e nell'attività di venditore-rappresentante e responsabile tecnico. . 2.5. Occorre ora esaminare la graduazione dell'invalidità operata dall'Ufficio AI. 2.5.1. In merito alla determinazione del reddito da valido va ricordato che, secondo la giurisprudenza, occorre stabilire quanto la persona assicurata, nel momento determinante (corrispondente all'inizio dell'eventuale diritto alla rendita), guadagnerebbe secondo il grado di verosimiglianza preponderante quale persona sana, tenuto conto delle sue capacità professionali e delle circostanze personali. Tale reddito dev'essere determinato il più concretamente possibile. Di regola ci si fonderà sull'ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima del danno alla salute, se del caso adeguandolo all'evoluzione dei salari. Soltanto in presenza di circostanze particolari ci si potrà scostare da questo valore e ricorrere ai dati statistici risultanti dall'ISS

(cfr. DTF 134 V 322 consid. 4.1 pag. 325; 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224 con riferimenti). Questo sarà in particolare il caso qualora dovessero mancare indicazioni riguardanti l'ultima attività professionale dell'assicurato o se l'ultimo salario da lui percepito non corrisponde manifestamente a quello che egli sarebbe stato in grado di conseguire con ogni verosimiglianza in qualità di persona valida; per esempio se l'assicurato, prima di essere riconosciuto definitivamente incapace al lavoro, si trovava in disoccupazione o aveva già delle difficoltà professionali a causa del deterioramento progressivo del suo stato di salute o ancora percepiva una remunerazione inferiore alle usuali norme salariali. Entra ugualmente in linea di conto la situazione in cui il posto di lavoro della persona assicurata prima dell'insorgenza del danno alla salute non esiste più al momento determinante della valutazione dell'invalidità (DTF 134 V 322 consid. 4.1 pag. 325; cfr. STF 9C\_151/2020 del 5 maggio 2020 consid. 6.1; 9C\_416/2010 del 26 gennaio 2011 consid. 3.2). Nella decisione contestata, per la determinazione del reddito da valido rettamente l'Ufficio AI ha preso in considerazione quello riferito all'attività di pittore stabilito nella STCA 32.2007.124 (fr. 70'141), che, aggiornato al 2019, corrisponde a fr. 79'604,38 (pag. 532 inc. AI). L'assicurato sostiene invece che, quale reddito senza invalidità, venga presa in considerazione la retribuzione relativa all'attività di responsabile tecnico, ossia il salario conseguito nel 2018 di fr. 8'500 mensili, pari un salario annuo di fr. 110'500 (13 x 8'500). Dagli atti risulta che detto salario mensile corrisponde all'attività presso la \_\_\_\_\_ svolta a tempo pieno, dopo la riformazione professionale, dal 1° marzo 2003 al 30 gennaio 2019 (cfr. il relativo questionario del datore di lavoro datato 19 settembre 2019 in doc. 152). A tal riguardo va fatto presente che nella STF 9C\_887/2017 del 7 giugno 2018, pubblicata in SVR 2019 IV nr. 1, l'Alta Corte ha considerato corretto e ha avallato l'agire con il quale questo Tribunale, modificando il calcolo operato dall'amministrazione (la quale aveva fissato il reddito da valido nell'originaria professione di montatore di impianti di riscaldamento esercitata dall'assicurato precedentemente alla riqualifica professionale), ha calcolato il reddito da valido facendo riferimento alla "nuova" professione di impiegato amministrativo nella quale era stato riformato, svolta al 100% per quasi un decennio e interrotta unicamente per motivi di salute. Secondo questo Tribunale la succitata giurisprudenza non è applicabile. Diversamente dalla fattispecie trattata dall'Alta Corte, dove l'assicurato non poteva più svolgere a causa di problemi di salute – motivo per cui aveva inoltrato una domanda di prestazioni AI – l'attività riqualificata tramite riformazione professionale ed esercitata ininterrottamente per un lungo periodo, nell'evenienza concreta, come visto al consid. 2.4, l'insorgente la può invece svolgere al 100%, ritenuto che la patologia psichiatrica non è stata valutata come invalidante. Quindi, quale reddito da valido va presa la retribuzione nell'attività che l'insorgente, senza il danno alla salute, avrebbe verosimilmente continuato a svolgere, ossia il reddito da pittore di fr. 79'604,38. Dal raffronto di quest'ultimo reddito con quello da invalido, come si vedrà al prossimo considerando, non risulta alcun discapito economico. Allo stesso risultato si giungerebbe anche volendo ritenere, quale ipotesi di lavoro, che il reddito senza invalidità corrisponda a quello relativo all'attività riformata. Infatti, considerato che dal punto di vista medico l'assicurato medicalmente parlando la può svolgere dal 25 gennaio 2021 a tempo pieno, non vi è parimenti alcuna perdita di guadagno. 2.5.2. 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). 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). 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), 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). Come visto al consid. 2.5.1., presso la \_\_\_\_\_ l'assicurato ha percepito un salario mensile di fr. 8'500. Dopo un periodo di disoccupazione (il guadagno assicurato ammontava a fr. 9'425 mensili; cfr. conteggio maggio 2021 della Cassa \_\_\_\_\_; pag. 555 inc. AI), dal 1° luglio 2021 egli ha ripreso l'attività di responsabile tecnico presso la Paint Service Sagl nella misura del 50% con una retribuzione mensile di fr. 4'100 (cfr. consid. 1.2. ed il relativo contratto; pag. 556 inc. AI). Nel rapporto 15 gennaio 2021 il consulente IP, sulla base degli atti medici e del colloquio avuto il giorno stesso con l'assicurato, conclude che quest'ultimo "può tutt'ora svolgere l'attività nella quale è stato riqualificato come pure l'attività di tecnico, esercitata sull'arco di molti anni. Non sussistono quindi le premesse per valutare l'applicazione di provvedimenti professionali. L'assicurato vanta un'esperienza lavorativa pluriennale nel suo settore e dispone di sufficienti competenze per potersi ricollocare nel libero mercato del lavoro" (doc. 172). Ne discende che tenuto conto, a titolo di reddito da invalido, sia del reddito conseguito nel 2018 presso la \_\_\_\_\_ (fr. 110'500), sia del guadagno assicurato ai fini della disoccupazione (fr. 113'100 = 12 x 9'425), sia del salario conseguito presso la \_\_\_\_\_ a tempo pieno [fr. 106'600 = (4'100 x 2) x 13], nonché del reddito da valido (79'604,38), il discapito economico risulta nullo. Non può invece essere preso in considerazione il reddito da invalido fissato dall'amministrazione (fr. 55'811) sulla base dei redditi statistici. Infatti, come visto poc'anzi, l'attività riqualificata, esercitata per diversi anni, risulta essere quella con minor discapito economico rispetto alle altre attività adeguate. Ad ogni modo l'esisto della vertenza non cambierebbe. Infatti, raffrontando il citato dato statistico con il reddito da valido (fr. 79'604,38), il grado d'invalidità sarebbe del 31% e quindi sempre inferiore al grado minimo del 40% conferente il diritto ad una rendita. Visto quanto sopra, correttamente l'Ufficio AI ha soppresso la rendita al 30 aprile 2021 (tre mesi dopo il miglioramento ex art. 88a cpv. 1 OAI). Ne consegue che la decisione contestata merita conferma, mentre il ricorso è da respingere. 2.6. Secondo l'art. 69 cpv. 1

bis LAI in vigore dal 1° gennaio 2021 ed applicabile in concreto (cfr. la disposizione transitoria dell'art. 83 LPGA in combinazione con gli art. 61 lett. a e fbis LPGA nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2021) la procedura di ricorso dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni in caso di controversie relative a prestazioni dell'AI è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200 e 1000 franchi 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 di fr. 500 sono poste a carico dell'insorgente.

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